

УДК 614.2 (571.6) (091)

Князькина Т.А.

## Строительство медицинских учреждений на Дальнем Востоке СССР в 1920–1930-е годы (на примере Камчатской области)

Реализация современной государственной социальной политики в области здравоохранения имеет своей целью улучшение качества медицинской помощи на основе повышения эффективности деятельности медицинских организаций и их работников. Достижение данной цели стало возможно благодаря созданным в советское время учреждениям здравоохранения.

В 1920–1930-е гг. на Дальнем Востоке было положено начало строительству медицинских учреждений и созданию единой системы дополняющих друг друга больниц, амбулаторий, фельдшерских пунктов, аптек и др., обладающих определённой совокупностью видов оказываемой медицинской помощи.

Вопросы истории строительства медицинских объектов на Дальнем Востоке не вызывали особого интереса у исследователей. Большинство трудов по данной тематике создано в 70–80-е гг. XX в. Роль дальневосточной партийной организации в больничном строительстве рассматривали Ю.К. Шомас, Г.Я. Рыжакова. В работах А.В. Исакова, Г.А. Власова, Б.Н. Щупака, А.И. Гореликова были изложены некоторые вопросы строительства учреждений здравоохранения в национальных округах Камчатской области – Корьякском (КНО) и Чукотском (ЧНО).

С опорой на опубликованные и неопубликованные источники в данной работе рассмотрены малоизученные страницы истории строительства больничных объектов на Дальнем Востоке на примере Камчатской области.

На 1913 г. на Дальнем Востоке функционировало 72 врачебных участка, 180 фельдшерских пунктов [4, с. 166]. На Камчатке лечебную работу осуществляли Петропавловская городская больница на 5 коек и 10 фельдшерских пунктов [1, с. 199]. Имеющиеся медицинские учреждения охватывали не всё население; большие территории почти не знали медицинской помощи.

С целью организации лечебного дела в 1922 г. Дальневосточный отдел здравоохранения принял программу-минимум, предусматривающую развёртывание сети лечебных учреждений.

По количественным показателям планируемая медицинская сеть Камчатки существенно уступала другим территориям Дальнего Востока. Согласно программе на Камчатке предполагалось открыть 3 врачебных участка, в том числе 3 врачебных пункта и 6 самостоятельных фельдшерских пунктов, 3 больницы по 10 коек в каждой (РГИА ДВ. Ф. Р-2422. Оп. 1. Д. 982. Л. 15)<sup>1</sup>. Тем не менее, учитывая полное отсутствие врачебных пунктов и немногочисленность действующих фельдшерских пунктов и больниц, намеченная программой сеть была крайне необходима населению Камчатки.

Развёртывание лечебной сети планировалось с учётом равномерного охвата всего населения Камчатки, в том числе и туземного. Документы свидетельствуют, что к 1 октября 1925 г. мощность камчатских больниц увеличилась: Петропавловской городской больницы – на 5 коек и больницы в с. Ключи – на 4 койки; функционировали две больницы из трёх. (РГИА ДВ. Ф. Р-2422. Оп. 1. Д. 982. Л. 92). В 1928 г. работали уже 3 врачебных участ-

<sup>1</sup> РГИА ДВ – Российский государственный исторический архив Дальнего Востока.

ка [9, с. 69]. К 1928 г. намеченная программа по развёртыванию медицинской сети на Камчатке была выполнена.

Сеть медицинских учреждений Камчатки увеличивалась за счёт строительства учреждений здравоохранения и расширения или приспособления имеющихся зданий под медицинские пункты.

Для улучшения медицинского обслуживания народностей Севера предполагалось создание культбаз. Культбазы организовывались в виде комплексных учреждений, объединяющих в себе хозяйственную, врачебную работу. Строительство первых культбаз на Дальнем Востоке было запланировано на заседании бюро Комитета Севера 4 апреля 1925 г. В 1926 г. Комитет Севера утвердил проекты и сметы на постройку 3 культбаз в Дальневосточном крае (ДВК) для чукчей, коряк, эвенков [12, с. 67]. Каждая культбаза строилась и организовывалась в самых отдалённых частях северных окраин, где не предполагалось иное строительство.

С 1925 г. Дальневосточный краевой исполнительный комитет (ДКИК) приступил к составлению пятилетнего плана строительства лечебных учреждений. В обращении I съезда Советов Дальнего Востока (март 1926 г.) ко всем трудящимся указывалось: "Предстоящая напряжённая хозяйственная работа может быть выполнена успешно только физически здоровыми гражданами... Необходимо... расширить сеть больниц и других лечебных заведений" [12, с. 128]. В 1926 г. Дальневосточным краевым отделом здравоохранения был разработан план строительства сети медицинских учреждений. Дальневосточным территориям были даны указания к составлению ориентировочного плана, сметы, однако отпуск средств по утверждённым сметам был недостаточным. Доля расходов на здравоохранение по местному бюджету Дальневосточной области на 1924-1925 гг. была существенно ниже ассигнований на другие отрасли и составляла всего 10% [11, с. 92].

Ассигнования на здравоохранение по государственному бюджету также были незначительны: выделяемые дотации отпускались в небольших размерах. Так, из определённых на основании постановления СНК РСФСР (январь 1928 г.) средств на улучшение медицинского обслуживания переселенцев в 1927-1928 гг. в сумме 654 тыс. руб. было получено только 345 тыс. руб. [11, с. 110].

Между тем подавляющее большинство средств на здравоохранение выделялось за счёт местного бюджета. Если в первые годы социалистического строительства на Дальнем Востоке средства на здравоохранение, выделяемые местными органами власти, составляли около 10% местного бюджета, то к 1928 г. наблюдалось увеличение затрат на охрану здоровья населения относительно других расходов по местному бюджету Камчатки; они составили на 19,7% выше, чем в других округах ДВК [11, с. 110]. Однако их было мало. Недостаточность средств, отпускаемых на здравоохранение местным бюджетом, приводила к снижению темпа развёртывания медицинской сети.

Недостающую сумму в некоторых случаях составляли общественные средства. На IV пленуме ДКИК (май 1928 г.) обращалось внимание на необходимость участия населения в больничном строительстве и содействия хозяйственных организаций постройке объектов здравоохранения. На Камчатке в строительстве медицинских учреждений принимали участие АКО и Совторгфлот. Выполняя постановление ЦК ВКП (б) от 22 декабря 1929 г. "О медицинском обслуживании рабочих и крестьян" [3, с. 131-134], в котором говорилось следующее: "Учитывая резкую недостаточность медицинской помощи в деревне, особенно в обслуживании бедняцко-крестьянских масс, ЦК предлагает наркомздравам союзных республик наметить план систематического расширения сельской лечебной сети", Дальневосточный комитет ВКП (б) дал указание ДКИК, окружным и районным исполкомам оказывать помощь и содействие местному населению, проявившему инициативу в деле строительства больниц и других учреждений здравоохранения на селе.

В том же году СНК СССР принял постановление "О больничном строительстве в промышленных районах", где внимание обращалось на расширение сельской сети за счёт увеличения врачебных пунктов, ликвидации недостатков в организации больничного строительства [3, с. 135]. Количество фельдшерских пунктов на Камчатке уменьшалось, во многих случаях их

заменяли врачебные участки и больницы. Однако фельдшерские пункты открывались в отдалённых районах и небольших деревнях.

Рост мощности лечебных учреждений Камчатки был медленным. Так, с 1923 г. по 1926 г. количество коек в стационарных больницах возросло на 23 единицы.

В целом, несмотря на трудности, к концу 20-х гг. были достигнуты некоторые успехи в укреплении материальной базы здравоохранения Камчатки: к 1927 г. число лечебных учреждений увеличилось в 4 раза по сравнению с 1923 г.; количество населения, пришедшего на 1 койку, снизилось на 14% [5, с. 194].

В 30-е гг. вопросы больничного строительства получили пристальное внимание как центральных органов власти, так и дальневосточных, в частности, Дальневосточного комитета ВКП (б) и ДКИК, краевого съезда Советов.

Проходивший в 1931 г. VI Дальневосточный краевой съезд Советов отмечал отставание в развитии медицинской помощи населению от темпов развития промышленности и сельского хозяйства. Только за один 1932 г. вопросы здравоохранения шесть раз рассматривались на заседаниях бюро Дальневосточного комитета ВКП (б).

Для исправления положения и ликвидации недостатков в строительстве объектов здравоохранения ДКИК запланировал меры, оказавшие положительное влияние на социальную жизнь Дальнего Востока. Прежде всего были выделены значительные средства на строительство больниц, поликлиник, детских учреждений. Если в 1929-1930 гг. было отпущено на эти цели 1 292,1 тыс. руб., то в 1935 г. – 18 млн руб. Эти средства шли по линии Госбюджета РСФСР, местного бюджета, средств соцстраха, ЦК Госбанка и др.

С 1928 г. по 1935 г. ДКИК принял более 14 постановлений по вопросам строительства объектов здравоохранения, в том числе "О ходе капитального строительства", "Об ассигновании средств на капитальное строительство", "О плане больничного строительства" [7, с. 56].

В резолюции IX расширенного пленума Комитета Севера (август 1932 г.) указывалось на необходимость разработать и обеспечить ассигнованиями план строительства объектов здравоохранения в национальных территориях [8, с. 12]. План включал строительство в каждом национальном округе, районе больницы и амбулатории; тем самым обеспечивалась бы преемственность амбулаторной и стационарной медицинской помощи. К 1933 г. предусматривалось построить 16 культбаз. К 1934 г. в дальневосточном регионе функционировало 7 культбаз. В Чукотской культбазе за 5 лет её существования медицинскую помощь получили 14028 больных [2, с. 156].

III Пленум ДКИК, состоявшийся в 1936 г., принял новую развёрнутую программу строительства лечебных учреждений. Пленум предупредил горсоветы и райисполкомы, что они несут ответственность за надлежащую организацию медико-санитарного строительства.

Постановлением бюро Камчатского обкома ВКП (б) (август 1937 г.) предусматривалось строительство в национальных округах 7 больниц и 10 фельдшерских пунктов (ГАКК. Ф. П-2. Оп. 2. Д. 727. Л. 255).

Принятые решения повлекли значительные изменения в развитии сети медицинских учреждений Камчатки. Количество больниц и фельдшерских пунктов увеличилось с 1931 г. по 1939 г. более чем в 4 раза. Появились новые типы лечебных учреждений: амбулатории, трахоматозные пункты. Количество коек в больницах увеличилось более чем в 6 раз, в фельдшерских пунктах – более чем в 8 раз (ГАКК, Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 1. Л. 133)<sup>2</sup>. Выросли ассигнования на капитальное строительство; только за два года (с 1935 г. по 1937 г.) ассигнования из местного бюджета возросли более чем в 10 раз (ГАКК, Ф. Р-33. Оп. 1. Д. 9. Л. 19-21).

В национальных округах также прослеживались изменения. В КНО с 1931 г. по 1936 гг. количество больниц и медицинских пунктов увеличилось более чем в 2,5 раза, а больничных коек – более чем в 3,5 раза [10, с. 196]. В ЧНО за период с 1935 г. по 1938 г. более чем в два раза возросло количество больниц (ГАКК. Ф. Р-33. Оп. 1. Д. 1. Л. 102).

<sup>2</sup> ГАКК – Государственный архив Камчатского края.

Сеть медицинских учреждений расширялась, но в большей степени не за счёт строительства с "нуля", а за счёт приспособления имеющихся зданий под медицинские пункты. До 1937 г. были построены 4 больницы с общей пропускной способностью 50 коек (ГАКК. Ф. П-2. Оп. 2. Д. 186. Л. 62). Капиталовложения на строительство больничных учреждений были невысокими. Так, в 1937 г. они составляли 2199,2 тыс. руб., а на достройку только одной больницы требовалось 1132,4 тыс. руб. (ГАКК. Ф. Р-33. Оп. 1. Д. 1. Л. 24).

Одной из причин сложившегося положения являлось неосвоение ассигнований на строительство лечебных учреждений. Так, в 1935 г. было освоено 31% ассигнований, в 1939 г. – 29%, а спустя год – лишь 11% (*подсчёт автора по ГАКК Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 75. Л. 78; Ф. П-2. Оп. 2. Д. 553. Л. 27–33*).

В строительстве объектов здравоохранения практиковалось перераспределение денежных средств, предусмотренных планом капитального строительства, по строительству одного объекта на строительство другого. Это приводило к консервации строительства на одном из объектов. Недостаточное обеспечение строительства учреждений здравоохранения кредитами, отсутствие финансового контроля усугублялось фактами использования отпускаемых средств не по назначению, в том числе и на строительство объектов, не относящихся к здравоохранению.

Средства, выделяемые на строительство учреждений здравоохранения, полностью не использовались, в силу чего планируемая медицинская сеть не развёртывалась. Причин неудовлетворительного использования ассигнований было несколько: недостаток строительных кадров, слабая механизация труда, сложность организации строительных работ, проектирования объектов здравоохранения.

Больничное строительство отставало по темпам от строительства в других сферах. Ещё III областной съезд Советов рабочих, крестьянских и красноармейских депутатов (1936 г.) выделил причины этого отставания, главной из которых была зависимость строительства Камчатки от привозных строительных материалов.

Одним из факторов, препятствующих выполнению строительных программ в Камчатской области, являлся размер финансирования на заготовку строительных материалов и поквартальное выделение фондов строительных материалов. Система учёта и распределения строительных материалов была слабо организована. Выделяемые Наркоматом здравоохранения РСФСР небольшие фонды распределялись на объекты, строительство которых велось на дальневосточных территориях. Поставщик "Дальтранслес" систематически не выполнял своих обязательств по поставке строительных материалов на Дальний Восток: строительные материалы задерживались в пути, поздно отправлялись, а то и вовсе не доставлялись на полуостров. В 1939 г. строительных работ было выполнено на 50% по причине отсутствия фондируемых строительных материалов (ГАКК. Ф. Р-419. Оп. 1. Д. 4. Л. 102). В 1940 г. завезено 20,2% фондируемых материалов (ГАКК. Ф. П-2. Оп. 2. Д. 553. Л. 27–33). Срыв поставки фондируемых строительных материалов приводил к остановке в строительстве. В связи с отсутствием завоза цемента возводились деревянные строения, которые требовали более частого ремонта; в результате требовалось больше выделяемых средств.

Трудности с обеспечением строек привозными строительными материалами привели к решению ДКИК о максимальной экономии в расходовании дефицитных стройматериалов и замене их другими, преимущественно местными, а также полному отказу от завоза таких материалов, как лес, камень, кирпич и др.

Успех строительства зависел от качественного проекта, который учитывал географические, социально-культурные особенности места строительства. Выполнение строительных планов сдерживалось неудовлетворительной постановкой проектно-сметных работ. Имели место пропуски ряда необходимых работ принимаемого к строительству объекта, неоднократные перерасчёты смет. Отсутствие технической документации, проектного задания приостанавливало строительные работы, приводило к несоответствию построенного здания проекту. Объекты вводились недостроенными, переделочные работы затягивали, а иногда срывали сроки ввода объектов.

Согласно постановлению ДКИК "О мобилизации внутренних ресурсов" в целях улучшения проектного дела разрабатывались типовые проекты по всем видам строительства, удовлетворяющие потребности ДВК [6, с. 16–18]. Без уважительных причин не допускалось строительство по нетиповым проектам. Созданием проектов медицинских учреждений на месте занимался Камчатрыбстрой; некоторые проекты для Камчатки подготавливались в г. Хабаровске. В ЧНО, КНО строительство осуществлялось чаще всего путём сборки готовых срубов.

Рост сети учреждений здравоохранения в Камчатской области обеспечивался в основном за счёт приспособления зданий под медицинские пункты. Темпы больничного строительства продолжительное время оставались низкими. Однако строительство медицинских учреждений Камчатской области шло и проникало в самые отдалённые населённые пункты, следовательно, медицинская помощь становилась доступной для населения.

### Литература

1. Балицкий В.Г. От патриархально-общинного строя к социализму. М.: Изд-во "Мысль", 1969. 221 с.
2. Гореликов А.И. Коренные малочисленные народы Дальнего Востока в условиях советской модернизации 30-х гг. Дис...канд. ист. наук. Комсомольск-на-Амуре, 2004. 196 с.
3. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР 1925–1940 гг. Сборник документов и материалов / сост. Л.И. Завалищенко, П.И. Гусев. М.: Медицина, 1973. 316 с.
4. Отчёт Дальневосточного Краевого Исполнительного Комитета за 1925-1926 гг. Хабаровск. / под ред. М.П. Копытина, П.Е. Терлецкого. Хабаровск: Б.и., 1927. 428 с.
5. Отчёт Камчатского Окружного Революционного Комитета 1-му Камчатскому окружному съезду Советов. Издание: Камчатское ОРК, 1928. 205 с.
6. Постановление ДКИК о мобилизации внутренних ресурсов (20 марта 1931 г) // Строительство в ДВК. 1931. № 5. С. 17–18.
7. Рыжакова Г.Я. Итоги выполнения директив Далькрайкома ВКП (б) по строительству объектов здравоохранения в годы первых пятилеток (1928–1937) // Советское здравоохранение. 1982. № 8. С. 55–57.
8. Резолюции IX расширенного пленума Комитета Севера при Президиуме Всероссийского центрального исполнительного комитета (12–28 августа 1932 года). М., 1932. 45 с.
9. Стенографический отчёт IV пленума Далькрайкома Второго Созыва (24–28 мая). Хабаровск, 1928. 420 с.
10. Советы Северо-Востока СССР. Сборник документов и материалов. Ч. 1. 1928-1940 гг. Магадан: Кн. изд-во, 1979. 240 с.
11. Шомас Ю.К. Руководство дальневосточной партийной организации развитием народного здравоохранения (1922-1928 гг.): дис. ...канд. ист. наук. Томск, 1970. 384 с.
12. Щупак Б.Н. К истории здравоохранения малых народов на Дальнем Востоке // Советское здравоохранение. 1976. № 8. С. 66–69.

### Транслитерация по ГОСТ 7.79-2000 Система Б

1. Balitskij V.G. Ot patriarkhal'no-obshhinnogo stroya k sotsializmu. M.: Izd-vo "Mysl", 1969. 221 s.
2. Gorelikov A.I. Korennye malochislennye narody Dal'nego Vostoka v usloviyakh sovetskoj modernizatsii 30-kh gg. Dis...kand. ist. nauk. Komsomol'sk-na-Amure, 2004. 196 s.
3. Zdravookhranenie v gody vosstanovleniya i sotsialisticheskoy rekonstruktsii narodnogo khozyajstva SSSR 1925–1940 gg. Sbornik dokumentov i materialov / sost. L.I. Zavalishhenko, P.I. Gusev. M.: Meditsina, 1973. 316 s.
4. Otchyot Dal'nevostochnogo Kraevogo Ispolnitel'nogo Komiteta za 1925-1926 gg. Khabarovsk. / pod red. M.P. Kopytina, P.E. Terlets'kogo. Khabarovsk: B.i., 1927. 428 s.
5. Otchyot Kamchatskogo Okruzhnogo Revolyutsionnogo Komiteta 1-mu Kamchatskomu okruzhnomu s'ezdu Sovetov. Izdanie: Kamchatskoe ORK, 1928. 205 s.
6. Postanovlenie DKIK o mobilizatsii vnutrennikh resursov (20 marta 1931 g) // Stroitel'stvo v DVK. 1931. № 5. S. 17–18.
7. Ryzhakova G.YA. Itogi vypolneniya direktiv Dal'krajcoma VKP (b) po stroitel'stvu ob'ektov zdravookhraneniya v gody pervykh pyatiletok (1928–1937) // Sovetskoe zdravookhranenie. 1982. № 8. S. 55–57.

8. Rezolyutsii IKH rasshirenogo plenuma Komiteta Severa pri Prezidiume Vserossijskogo tsentral'nogo ispolnitel'nogo komiteta (12–28 avgusta 1932 goda). M., 1932. 45 s.

9. Stenograficheskiy otchyot IV plenuma Dal'krajkoma Vtorogo Sozyva (24–28 maya). Khabarovsk, 1928. 420 s.

10. Sovety Severo-Vostoka SSSR. Sbornik dokumentov i materialov. CH. 1. 1928–1940 gg. Magadan: Kn. izd-vo, 1979. 240 s.

11. SHomas YU.K. Rukovodstvo dal'nevostochnoj partijnoj organizatsii razvitiem narodnogo zdravookhraneniya (1922–1928 gg.): dis. ...kand. ist. nauk. Tomsk, 1970. 384 s.

12. SHHupak B.N. K istorii zdravookhraneniya malykh narodov na Dal'nem Vostoke // Sovetskoe zdravookhranenie. 1976. № 8. S. 66–69.

---

**Князькина Т.А. Строительство медицинских учреждений на Дальнем Востоке СССР в 1920–1930-е годы (на примере Камчатской области).**

Обширная территория Дальнего Востока, в особенности её северо-восточные окраины, долгое время оставалась не охвачена медицинской помощью. Изменить ситуацию стало возможно благодаря строительству медицинских учреждений. В статье освещается начало строительства сети медицинских учреждений в Камчатской области. Автор прослеживает задачи и направления строительства, варианты решения проблемных ситуаций, трудности в организации строительства объектов здравоохранения, реализацию строительных программ в национальных округах. К концу 30-х годов в Камчатской области охват населения медицинской помощью увеличился, однако рост сети медицинских учреждений за счёт строительства пока ещё не стал приоритетным.

**Ключевые слова:** *Дальний Восток, Камчатская область, строительство, медицинские учреждения*

**Knyaz'kina T.A. The construction of health facilities in the Far East of the USSR in the 1920–1930s (on the example of Kamchatka region).**

The vast territory of the Far East, the north-eastern edge for a long time remained without academic medicine. The situation changed thanks to the construction of medical institutions. The article highlights the beginning of the formation of the health care system in the Kamchatka region. The author traces the purposes and directions of construction, problem solving, difficulties in organizing the construction of health facilities of the Kamchatka region, the implementation of construction programs in the national districts. By the end of 30s in the Kamchatka region, the coverage of medical care was increasing, but the growth of the network of medical institutions due to the construction have not yet become a priority.

**Key words:** *Far East, Kamchatka oblast, construction, medical institutions*

---

**Для цитирования:** Князькина Т.А. Строительство медицинских учреждений на Дальнем Востоке СССР в 1920–1930-е годы (на примере Камчатской области) // Ойкумена. Регионоведческие исследования. 2018. № 4. С. 64–69. DOI: 10.24866/1998-6785/2018-4/64-69

**For citation:** Knyaz'kina T.A. The construction of health facilities in the Far East of the USSR in the 1920–1930s (on the example of Kamchatka region) // Ojkumena. Regional researches. 2018. № 4. P. 64–69. DOI: 10.24866/1998-6785/2018-4/64-69

