УДК [615.1+614.2](571.54)"1930"

ББК 52.8г (2Рос.Бур.)

DOI 10.30792/2222-9175-2018-29-55-63

В. А. Шаламов**СТРУКТУРА И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ
БУРЯТ-МОНГОЛЬСКОЙ АССР В 1930-е гг.**

В статье рассматривается структура фармацевтической службы Бурят-Монгольской АССР и ее функционирование в условиях перехода на принципы командно-административной экономической системы. Автор характеризует работу аптечных учреждений, решение кадровой проблемы. Особое внимание обращено на переход к плановой централизованной заготовке медицинских товаров.

Ключевые слова: Бурят-Монгольская АССР, здравоохранение, медицина, фармацевтическая служба, аптеки.

V. A. Shalamov**STRUCTURE AND FUNCTIONING OF THE PHARMACEUTICAL
BRANCH OF THE BURYAT-MONGOLIAN ASSR IN 1930s.**

The article describes the structure of the pharmaceutical branch of the Buryat-Mongolian ASSR and its functioning in the conditions of transition to the principles of the command-administrative economic system. The author characterizes the work of pharmacies, dealing with personnel problems. Special attention is paid to the transition to a planned centralized procurement of medical supplies.

Keywords: Buryat-Mongolia ASSR, healthcare, medicine, history of medicine, pharmaceutical branch, pharmacies.

Оказание медицинской помощи немислимо без медикаментов, специальных инструментов и оборудования. Между тем этот важный раздел медицины выпал из истории здравоохранения. В работах Д. Б. Батоева [2004], Н. М. Матвеевой [2004], В. Ю. Башкуева [2015], работавших над проблемами становления и развития медицинской отрасли в республике, приводятся только сведения, косвенно касающиеся избранной тематики. Вероятно, данное обстоятельство обусловлено тем, что сфера обеспечения медицинскими товарами в 1920-е гг. была выделена в особую струк-

туру под названием «Аптечное управление», дела которого во всех архивохранилищах составляют отдельный фонд. В нашем случае для подготовки публикации использовались фонды Государственного архива Республики Бурятия за 1930-е гг.

Аптечная служба на территории Бурятии возникла еще в дореволюционное время. В XIX в. в Верхнеудинске имелась одна аптека, содержавшаяся на средства города, сельская аптека в Кабанске и временная аптека при Туркинских минеральных водах в Горячинске. К 1914 г. в Верхнеудинске уже имелось три аптеки:

городская, общества Красного Креста и частная провизора Ю. Р. Погоржельского. Городские аптеки имелись также в Троицкосавске и Кяхте. Сохранялась она и при курорте в Горячинске. Сельские аптеки имелись в Кабанске, Баргузине, Мысовске, Новой Бичуре и при военном городке в Березовке [Российский медицинский список 1916: 426]. Готовыми препаратами также торговали кооперативные и частные лавки. После революции все аптеки были национализированы. В 1920 г. в составе РСФСР была образована Бурят-Монгольская область, где аптечное управление (Бурмедторг) подчинялось Иркутску и перебралось в Верхнеудинск, вследствие отсутствия помещений, только в 1928 г.

Главной проблемой стало размещение администрации Бурмедторга и центрального аптечного склада. В итоге после долгих поисков оба учреждения временно разместили во дворе аптеки № 2 по ул. Ленина. Помещение склада имело удачное расположение в центре города, но было чрезвычайно тесным. Несмотря на все попытки добиться выделения другого помещения, склад продолжал ютиться в двухэтажном здании, обнесённом ветхим забором. Во дворе также располагались сеновал и конюшня для лошади, которая использовалась для доставки воды в аптеки города. Исчерпывающая характеристика центрального склада Бурят-Монгольского отделения Государственного аптечного управления (БМО ГАПУ) содержится в акте обследования этого учреждения за 1937 г. Все кладовые медсклада были забиты товарами. Из-за недостатка помещений часть медикаментов хранилась в кладовых аптек № 1 и 6, а стеклянная тара – в общежитии медработников за Удой. При этом отмечалось, что все помещения требуют капитального ремонта, но вывезти товары просто некуда. Дошло до того, что значительную часть товара пришлось размещать прямо во дворе на открытом воздухе (нашатырный спирт, перекись водорода, лизол, стеклотара, а также медикаменты, приготовленные к отправке),

что, конечно же, не способствовало его сохранности. Кроме того, нарушалось законодательство СССР по хранению огнеопасных и отравляющих веществ (эфир, хлорпикрин), которые не положено было размещать в черте города [ГАРБ, д. 8, л. 14–15, 19]. Только в 1939 г. произошли некоторые перемены. В кладовых зацементировали полы, огородили складское помещение, отстроили сторожку и приступили к возведению тарной базы [Там же, д. 10, л. 2]. Тем не менее кардинально решить проблему вместимости не удалось, тем более что обороты хранилища регулярно увеличивались.

При складе действовала галеновая лаборатория, которая изготавливала спиртовые настойки и вытяжки, но производство было карликовым вследствие регулярных перебоев с поставками спирта. Здесь же располагалась контрольно-аналитическая лаборатория, в задачи которой входило отслеживание качества изготавливаемых препаратов, но из-за недостатка кадровых работников ее деятельность была чисто формальной.

Собственно аптечная сеть БМАССР была невелика. На 1929 г. имелось всего 7 аптек: 3 в Улан-Удэ – в центре, на базаре и вокзале; в Кяхте, Баргузине, Тунке и Кабанске. В годы первой пятилетки сеть неуклонно расширялась, и к 1932 г. их стало 12. Были открыты аптеки в Кутулике, Усть-Орде и Бохане. Агинская аптека была преобразована из внутрибольничной в самостоятельную. Также функционировала сезонная аптека при курорте Аршан. Вдобавок в Улан-Удэ имелся еще и аптечный магазин, в котором можно было приобрести медицинские товары и готовые медикаменты. Отсутствовали аптечные пункты и киоски, хотя потребность в них ощущалась довольно остро. Несмотря на то что планы развития сети постоянно срывались из-за недостатка оборотных средств и фармработников, в целом отмечался прогресс. Даже пожар в аптеке № 6 в Улан-Удэ, уничтоживший здание, оборудование и медицинские товары на 15 тыс. руб., не помешал дальнейшему развитию фармацевтической

службы. Благодаря страховке, удалось приобрести здание и ровно через год, 1 апреля 1931 г., аптека вновь вступила в строй [ГАРБ, д. 1, л. 116, 181, 226об.].

В 1933–1935 гг. аптечная сеть республики не претерпевала каких-либо изменений. Только с 1936 г. вновь наметился рост. О развитии аптечной сети также свидетельствует увеличение капиталовложений. В 1933 г. они составили 10 тыс. руб., в 1935 г. – 54, в 1936 г. – 68,6, в 1937 г. – 200 тыс. руб. К 1937 г. насчитывается уже 18 аптек: к уже имевшимся добавились в Мухоршибири, при станциях Мысовая и Селенга, мехстеклозаводе, курорте Горячинск и сезонная при кумысолечебнице. В этом же году, в связи с административно-территориальными изменениями в стране, аптечные учреждения на западе (Усть-Ордынский округ) были подчинены Иркутскому, а восточные (Агинский округ) – Читинскому аптечным управлениям. Небезынтересно, что к этому времени из 21 района только в девяти были аптеки, намечались к открытию еще в трех, а в остальных девяти о них вообще и не думали. В 1939 г. удалось открыть только одну аптеку из 4 запланированных – в рабочем городке Джидастроя в Закаменском районе. Незначительный рост компенсировался за счет открытия аптечных пунктов, которых к тому времени стало 12 (в Кабанском районе – 3, в Баргузинском – 5 и в Мухоршибирском – 4). К 1940 г. ввели в строй еще 2 аптеки, в Бичуре и Нижнеангарске [Там же, д. 10, л. 1–3]. Кроме того, открылся один аптечный магазин. По поводу имеющихся и строящихся аптек у Бурмедторга возникали постоянные трения с местными властями. Важно было не только приобрести помещение, но и отстоять свое право на владение им. Местные райисполкомы считали аптеки торговыми организациями и не стеснялись в выборе средств давления. Всего же к концу 1930-х гг. имелась 21 аптека, т. е. в три раза больше, чем в начале десятилетия.

По данным обследования 1937 г., из 17 помещений аптек шесть не соответ-

ствовали объемам работы, в десяти не имелось ассистентских столов, а в трех отсутствовали перегонные кубы для получения дистиллированной воды, необходимой при изготовлении лекарств. В ряде аптек не было весов, воронок, разновесов и т. д. В санитарном же отношении почти все аптеки оказывались на высоте, хотя их внешнее оформление значительно отставало от других торгующих организаций. В аптеке № 6 г. Улан-Удэ даже сохранилось с прежних времен окошечко, через которое и шла торговля, хотя был разослан циркуляр о ведении культурной торговле и ликвидации всякого рода барьеров между покупателем и продавцом. Мебель в большинстве аптек была примитивная, внутреннее убранство бедное. Из этого ряда выпадали лишь центральная аптека в Улан-Удэ и при мехстеклозаводе. Для обеспечения фармучреждений мебелью при общежитии за Удой была оборудована мастерская, но объемы ее работы были незначительными [Там же, д. 8, л. 3, 7].

Аптеки не имели собственного транспорта, и зачастую доставка осуществлялась случайными попутками. В Улан-Удэ иногда использовали лошадь, приписанную к центральному складу. Естественно, что это приводило к длительным перебоям в работе склада, и без того заваленного товарами, тогда как в аптеках в это время недоставало ходовых лекарств. Залежавшиеся медикаменты с короткими сроками годности зачастую уже было бессмысленно отправлять в районы. Приходилось разбирать заявки и распределять их по близлежащим аптекам. Потери из-за логистических проблем являлись хронической болезнью БМО ГАПУ. Лишь в 1937 г. Главным аптечным управлением СССР было выделено 2 грузовика грузоподъемностью 3 т. Тогда же приступили к строительству гаража на 3 автомобиля. Однако существенного прорыва в поставках достигнуть не удалось. К 1939 г. имелось 4 грузовика ГАЗ АА, но из-за отсутствия топлива они 10 месяцев почти не использовались. Расстояния были огромные (до

Баргузина – 400 км, до Бичуры – 220, до Кяхты – 250). Чтобы перевезти груз в аптеку № 21 в Нижнеангарск за 700 км нужно было затратить 350 л бензина. В связи с дефицитом последнего начальник Бурят-Монгольского аптекоуправления ходатайствовал о выделении 3-тонной машины ЗИС с газогенераторным двигателем, работающим на дровах [ГАРБ, д. 10, л. 3]. Положительного решения так и не дождались, зато улучшались снабжение бензином. Улучшению работы аптек способствовало проведение в 1937 г. телефонной линии, связывающей контору, склад и все аптеки г. Улан-Удэ.

Фармацевтическая служба Бурятии в 1930-е гг. постоянно нуждалась в специалистах. Текучка кадров была регулярным явлением. «В своей работе Бурмедторг переживал большой недостаток в кадрах, особенно фармацевтов. В течение 1931 г. Бурмедторг в большей своей части не имел постоянного управляющего, а его обязанности в большинстве случаев исполняли лица временного порядка...», – сообщалось в годовом отчете БМО ГАПУ. Подобная формулировка применима и к последующим годам. Трудно даже определить количество лиц, исполнявших в 1930-е гг. функции управляющего. Д. Б. Батоев в одной из своих работ приводит имя одного из них, вслед за источником назвав его Аюшиным. На самом деле это был Ардан Хуриганович Аюшинов [Батоев 2001: 303]. В 1929 г. он был назначен главой фармацевтической службы БМАССР, но спустя год ушел с этой должности и возглавил аптеку в Агинском аймаке. Его последовательно заменяли Г. А. Головач и Нехуров. В 1933 г. управляющим стал Николай Алексеевич Копгельм, прибывший в Забайкалье в составе 5-й армии в годы гражданской войны. Он был принят в состав Наркомздрава БМАССР и принимал участие в организации аптек республики. Также он участвовал в открытии фармшколы в Улан-Удэ [Он же 2005: 10–11]. Однако и этот деятельный человек спасовал перед трудностями ведения слож-

ного аптечного хозяйства в условиях плановой экономики. В 1935 г. его заменил А. Х. Аюшинов, но по результатам ревизии 1937 г. за развал дел был снят с работы с запретом занимать ответственные должности. Тогда же пострадал глава аптеки № 2 А. И. Брустин за необоснованную дефектуру. Неустроенность фармацевтической службы не была результатом неправильных действий А. Х. Аюшинова, а скорее следствием системного кризиса в переходный период. В последующие годы сменилось еще несколько управляющих (Данкевич, Межул), а нормализации работы службы так и не произошло.

Кадровая проблема в медицинских организациях Забайкалья стояла еще с дореволюционных времен, поскольку в регионе отсутствовало учебное заведение, которое бы их готовило. Условия же работы были такими, что удержать специалистов было сложно. Особенно остро дело обстояло с ответственными работниками, которым приходилось отвечать за любое неустройство. В итоге опытных фармацевтов бесконечно перебрасывали с места на место, чтобы они наводили порядок, но это мало помогало. В общем, к 1932 г. кадровый состав характеризуется следующими цифрами: всех работников было 102 чел., из них квалифицированных фармацевтов – 38, неквалифицированных (без образования) – 6. Специалистов с дореволюционной подготовкой было всего 7 человек. Наличного состава едва хватало для функционирования существующей сети, но, учитывая постоянные требования властей по увеличению числа аптек, необходимо было принимать серьезные меры.

С этой целью в 1932 г. при поддержке Наркомздрава БМАССР в недавно открывшемся медтехникуме было организовано фармацевтическое отделение, на которое набрали сразу 30 человек. Появлению отделения поспособствовал и Бурмедторг, поскольку это учреждение сулило в будущем если не ликвидировать кадровый голод, то значительно его

ослабить. Из средств аптекоуправления выделялись деньги на стипендии студентов и отопление помещений. Еще два студента-бурята учились в Иркутском фармтехникуме. Однако уже через год из 30 студентов осталось только 13, которых стали привлекать к практической работе в аптеках. В 1937 г. из фармтехникума было выпущено 18 фармацевтов, в 1939 г. – 21, что в целом соответствовало нуждам региона. Со временем можно было надеяться на заполнение всех вакансий. Выпуск фармацевтов был небольшим, и чтобы предотвратить их уход, согласно постановлению ЦИК СССР от 1933 г., им выделялись подъемные, бесплатное жилье и оплата коммунальных услуг. Управляющему региональной фармслужбой рекомендовалось: «... молодые специалисты должны быть Вами приняты так, чтобы они чувствовали заботу о себе и необходимую поддержку в своей работе» [ГАРБ, д. 5, л. 56]. Для закрепления специалистов неоднократно повышали ставки заработной платы, но вплоть до 1935 г. число фармацевтов сокращалось. Ставки помощника управляющего, фарминспектора, плановика традиционно оставались вакантными. Только в конце 1930-х гг. отмечается рост числа специалистов, чему способствовало введение в 1937 г. премиальной системы. На 1939 г. в Бурмедторге работали 266 человек, из них 48 квалифицированных специалистов и 29 неквалифицированных – из числа аптекарских учеников и практикантов. Примечательно, что среди фармацевтов имелось 6 бурят.

Условия работы в аптеках не способствовали сохранности здоровья. Из-за того что в половине аптек не было ассистентских столов, лекарства зачастую изготовляли стоя. Третий аптечных зданий не соответствовали объемам продаваемой продукции, что усложняло труд фармработников. Крупнейшая аптека № 2 в Улан-Удэ изготавливала за день лекарств по 400–500 рецептам, не считая продажи готовых медикаментов и товаров. Остальные же обеспечивали

в среднем от 20 до 75 рецептов. Среди жалоб потребителей чаще всего отмечались задержки в приготовлении лекарств и очереди. Особенно это касалось аптек № 2 в г. Улан-Удэ, а также аптек в Мысовой и Кабанске, где задержки иногда достигали 4–6 час., что не удовлетворяло клиентов и создавало ненормальные условия обслуживания. В 1937 г. 10 из 17 аптек функционировали только по 6 час. Максимальный рабочий день – 13 час. сохранялся лишь в аптеке № 2. По итогам проверки инспектора Д. А. Юнгмейстера, приехавшего из Москвы, рабочий день требовалось увеличить в 7 аптеках. К 1939 г. положение было исправлено и даже появились две дежурные круглосуточные аптеки (в Улан-Удэ и Кяхте).

В 1929/30 хозяйственном году фармацевтическая служба республики впервые полностью перешла на плановое ведение хозяйства, что потребовало изменить систему заготовок. Если раньше все приобреталось через обычный рынок, то теперь пришлось в срочном порядке заключать с основными фармацевтическими организациями, такими как Химфармсбыт, договора о поставках товаров. Сразу же обнаружилось много недостатков. Требования на медикаменты принимались в короткий срок, что делало невозможным выяснение их наличности в местных аптеках. В результате заказывали наобум, нередко наблюдалась пересортица, урезание ходовых товаров и замена их неходовыми. К популярным товарам стали вводить нагрузку, например, при заказе одеколона требовали приобретение пудры, которая была не нужна. Часто поставки опаздывали, что сокращало сроки хранения медикаментов или приводило к их порче. Так, например, заявка на замораживающие медикаменты была подана 5 мая 1930 г., а прием осуществлен только 9 ноября, и большинство баллонов лопнули от мороза. Госмедторгом заявки выполнялись на 70–80 %, что приводило к сбоям в работе аптек. Во второй половине 1929/30 операционного года вообще не было поставок мыла, скипидара,

одеколона. Дефицитными стали нашатырный спирт, борная кислота, вазелин, растительные масла и некоторые другие медицинские товары. Импортные лекарства поставлялись в ограниченном количестве и с перебоями. Одна из причин сбоев – отсутствие тары. Дошло до того, что часть медикаментов отправляли в глиняных банках, что серьезно увеличивало себестоимость [ГАРБ, д. 1, л. 116].

С 1 мая 1931 г. Бурмедторг мог производить заготовки только на основе договоров, которые от его имени в Москве заключало Аптекобюро. Заведующий фармацевтической службой Бурят-Монгольской АССР винил Аптекобюро в том, что регион недополучал некоторые очень нужные медицинские товары (йодистые, жаропонижающие препараты, уротропин, растворы масел), в то время как другие поставлялись сверх всякой нормы (резиновые трубки, пилюли Блауди, настойки, экстракты). В 1932 г. некоторых ходовых медтоваров выделялось всего 10–15 % от потребности региона. Однако на самом деле причина лежала глубже. Поставляющие организации не могли справиться с мгновенно выросшим до невероятных размеров товарооборотом. Остро не хватало специалистов, из-за чего срывались сроки отгрузок и портился товар. Свою лепту давали сбои в работе предприятий и путей сообщения. В общем, перегрев экономики давал системные сбои и в фармацевтической сфере.

Чтобы ограничить отток из страны материальных средств, власти в отношении импортных товаров ввели систему разверстки. Бурмедторгу полагалось 0,03 % стоимости завоза таких товаров по Союзу, что не покрывало даже самых минимальных потребностей региона. Проблемы наблюдались даже с теми товарами, которые можно было найти на месте. Из-за сильного снижения поголовья скота не хватало сала. Перестали выгонять деготь и он превратился в дефицитный продукт. Лучшее дело обстояло со скипидаром, поставляемым через Бурпромкредсоюз.

В 1931 г. так и не была ликвидирована проблема с тарой под лекарства. Во всесоюзном масштабе Бурмедторг был прикреплен к Зиновьевскому стекольному заводу в Башкирии, а поскольку завод почти не производил аптечной посуды, то и поставок ее не было. Добиться же поставок с других мест не удавалось. В 1932 г. посуда с Зиновьевского завода стала поступать, но ее все равно не хватало. Чтобы выйти из положения, был заключен контракт с местным стекольным заводом, но себестоимость его продукции оказалась высокой, а бой иногда достигал 30 %. Даже в конце 1930-х гг. лекарства выдавались в разнокалиберной посуде, часто без крышек. Доходило до того, что мази помещали в стаканы, чашки и даже в спичечные коробки! В итоге резко сократилась фасовка, плановые показатели не выполнялись. Не лучше было и с готовыми товарами. Туалетного мыла в 1931 г. вообще не поступало, а парфюмерия и косметика из-за недостаточности оборотных средств и невыгодности договоров вообще не заказывалась. Естественно, все это сказывалось на финансовом положении отрасли.

1933 год оказался самым провальным. Из-за частой смены руководства годовой план был составлен только в мае и утвержден лишь в декабре. Тогда же было открыто финансирование. Иными словами, фармацевтическая сеть не имела бюджетного источника финансирования в течение года. Некоторые поставщики прекратили отгрузку товаров. Расчетный счет в Государственном банке был арестован. Остро не хватало наличных денежных средств, и счета поставщиков не оплачивались по 2–4 месяца, из-за чего приходилось выплачивать штрафы за неустойку и пени, что, конечно же, отразилось, прежде всего, на потребителях – лечебных учреждениях и населении Бурят-Монголии в целом [Там же, л. 304].

К концу 1930-х гг. ситуация с поставками значительно улучшается, что связано, главным образом, с улучшением макроэкономических показателей: расши-

рением сети предприятий, увеличением пропускной способности путей сообщения, корректировкой плановых показателей благодаря накопленному опыту и др. Хотя дефицитные товары не исчезли, наоборот – они стали характерной чертой советской торговли, но их перечень сократился. В аптеках Советского Союза был введен ассортимент обязательных товаров (91 наименование), отсутствие которых служило отрицательным показателем в работе аптекоуправления. Тем не менее во время проверки в 1937 г. аптек БМАССР не имелось в наличии от 6,6 до 29,7 % обязательных товаров. Худшие показатели имели аптеки при стеклозаводе, станциях Селенга и Центральная в Улан-Удэ. Интерес вызывает то, что на этот раз вина возлагалась не только на центральные органы снабжения в Москве, но и местные службы. В основном это были проблемы с логистикой. Заявки делались от случая к случаю, отсутствовал транспорт, склад отказывал в товарах, которые имелись в наличии. К примеру, на складе имелись дефицитные (горчичники, жидкость от клопов) и обычные товары (зеленое мыло, презервативы, мазь от ожогов, сода, аптечки, скипидар, нафталин), но из заявок они вычеркивались. Возможно, это было связано со спекулятивными операциями работников склада. Довольно вяло шла борьба за расширение клиентской базы, особенно через кооперацию. Попытки сбора местного лекарственного сырья (черника, корень валерианы, чабрец, тысячелистник) не увенчались успехом. Ревизор – старший инспектор ГАПУ Д. А. Юнгмейстер в качестве главной причины всех ошибок видел отсутствие заведующего торговым отделом, что чувствовалось на всей организации коммерческой части отрасли.

Иногда товары удавалось приобретать на местном рынке или в соседних регионах. Так, на месте кроме традиционных дегтя, скипидара и сала стали закупать минеральную воду «Ямаровка», спирт, кислород, марлю. Недостаток посуды компенсировали закупкой ее у на-

селения. Часть дефицитных медикаментов получали через обмен с красноярской базой Химфармторга. Благодаря таким действиям удавалось хотя бы частично решать проблемы с товарооборотом.

Большинство лекарств в 1930-е гг. изготавливались в аптеках фармацевтами самостоятельно, а не продавались в готовом виде. Из-за отсутствия перегонных кубов некоторые аптеки готовили препараты с использованием кипяченой воды вместо дистиллированной. При отсутствии весов ингредиенты отмерялись мензурками и даже просто на глаз. Стерилизация производилась примитивным путем в кастрюлях. Контроль за изготовлением лекарств был поставлен крайне слабо. Общую инспекцию всех аптек осуществлял заведующий БМО ГАПУ, но он редко касался таких тонкостей, к тому же районные аптеки посещал не чаще одного раза в год. Для медикаментозного контроля существовал аналитический кабинет. С августа 1936 г. его возглавлял Абрам Леонтьевич Ициксон, окончивший специальные курсы в Ленинграде. Однако на него взвалили еще и обязанности фарминспектора и помощника заведующего аптекоуправлением. В итоге за 7 месяцев 1937 г. он смог провести лишь 25 лекарственных анализов из 17 аптек, чего явно было недостаточно. Проверка выявила множественные нарушения качества изготавливаемых лекарственных препаратов. Впрочем, в последующие годы жалоб на некачественное изготовление лекарственных препаратов стало во много раз меньше.

Хранение медикаментов в аптеках, как правило, соответствовало существовавшим нормам. Имелись лишь частные отклонения: неисправные замки от шкафов с наркотиками, смешивание ядов с наркотиками, а также наличие порошков без обозначения. В центральной аптеке № 2 Улан-Удэ было отмечено разовое изготовление микстур количеством 15–20 лекформ сразу. В случае ошибки последствия могли быть непредсказуемыми. Часто наблюдалась небрежность в оформ-

лении выдаваемых на руки лекарств. Отсутствовали стандартные этикетки, штампы аптеки, подписи ответственных за изготовление фармработников, способы применения, что могло повлечь за собой ошибки и затруднения в случае судебных разбирательств. Все это говорило о необходимости стандартизации деятельности аптечных работников.

Одним из отрицательных сторон плановой экономики в 1930-е гг. стало затоваривание неходовыми медикаментами. При этом, как отмечалось в документах 1937 г., «затоваривание ... имеет тенденцию к неуклонному росту, вызывая напряженное финансовое положение, и, как следствие, вызывает затруднение хозяйственной деятельности отделения ... за 7 месяцев затоваривание увеличилось на сумму 376 тыс. руб. [с 1197 тыс. до 1573 тыс. руб.]» [ГАРБ, д. 5, л. 9об.]. По мнению приехавшего из Москвы инспектора Д. А. Юнгмейстера, одной из основных причин подобного положения вещей являлась слабая постановка рекламы. Из 2,5 тыс. руб. на эти цели было потрачено всего 950 руб. Вся реклама состояла из небольших сообщений по радио два раза в месяц и время от времени – в местных газетах. Население зачастую просто не знало о наличии в аптеках необходимых ему товаров.

Вместе с тем тот же Юнгмейстер верно отмечал замедление товарооборачиваемости. По плану к 1 августа 1937 г. полагалось иметь товарных запасов на 1040 тыс. руб., а вместо этого склад и аптеки сконцентрировали в себе материалов на сумму 1573 тыс. руб. Вследствие удаленности БМАССР от центров изготовления аптекарских товаров, практически всегда наблюдались задержки в транспортировке. Так, в 1931 г. по плану было предусмотрено товаров в пути на сумму 25 тыс. руб. В реальности же их оказалось до 60 тыс. руб. К этому стоит добавить, что Бурмедторгу зачастую приходилось обслуживать больницы, фельдшерские пункты, амбулатории и другие бюджетные организации, которые не

отличались аккуратностью в платежах, что также сковывало часть наличности. В итоге аптекоуправление часто было не в состоянии оплатить поставщикам из собственных средств. Банковское кредитование использовалось полностью, но и оно не решало всех проблем. Иногда для выкупа неравномерно прибывающих товаров БМО ГАПУ приходилось брать ссуды свыше 0,5 млн руб. Все это приводило к тому, что в товарообороте постоянно снижалась роль собственных средств. К 1939 г. доля собственных средств составляла 24,5 % вместо 30 % по плану. Попытки управляющего обойтись своими деньгами приводили зачастую к неустойкам. В том же 1939 г. пени Госбанку за просрочку платежей поставщикам составили 31 тыс. руб., а неустойки по договорам – 11 тыс. руб. Конечно, значительную долю ответственности за неудовлетворительную работу аптечной сети Бурят-Монголии стоит приписать несовершенству плановой экономической системы. Однако заметны были промахи и местных работников, особенно в части продвижения товара и нахождения альтернативных решений. Так, например, была слабо поставлена горизонтальная связь между региональными аптекоуправлениями, благодаря чему можно было проводить более интенсивный обмен товарами.

Несмотря на отмеченные недостатки, товарооборот аптек из года в год возрастал. В 1933 г. он составил 72,0 тыс. руб., в 1934 – 1089,9 тыс., в 1935 – 1776,6 тыс., в 1936 – 2736,6 тыс., 1937 – 3400,0 тыс., в 1939 – 4487,5 тыс. руб. Вместе с ростом товарооборота наблюдалось и возрастание чистой прибыли. В 1930 г. было исчислено 53,5 тыс. руб. чистой прибыли, в 1931 – 27,6 тыс., в 1932 – 119,2 тыс., в 1939 – 641,7 тыс. руб. [Там же, л. 2об.]. Именно благодаря чистой прибыли аптекоуправлению удавалось держаться на плаву и даже расширять розничную сеть.

В целом период 1930-х гг. для фармацевтической службы Бурят-Монголии

оказался сложным и противоречивым. Сказывалось незнание персоналом принципов плановой экономики. Неподготовленность кадрового состава и материальной базы привела к хаосу в работе аптек, особенно в первые годы, что сравнимо с последствиями «шоковой терапии» в 1990-е гг. Местную фармацевтическую службу не обошли стороной и общесоюзные проблемы – дефицит ходовых медицинских товаров, недоснабжение, пересортица товаров, принудительное навязывание ненужных материалов, затоваривание складских помещений. Во

многом это были системные сбои. Плановость предполагала механическое воспроизведение процесса снабжения, что автоматически сковывало инициативу. Систематически наблюдались сбои в логистике, что приводило к большим коммерческим издержкам, к тому же дополнительно штрафовалось со стороны государства. В итоге страдал потребитель. Тем не менее к концу 1930-х гг. ситуация начинает исправляться, расширяется сеть аптек, улучшается качество обслуживания.

Литература и источники

Государственный архив Республики Бурятия (ГАРБ), ф. р-840, оп. 1.

Батоев Д. Б. Очерки о медиках Аги / Д. Б. Батоев. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 2001. – 324 с.

Батоев Д. Б. История здравоохранения Бурятии (конец XVIII в. – 1960-е гг.) / Д. Б. Батоев. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 2004. – 262 с.

Батоев Д. Б. Первое медицинское училище Республики Бурятия / Д. Б. Батоев, Д. Д. Доржиев, А. В. Михайло. – Улан-Удэ: Бурят. кн. изд-во, 2005. – 180 с.

Башкуев В. Ю. Становление и развитие муниципального здравоохранения в Верхнеудинске/Улан-Удэ в XIX – первой четверти XX в. / В. Ю. Башкуев // Вестник Бурятского научного центра СО РАН. – 2015. – № 4 (20). – С. 60–77.

Матвеева Н. М. История становления и развития системы здравоохранения и формирование медицинской интеллигенции Бурятии (1923–1991): автореф. дис. ... канд. ист. наук / Н. М. Матвеева. – Улан-Удэ, 2004. – 25 с.

Российский медицинский список на 1916 год. – СПб.: Тип. МВД, 1916. – 605 с.