

ББК 63.3(2)531

*О.А. Петрова***Формирование и развитие системы здравоохранения населения Дальнего Востока России в конце XIX – начале XX в.**

Ключевые слова: Дальний Восток, здравоохранение, система, врачебный устав, городская медицина, сельская медицина.

Key words: Far East, health care, system, medical statute/regulations, city medicine, rural medicine.

На Дальнем Востоке России система по охране здоровья населения стала складываться в начале 90-х гг. XIX в. Развитие здравоохранения было признано одним из главных направлений социально-экономического развития края. До этого приоритетной являлась государственная переселенческая политика, проводимая царскими властями на востоке страны. Задачи администрации того времени заключались в обеспечении переселенцев землей, их обустройстве на местах водворения в условиях полного отсутствия социальной инфраструктуры.

Вопросы, касающиеся организации медицинского обслуживания населения, были переданы в руководство администрации Дальнего Востока. До 1884 г. делами врачебно-ветеринарной и карантинной служб ведала канцелярия генерал-губернатора Восточной Сибири; после 1884 г. – канцелярия приамурского генерал-губернатора. Канцелярии губернатора приходилось решать большинство задач социально-экономического развития региона, в то время как в других губерниях России наблюдалось их распределение по нескольким отдельным учреждениям. При недостатке финансовой поддержки со стороны правительства Российской империи, а также при колоссальной функциональной нагрузке местной канцелярии, создать во второй половине XIX в. в крае систему здравоохранения населения не представлялось возможным.

Позитивные изменения в положении врачебной части на Дальнем Востоке произошли лишь в начале 90-х гг. XIX в. с принятием Врачебного устава (1892 г.) [1, с. 113]. В состав Устава вошли положения, регламентирующие порядок организации медицинского обслуживания населения в губерниях и областях Российской империи. Согласно Уставу главное управление гражданской врачебной частью принадлежало Министерству внутренних дел. В нем оно разделялось между медицинским департаментом, медицинским советом и совещательным ветеринарным комитетом. Надзор за исполнением положений Устава в Забайкальском, Амурском и Уссурийском казачьих войсках возлагался на Военное министерство.

Устав содержал правила организации местного врачебного управления в губерниях и областях Россий-

ской империи. Так, в Приморской области управление врачебной частью возлагалось на медицинского инспектора; в Амурской области – на областного врача; на Сахалине – на заведующего медицинской частью. Медицинскому инспектору и областному врачу на общем основании подчинялись городские, окружные, сельские врачи, гражданские больницы, фармацевты и ветеринары в округах областей. При них состояли помощник, областной ветеринарный врач, фармацевт и делопроизводитель.

Управление медицинской частью в Амурском казачьем войске принадлежало областному врачу Амурской области, который подчинялся наказному атаману войска и окружному военно-медицинскому инспектору Приамурского военного округа [1, с. 151]. Заведывание медицинской частью в Уссурийском казачьем войске входило в обязанности врача, состоящего при штабе конного дивизиона войска. Помимо врачей оказанием медицинской помощи населению в Амурском и Уссурийском казачьих войсках занимались фельдшеры. В Забайкальском казачьем войске дела по врачебному управлению ведались областным врачом Забайкальской области, состоящим в звании войскового врача. Руководство врачебными заведениями возлагалось на начальников больниц. Контроль над их работой и расходованием средств на содержание и лечение больных – на войсковое хозяйственное правление [1, с. 149].

Устав предусматривал правила управления сельской врачебной частью в дальневосточном регионе. Для оказания врачебной помощи крестьянскому населению, а также наблюдения за введением и действием необходимых для общественного здоровья гигиенических мер в каждом округе края учреждались должности окружных сельских врачей. Расходы по сельской врачебной части были отнесены на областной земский сбор. Порядок отпуска и расходования сумм на устройство и содержание сельской врачебной части устанавливался Министерством внутренних дел по соглашению с министром финансов и государственным контролером.

Ввиду того, что большую часть населения Российской империи представляли жители сел и деревень, Устав четко прописывал обязанности окружных сельских врачей. Они включали: предоставление медицинских услуг населению, проведение предупредительных противоэпидемических мероприятий, а также информирование населения о простейших правилах гигиены, содействующих охране общественного здоровья.

Таким образом, в начале 90-х гг. XIX в. с принятием Врачебного устава в сфере здравоохранения формируется управленческая иерархия.

На Дальнем Востоке приоритетным было развитие городского здравоохранения, которое стало складываться в 90-х гг. XIX в. В это время в крупных городах края открываются первые гражданские больницы и амбулатории, вводятся должности городских врачей. Такое отношение к здравоохранению на Дальнем Востоке было обусловлено тем, что восточные окраины страны рассматривались правительством как территория, которая должна была стать экономической опорой страны, а это требовало формирования различных отраслей хозяйства, образования и развития городов, а, следовательно, создания городского здравоохранения, выразилось в разнице расходов на городскую и сельскую медицину. Данные общеземской организации, проводившей исследование Дальнего Востока в 1904 г., свидетельствуют о том, что расходы на городскую медицинскую часть в Амурской и Приморской областях преобладали над затратами на здравоохранение в сельской местности. Так, в Приморской области на сельскую медицину было выделено 63970 руб., на городскую – 130402 руб.; в Амурской области 11420 и 61642 руб. соответственно [2, с. 190].

Такое положение дел не могло не сказаться на качестве медицинского обслуживания в сельской местности. До конца XIX в. **врачебная помощь сельскому населению** была ничтожной. Так, в 1891 г. медицинскую помощь крестьянам Амурской области (25 тыс. душ обоего пола) оказывали 3 медицинских и один ветеринарный фельдшер. В среднем на одного фельдшера приходилось 8,5 тыс. населения [3, л. 100об.–101об].

В целях улучшения сельской врачебной части правительством Российской империи в июне 1892 г., а затем в марте 1897 г. в Приамурье были введены новые штаты врачебных установлений. Согласно высочайше утвержденным 18 июня 1892 г. штатам сельской медицинской части в Южно-Уссурийском округе Приморской области [4, л. 4] и принятым 10 марта 1897 г. штатам врачебных установлений в Приморской и Амурской областях [4, л. 5] для оказания медицинской помощи крестьянскому населению были учреждены должности участковых сельских врачей, медицинских фельдшеров, повивальных бабок.

Кроме того, в документе 1897 г. регламентировались правила, регулирующие порядок финансирования сельской медицины. Так, из государственного казначейства ежегодно должны были выделяться следующие средства: на наем помещений для сельских лечебниц, их отопление, освещение и содержание больных; приобретение медикаментов и оспенного материала; приобретение и починку инструментов, аптекарских снарядов и хозяйственных принадлежностей; пополнение аптек. В среднем из государственного бюджета на сельскую врачебную часть в Амурской

области выделялось 3530 руб. в год, в Приморской – 3820 руб. в год [4, л. 5–7].

Произошли изменения и в городской врачебной части. Так, в штатное расписание врачебного отделения Приморского областного правления была введена дополнительная должность – врач для командировок. Такое нововведение дало возможность оказывать медицинские услуги населению, проживающему вдали от окружных центров. Кроме того, было увеличено количество штатных единиц в окружных врачебных отделениях. Но самое главное – медицина была выделена в ведение специальных органов. На региональном уровне она стала подчиняться врачебному отделению Приморского областного правления (Приморская область) и врачебному управлению при военном губернаторе (Амурская область). Преобразование системы здравоохранения позволило избавиться от бюрократической волокиты, наблюдавшейся до этого в ее деятельности.

Врачебное отделение и врачебное управление представляли собой однородные по своим задачам административные органы. В их обязанности входила проверка эффективности функционирования городской и сельской врачебной частей; рассмотрение ходатайств от врачей и жителей края о необходимости проведения мероприятий, способствующих развитию сферы здравоохранения; при условии наличия средств в местной казне, а также при отсутствии возражений от властей – финансирование данных мероприятий; содействие генерал-губернаторам в подготовке отчетов о состоянии врачебной части в крае и направление их в Министерство внутренних дел.

Следующим звеном в местной системе здравоохранения были окружное врачебное отделение (Приморская область) и окружное врачебное управление (Амурская область), возглавляемые окружными врачами. К их ведению относилась организация врачебной части в городах (устройство больниц, аптек, разработка и реализация противоэпидемических мероприятий, надзор за их исполнением и т.п.). В сельской местности эти функции были возложены на участковых сельских врачей.

Городская и сельская врачебные части, являясь структурными элементами местной системы здравоохранения, включали такие компоненты, как внебольничная и больничная помощь. Больничная помощь предусматривала лечение больных в стационаре, а также консультации специалистов. Внебольничное медицинское обслуживание заключалось в оказании врачебной помощи населению на дому. Одним из недостатков местной системы по охране здоровья населения было отсутствие в дальневосточном регионе необходимого числа родовспомогательных учреждений. В связи с этим внебольничное медицинское обслуживание получило широкое распространение. Например, в конце XIX в. на Сахалине не было ни одного родовспомогательного заведения, поэтому женщинам приходилось приглашать акушерок и повивальных бабок на дом.

Проследить динамику развития сети лечебных учреждений в Амурской и Приморской областях позволяют статистические данные, представленные в ежегодных обзорах областей. Так, в Амурской области за 10 лет (1892–1902 гг.) число больниц гражданского ведомства было увеличено с 16 до 33 [5, с. 44; 6, с. 54]. В Приморской области в начале XX в. (1905 г.) насчитывалось 46 больниц и приемных покоев гражданского ведомства [7, с. 24]. В 1911 г. в области действовало уже 74 больницы [8, с. 94].

Отдельно следует рассмотреть организацию системы здравоохранения на Сахалине. Специфическое назначение острова отражалось на всех сторонах общественной жизни. Российское правительство рассматривало Сахалин прежде всего как место содержания преступного контингента. Все вопросы, связанные с существованием здесь ссыльнокааторжной колонии, в том числе и деятельность медицинских учреждений, находились в ведении Главного тюремного управления, которое было образовано в 1879 г. [9, л. 38].

После выделения в 1884 г. Сахалина в самостоятельную административно-территориальную единицу с централизованным управлением всеми сферами жизни вопросы медицинского обслуживания населения на месте были переданы под управление заведующего медицинской частью острова. Последний подчинялся начальнику острова, назначаемому из военных генералов. Окончательное решение о вступлении в должность заведующего медицинской частью и увольнение с нее принимал министр внутренних дел.

Заведующий медицинской частью острова на основании Врачебного устава должен был исполнять обязанности старшего врача Александровской окружной больницы. Ему в помощь назначался окружной врач Александровского округа [1, с. 130].

Становление системы здравоохранения на Сахалине пришлось на 90-е гг. XIX в. и было связано с разделением острова на три административных округа – Александровский, Тымовский и Корсаковский. Каждый округ представлял собой один врачебный участок с одним окружным врачом. Помимо этого для оказания врачебной помощи населению Сахалина были учреждены должности фармацевта-провизора, исполняющего обязанности управляющего главной аптекой острова при Александровской окружной больнице, аптекарских помощников, фельдшеров.

В каждом округе острова были организованы окружные лазареты со старшими и младшими врачами и фельдшерами. Александровский лазарет был рассчитан на 150 кроватей, Тымовский и Корсаковский – на 75. Самый большой Александровский лазарет состоял из аптечного корпуса, четырех барачков для мужчин и одного для женщин и детей [10, л. 212об].

Кроме лазаретов, на острове были созданы околотки, в которых обслуживались ссыльнокааторжные с легкими заболеваниями. Заведывание ими возлагалось на фельдшеров. Врачебный устав разрешал замещение должности фельдшера на острове благонадежными местными поселенцами, имеющими рекомендацию врача и исполнявшими фельдшерские обязанности во время отбывания каторжных работ. К 1893 г. на Сахалине было 4 околотка.

Однако в структуре дальневосточной системы по охране здоровья населения имелись свонедочеты, главный из которых заключался в недостаточном количестве медицинского персонала. Утверждение новых штатов врачебных установлений не смогло изменить ситуацию с количеством врачей в регионе в лучшую сторону. Причиной тому было постоянное увеличение прироста населения за счет проводимой государственной переселенческой политики. По существующим штатам врачебных управлений в Амурской и Приморской областях в 1910 г. все население обслуживалось одним на всю область врачебным инспектором, помощником врачебного инспектора, фармацевтом, старшим уездным врачом [4, л. 105]. Несколько лучше обстояло дело с количеством городских врачей, младших уездных врачей, старших и младших фельдшеров и повивальных бабок. Кроме того, наблюдалась нехватка больниц и приемных покоев. Для региона с большой территориальной протяженностью имеющегося количества лечебных заведений было недостаточно.

Таким образом, формирование и развитие системы по обеспечению населения медицинскими услугами на Дальнем Востоке осуществлялось в условиях заселения и освоения региона и проходило при участии правительства Российской империи и местной администрации. К концу XIX в. местная система по охране здоровья населения включала городское, сельское здравоохранение, а также специфически организованное здравоохранение острова Сахалин.

Библиографический список

1. Врачебный устав // Свод законов Российской империи. – Пг., 1915. – Т. XIII.
2. Приамурье: Факты. Цифры. Наблюдения. – М., 1909.
3. Российский государственный исторический архив Дальнего Востока (РГИА ДВ). – Ф. 702. – Оп. 3. – Д. 51.
4. РГИА ДВ. – Ф. 702. – Оп. 3. – Д. 88.
5. Обзор Амурской области за 1892 г. – Благовещенск, 1893.
6. Обзор Амурской области за 1902 г. – Благовещенск, 1903.
7. Обзор Приморской области за 1905 г. – Владивосток, 1906.
8. Обзор Приморской области за 1911 г. – Владивосток, 1912.
9. РГИА ДВ. – Ф. 702. – Оп. 3. – Д. 139.
10. Приамурские ведомости. – 1895. – 19 марта.