

ОТЕЧЕСТВЕННАЯ ИСТОРИЯ

DOI: 10.15372/HSS20180201
УДК 614.2(571.53)(-22)(091)

В.А. ШАЛАМОВ, Л.М. ДАМЕШЕК

РЕФОРМА СЕЛЬСКО-ВРАЧЕБНОЙ ЧАСТИ ВОСТОЧНОЙ СИБИРИ 1897 г.: ПРИЧИНЫ, ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ПОСЛЕДСТВИЯ

Иркутский государственный университет,
РФ, 664025, Иркутск, ул. К. Маркса, 1

В статье, посвященной реформе сельского здравоохранения Восточной Сибири 1897 г., рассматриваются причины, заставившие имперскую администрацию пойти на введение новой системы оказания медицинской помощи, анализируются положения законодательных актов. На основе статистических и делопроизводственных материалов рассматриваются позитивные и негативные последствия принятых положений. Несмотря на значительные недочеты и отставание от земской части страны, в целом была создана система, показавшая свою устойчивость и просуществовавшая с небольшими изменениями до окончательного установления советской власти.

Ключевые слова: Иркутское генерал-губернаторство, имперский регионализм, реформа сельско-врачебной части, история здравоохранения, здравоохранение Восточной Сибири, генерал-губернатор А.Д. Горемыкин, врачебный инспектор Н.Е. Маковецкий, 1897 г.

V.A. SHALAMOV, L.M. DAMESHEK

REFORM OF RURAL MEDICINE IN EASTERN SIBERIA IN 1897: REASONS, FUNDAMENTALS, CONSEQUENCES

Irkutsk State University,
1, K. Marx str., Irkutsk, 664025, Russian Federation

The article is devoted to the reform of rural health care in Eastern Siberia carried out in the Irkutsk, Yeniseisk provinces and Yakutsk region in 1897, as well as Transbaikalia in 1901. This work continues research of Russian historians who studied reforms of health care system in these regions of the Russian Empire that did not have zemstvos. The authors characterize a condition of medical care for rural population of Eastern Siberia in the second half of the XIX century as extremely backward, close to its total absence. The population asked for zemstvos, which had considerably improved the health care system in the central provinces. However, introduction of zemstvos in Siberia was interfered by a number of reasons: existence of penal servitude and exile, numerous aboriginal population, lack of noble land tenure, close arrangement of borders, etc. Due to these reasons it was decided to undertake a reform, which considered the experience of medical personnel activity in zemstvos. The great role in the reform implementation was played by the Irkutsk Governor-General A. D. Goremykin and the medical inspector N. E. Makovetsky. Each East Siberian district had from one to seven medical sites headed by doctors. The medical personnel number increased by 60 % after the reform. At places of doctors' residences hospitals with 10 beds were created. Hospitals construction dragged on and by the beginning of World War I only 86 % of the planned number of beds was available. The reform assumed to create the staff of special workers to fight against smallpox. Financing grew considerably at the expense of the

Владимир Александрович Шаламов – канд. ист. наук, доцент, Иркутский государственный университет, e-mail: Vladimir13x@ya.ru.
Лев Михайлович Дамешек – д-р. ист. наук, профессор, заведующий кафедрой, Иркутский государственный университет, e-mail: Levdameshek@gmail.com.

Vladimir A. Shalamov – Associate Professor, Candidate of Historical Sciences, Irkutsk state University.
Lev M. Dameshek – Professor, Doctor of Historical Sciences, Irkutsk state University.

additional tax. The austerity budget was adopted, so the population in some cases was forced to raise money for purchase of medicines, equipment of hospitals and qualified specialists' invitation. Despite a number of shortcomings, reform improved medicine positions in the rural zone of Eastern Siberia, it also delayed the prospects for zemstvos introduction in the Siberian territories indefinitely.

Key words: Irkutsk Governorate-General, imperial regionalism, rural medicine reform, health care history, health care of Eastern Siberia, Governor-General A.D. Goremykin, Medical Inspector N.E. Makovetsky, 1897.

При изучении истории здравоохранения сельского населения Российской империи в конце XIX – начале XX вв. традиционно обращается внимание на земскую медицину. Однако огромные территории, главным образом окраины, не имели земского самоуправления. Исторически в каждом регионе складывалась своя система оказания медицинской помощи селянам. Такая мозаичность системы здравоохранения на местах усиливала имперский регионализм. Естественно, власти стремились к унификации системы управления, желая подтянуть окраины до уровня центральных губерний. Вместе с тем, эти территории обладали массой особенностей, которые сдерживали расширение географии земства [1, с. 108–118]. В итоге в 1890-е гг. проводится серия реформ сельско-врачебной части (СВЧ) в большинстве неземских регионов империи, которые, хотя и не создали аналога земской медицины, но способствовали унификации управления. В последнее десятилетие данный аспект все больше интересует исследователей. Ход реформ и их последствия на примере Архангельской, Вологодской и Олонецкой губерний рассмотрела Н.К. Гуркина [2], Северного Кавказа – Б.В. Туаева [3], Чечни – Т.З. Ахмадов [4], Западной Сибири – А.И. Татарникова [5]. В настоящей публикации предметом изучения является реформа СВЧ 1897 г. в Восточной Сибири.

До реформы 1897 г. персонал и лечебные учреждения подчинялись нескольким ведомствам, что ослабляло концентрацию их усилий. Отдельные медицинские структуры существовали для сельских жителей, городского населения, казачества, военных частей и т.д. Вся работа медицинской организации подчинялась закону, принятому в 1865 г., согласно которому в каждом округе Восточной Сибири были созданы фельдшерские приемные покои, но к середине 1890-х гг. они почти все обветшали и оказались заброшенными. В некоторых отчетах фигурировали цифры, но они не отражали реальности. На уезд полагался один окружной врач, который должен был выполнять судебно-полицейские обязанности. Такой медработник практически не принимал никакого участия в оказании помощи населению. К тому же жили эти врачи в уездных городах и редко появлялись в сельской местности. В большинстве уездов по штату должны быть предусмотрены сельские врачи, а при нем три фельдшера и одна повивальная бабка. На всю Восточную Сибирь полагалось 23 окружных и 15 сельских врачей, 45 фельдшеров, 12 лекарских учеников и 16 повивальных бабок [6, с. 48; 7, с. 46, 102, 111, 122, 133]¹.

¹ Восточное обозрение. 1892. 22 нояб. с. 1; Государственный архив Забайкальского края (ГАЗК). Ф. 1 вр. Оп. 2. Д. 1086. Л. 14–17.

Однако цифры мало о чем могут сказать, если не расставить некоторые акценты. Ряд уездов Восточной Сибири (Киренский, Баргузинский, Минусинский, Олекминский) превышали территорию таких европейских государств, как Англия, Франция, Португалия. При отсутствии стационаров сельский врач вел кочевую жизнь, переезжая из селения в селение. Отсюда хронически пустующие вакансии. Более того, сельские врачи часто отрывались от своих прямых обязанностей. Так, в 1896 г. забайкальский врач Н.В. Кирилов писал: «Врачей сельских пять, но из них один в Нерчинском заводе занят всегда судебно-медицинскими исследованиями и относит, прежде всего, обязанности (не положенного по штату) окружного врача; прочие обыкновенно исполняют роль окружных же врачей в случае болезни или отсутствия таковых; в настоящее время, например, сельские врачи в трех более населенных округах Читинском, Верхнеудинском и Селенгинском заменяют собою окружных...»². Отсутствие врача стало своеобразной нормой. Иногда временно для решения экстраординарных задач привлекались медработники других ведомств. Например, лекарь Иркутского конного казачьего полка Н.И. Вишняков свидетельствовал, что из-за крайнего недостатка врачей гражданского ведомства его часто отправляли в деревни Иркутского уезда, главным образом, для судебно-медицинских целей [8, с. 264].

Фактически врачебная помощь населению отсутствовала, сельский врач служил интересам сельской «аристократии» – старост, попов, кулаков, торговцев и др. [9, с. 18]. Простые крестьяне вынуждены были обходиться традиционными средствами или искать альтернативу. Недаром Н.В. Кирилов в одной из корреспонденций сообщал: «В настоящее время в Забайкалье население кормит 100 простых костоправов, около 500 знахарок и знахарей, около 1000 лам и лечителей, более 1200 деревенских повитух...»³. Однако социально-экономическое развитие Сибири уже выдвигало новые задачи перед сферой здравоохранения, рост потребностей населения касался и оказания медицинской помощи.

Сельские общества нередко пытались решить самостоятельно постоянно возникавшую проблему медицинской помощи, прибегая к найму фельдшера, организации приемного покоя. В Енисейской губернии в 1895 г., в Ачинском и Минусинском уездах, к примеру, было образовано по два фельдшерских пункта. Еще три общества (Рыбинское Канского округа, Балахтинское Ачинского округа и Абаканское Минусин-

² Восточное обозрение. 1896. 12 апр. С. 2.

³ Там же.

ского округа) даже смогли нанять врача⁴. В Читинском округе, как сообщал Н.В. Кирилов, крестьяне четырех волостей на медикаменты собрали 530 руб., хотя одному врачу от казны полагалось на эту цель всего 50 руб.⁵ Такими свидетельствами периодика Восточной Сибири просто пестрила, что само по себе указывало на необходимость реформирования системы здравоохранения.

Нельзя сказать, что местная власть бездействовала. При отсутствии финансирования и штатов трудно было что-либо предпринять. Как правило, генерал-губернатор Восточной Сибири запрашивал у МВД или лично на аудиенции у императора разрешение на специальные «эпидемические» средства нанимать вольнопрактикующих врачей на определенный срок. В 1894 г. масштабы эпидемий в Киренском и Нижнеудинском округах были настолько велики, что генерал-губернатор по разрешению императора пригласил из Томска молодых врачей, недавно закончивших университет, Д.Д. Калининкова, Г.В. Стрелкова и Карпова. Кредит на их содержание отпускался из эпидемических средств на три месяца, но каждый раз срок продлевался. Они проработали с января 1895 г. по октябрь 1897 г., постоянно перемещаясь от одного очага инфекции до другого⁶.

В европейской части страны в неземских губерниях еще в 1868 г. была введена участковая система оказания медицинской помощи. Восточные же окраины ожидали распространения на их территории нового положения о земстве, которое находилось в разработке и было окончательно принято только в 1890 г. Однако Сибирь имела массу особенностей (отсутствие дворянского землевладения, огромные пространства, слабая заселенность, большое количество инородцев, наличие каторги и т.д.), которые не позволяли ввести земство на практике. Опасаясь, что сибирский регион может оказаться в ущемленном положении, врачевный инспектор Томской губернии Ф.Ю. Маткевич в 1888 г., поддержанный представителями местной власти, инициировал реформу СВЧ в Западной Сибири. Реформа затянулась в Томской губернии до 1892 г., а в Тобольской – до 1896 г. [10, с. 140–141]. Несомненно, это был шаг вперед, поскольку введение земства в Сибири потребовало бы принятия особого положения, что неминуемо было бы связано с большими затратами времени, при этом сельское население оставалось бы без квалифицированной медицинской помощи. Вместе с тем принятые полумеры несколько успокоили общественность и отодвинули перспективу создания здесь собственного самоуправления.

Изменения в СВЧ Западной Сибири не замедлили спровоцировать ожидания населения ближайших регионов. Генерал-губернатор Восточной Сибири А.Д. Горемыкин совместно с иркутским врачевным

инспектором Н.Е. Маковецким смогли провести проект реформы СВЧ в Иркутской и Енисейской губерниях, а также в Якутской области. Законопроект был утвержден 29 мая 1897 г. и вступил в силу с января 1898 г.⁷ На Забайкальскую область, входившую до 1906 г. в состав Приамурского генерал-губернаторства, положения реформы были распространены только в 1901 г.⁸ Интересно, что забайкальцы пытались сохранить институт окружных врачей, но это вызывало недоумение у государственного контролера, который пытался отстоять единообразие системы здравоохранения на окраинах империи. В конечном итоге Забайкальская область была втиснута в существующую структуру⁹.

В результате реформы произошла унификация системы управления. Вся медицинская часть подчинялась врачевным отделениям во главе с врачевными инспекторами, образованными при губернских и областных правлениях. Должности врачевных инспекторов в Иркутской губернии занимали Н.Е. Маковецкий и В.П. Никитенко, в Енисейской губернии – П.И. Рачковский и В.А. Белиловский, в Забайкальской области – А.Г. Цитович и А.В. Воскресенский, в Якутской области – В.А. Вонгородский.

В губерниях по штату полагалось иметь по два помощника врачевного инспектора, а в областях – только по одному. Для управления фармацевтической сферой вводилась должность фармацевта при всех врачевных отделениях, кроме Якутской области, где число аптек было невелико. В качестве мобильного кадрового резерва была введена должность врача для командировок, в губерниях по два, а в областях – по одному. Кроме того, полагалось иметь вспомогательный персонал в виде делопроизводителей и их помощников, численность которых со временем увеличивалась.

Старое деление на окружных и сельских врачей упразднилось. В уездах возникла участковая система. В каждом уезде устанавливалось от одного до семи участков во главе с врачом. В его подчинении были три фельдшера и одна фельдшерница-акушерка. Участковые врачи были обязаны предоставлять услуги по оказанию медицинской помощи сельскому населению своего участка, а также городскому населению в случае, если в городе по штату не имелось врача. Кроме того, врач должен был исполнять обязанности по судбно-полицейской части.

В Енисейской губернии по новым штатам полагалось 22 участковых врача. Кроме того, вводилась должность врача на огромный Туруханский край и еще одного на Усинский пограничный округ, всего предусматривалось 24 врача. Значительно увеличилось число сельских фельдшеров – с 15 до 48. Фельдшерниц-акушерок стало 23 [8, с. 9]. В Иркутской губернии было образовано 19 участков с соответствующим количеством врачей и фельдшерниц-акушерок, а также

⁴ Восточное обозрение. 1896. 14 апр. С. 1.

⁵ Там же. 17 апр. С. 2.

⁶ Государственный архив Иркутской области (ГАИО). Ф. 32. Оп. 9. Д. 737. Л. 100, 109–110.

⁷ ПСЗ РИ. III. Т. 17. №14188. С. 340–341.

⁸ Там же. Т. 21. Отд. II. №20352. С. 632–633.

⁹ ГАЗК. Ф. 1. Оп. 2 вр. Д. 320. Л. 29–33.

предусматривалось 38 фельдшеров¹⁰. В Забайкальской области имелось 18 участковых врачей, что соответствовало числу врачебных участков, 36 фельдшеров и 18 фельдшериц-акушерок [11, 126–127]. В Якутской области численность медперсонала была наименьшей. Всего полагалось 10 участковых врачей, 23 фельдшера и 10 фельдшериц-акушерок [12, с. 10, 79]. Таким образом, на всю Восточную Сибирь полагалось: 71 сельский врач, 145 фельдшеров и 70 фельдшериц-акушерок. По сравнению с дореформенным периодом численность медперсонала увеличилась на 60 %. Количество врачей увеличилось на 46,5 %, а численность фельдшериц-акушерок выросла на 77,2 %. В связи с высокой рождаемостью в регионе особенно высока была потребность в акушерах-гинекологах и педиатрах. Вследствие нехватки врачей (а крестьянки неохотно шли к мужчинам-фельдшерам) увеличение численности фельдшериц-акушерок имело чрезвычайно важное значение.

Между тем Сибирь по-прежнему оставалась задворками Российской империи, и местные врачебные отделения постоянно находились в поисках кадров для заполнения имеющихся вакансий. Так, весной 1906 г. в Забайкальской области из 18 участковых врачей на местах было лишь 12. Еще три врача имели право на отпуск и настаивали на разрешении выезда в Европейскую Россию¹¹. Для их замещения не хватало одного врача для командировок. Часто врачу соседнего участка предлагалось временно поработать и за отсутствовавшего коллегу. И такая практика носила систематический характер. Вследствие этого вакантные места разрешалось замещать медработниками из административно-ссылных – с 1906 г. в Якутской области, а позже и в других районах Сибири [13, с. 38–39].

Одним из результатов реформы являлась неравномерная доступность медицинской помощи из-за удаленности многих участков. Первоначально резиденцию врача назначили на месте жительства мирового судьи, что было удобно для решения судебно-медицинских вопросов. Довольно часто эти резиденции располагались на краю врачебного участка, в стороне от основных путей сообщения и торговых мест. В начале XX в. в Херсонской губернии земской медицинский участок не превышал 30 верст в радиусе, а его население – 20 тыс. чел., что не было удивительным. В Восточной Сибири расстояния были другими. Так, в Енисейской губернии по 22 врачебным участкам средний радиус составлял 146 верст (максимум достигал 480). При этом численность населения колебалась от 12 до 28 тыс. чел. В Забайкальской области контрасты усиливаются. Средний радиус участка составлял 256 верст (минимум – 88, максимум – 900 верст). Количество же сельского населения колебалось от 12 до 60 тыс. чел. Думается, что нет смысла приводить соответствующие данные по Туруханскому краю Енисейской губернии, где на площади, превышаю-

щей 1,5 млн км², был только один врач, еще безотраднее были цифры по северной части Якутской области. Мелочный административный контроль и нежелание администрации скорректировать границы врачебных участков приводили к многочисленным затруднениям в работе участковых врачей. Страдало прежде всего население края.

Более рельефно проблема доступности медицинской помощи описана в работе известного врача Н.А. Вигдорчика, на рубеже веков оказавшегося в ссылке в Енисейской губернии. Ему принадлежит подробное статистическое исследование 2-го врачебного участка Красноярского уезда. Согласно его сведениям, в селе, где располагалась резиденция врача (Есаулово), за три года 71 % населения получал лечение. Из селений, отстоящих от резиденции на 8 верст, за медпомощью обратилось уже 33 %, из населенных пунктов, находящихся за 9–12 верст, приехало только 13 % крестьян, а за 17–24 верст – 4 %. Причем наибольший радиус участка составлял 110 верст. По подсчетам Н.А. Вигдорчика, хорошо обеспечено медпомощью только 7,5 % населения участка, 7,0 % – на среднем уровне, 14,6 % – слабо обеспечено, 42,0 % – почти не пользуются и 28,9 % – абсолютно не пользуются услугами врача. Анализируя эти данные, автор резюмировал: «...если бы все население участка имело бы такую же возможность ..., тогда было бы слишком 50 тыс. больных. В действительности же имеется всего 8–10 тыс. больных. Куда же деваются остальные 40 тыс.? Они, конечно, никуда не исчезают. Они только не имеют возможности обратиться к медпомощи. Они представляют громадную резервную армию больных, которая подстерегает врача или фельдшера везде, где только они появляются на минуту...» [14, с. 9–15]. Иными словами, реформа привела к значительным контрастам по степени доступности медицинских услуг.

В Западной Европе благодаря прививкам к этому времени эпидемии натуральной оспы стали встречаться крайне редко. В Восточной Сибири эпидемии оспы возникали периодически. Отношение к ним было как к обыденному явлению. Так, в годовом отчете врачебного отдела Енисейской губернии за 1911 г. отмечено: «...значительных эпидемий, требовавших экстренных мероприятий, не наблюдалось», хотя ниже отмечается, что было зарегистрировано 965 случаев заболеваний¹². По положению 1897 г. в каждом регионе предусматривалось выделение 500 руб. на создание оспенного телятника с целью выработки детрита, необходимого для прививок. Создать телятник на такие средства было невозможно. Вместо этого деньги тратились на закупку детрита в земских губерниях России. После длительного пребывания в дороге прививочный материал терял часть своих свойств, и его использование не было эффективным. Прививки должны были делать сельские оспопрививатели из местного населения, обученные врачами. За эту работу полагалась плата в размере 10 коп. за каждое удачное

¹⁰ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 688. Л. 91.

¹¹ Даль (Чита). 1906. 14 мая. С. 2–3.

¹² ГАЗК. Ф. 19. Оп. 1. Д. 216. Л. 28.

привитие, но не более 100 руб. в северных округах, 70 руб. – в южных округах Якутской области и 60 руб. – в Иркутской и Енисейской губерниях. В этом случае делать более 600 прививок оспопрививателю просто не было смысла. Оплата была настолько низкой, что охотников на эти должности не находилось. Чаще всего крестьяне выбирали лицо, которому дополнительно платили от 50 до 150 руб. в год [15, с. 39–41].

Еще одним направлением реформы стало появление стационарной медицинской помощи. На каждом врачебном участке должен быть устроен стационар на 10 коек, а при самостоятельном фельдшерском пункте – приемный покой на 5 коек. В Енисейской губернии с населением в 0,5 млн чел. должны были функционировать 245 коек. Для сравнения в земских губерниях России этого периода на такое население полагалось не менее 480 коек. Строительство сельских лечебниц во всех регионах сильно затягивалось вследствие оттока рабочей силы на сооружение Транссиба, а позднее из-за слабого пополнения земских смет, что было связано с военными действиями на Дальнем Востоке и событиями Первой русской революции. В силу этих причин было разрешено вместо лечебниц открывать приемные покои на 5 коек в тех пунктах, где население соглашалось безвозмездно передать подходящие помещения. В ряде случаев их нанимали за счет сумм, не использованных на строительство лечебниц. Как правило, сельские общества охотно шли навстречу, хотя встречались и исключения (Туруханск, Тасеево, Усть-Абакан). Данное постановление сократило число больничных коек вдвое. В Енисейской губернии вместо 245 было открыто только 114. При этом часто приемные покои заполнялись сверх нормы. К примеру, в 1900 г. больные провели стационарно 43 121 больничный день при максимальной разрешенной нагрузке в 41 285 дней [9, с. 52–53]. Читая отчет врачебного инспектора Енисейской губернии за 1906 г., мы не наблюдаем никаких сдвигов, что свидетельствует о бездеятельности местных властей в решении столь важной проблемы¹³. В 1910 г. число врачебных участков Енисейской губернии достигло 29. Кроме того, имелось 4 самостоятельных фельдшерских приемных покоя по 2 койки в каждом. В 5 новых участках учреждались лечебницы на 10 коек и в Усинском пограничном округе еще одна на 5 коек. Однако в 1911 г. в губернии действовало только 264 больничные койки вместо положенных 293. Около 10 % коечного фонда региона не функционировало. Следует отметить, что только 4 стационара располагались в собственных зданиях, специально построенных для них. Остальные помещались в крестьянских избах, переданных врачебному отделению от обществ безвозмездно либо за плату от 100 до 600 руб. в год [16, с. 201–209].

Помещения стационаров Енисейской губернии, за исключением Абаканской лечебницы, оценивались как неудовлетворительные. Чаще всего общество пре-

доставляло обычную крестьянскую избу, которая явно не соответствовала новому назначению. Постоянно поступали жалобы врачей: помещение очень тесное, холодное и неудобное, с маленькими окнами, низкими потолками, без бани и операционной. Как правило, врач или фельдшер проживали в той же избе. Аптека располагалась в приемной. Везде чувствовалось чрезвычайная стесненность [9, с. 57].

Не лучше выглядела стационарная помощь и в Иркутской губернии. К строительству первого стационара в Балаганске приступили в конце 1901 г. Затем стали возводить еще три – в Зиме, Усолье и Черемхово. Строительство было окончено только в 1908 г. На 1906 г. в Иркутской губернии действовало 19 врачебных стационара на 169 коек и 6 фельдшерских стационаров на 14 коек¹⁴. С 1908 по 1912 г. никаких строительных работ не проводилось, хотя с 1910 г. медицинская сеть увеличилась на 2 врачебных участка и 2 самостоятельных фельдшерских пункта. Кроме 4 стационаров, которые были построены строительным отделением губернского управления, имелось еще 3 стационара, размещавшихся в купленных или приспособленных зданиях. Их состояние оценивалось положительно. Остальные 14 стационаров размещались в обычных крестьянских избах. Всего в губернии было 23 стационарных пункта с 214 больничными койками к 1912 г. [15, с. 7, 24, 29–30, 74].

После 1897 г. в Якутской области были сформированы штаты для открытия 10 врачебных стационаров по 10 коек каждый: 5 – в Якутском округе, 2 – в Вилюйском и по одному в окружных городах Олекминске, Верхоянске и Средне-Колымске, с присоединением к ним 7 коек для больных сифилисом. Как и для других регионов, открытие лечебных учреждений затягивалось. Вместо 10-коечных лечебниц были открыты приемные покои на 5 коек в урочище Чурупча в 1900 г. и в Олекминске в 1902 г., в здании бывшей сифилитической лечебницы. В Вилюйске в это время только планировалось купить и приспособить здание под стационар [17, с. 78–79]. В Верхоянске, несмотря на то, что местный купец Васильев согласился безвозмездно обеспечивать в течение трех лет питание больных, открытие стационара затягивалось¹⁵. Таким образом, в этом огромном регионе к 1902 г. действовало всего 2 стационара на 10 коек. Запоздалое открытие больниц объяснялось двумя причинами. Во-первых, остро не хватало врачей, желавших занять вакантные должности. Во-вторых, финансирование из-за слабого поступления земского сбора было самым скудным из всех регионов Восточной Сибири. В области преобладающим населением являлись якуты и тунгусы, которые в абсолютном большинстве проживали в переносных чумах, поэтому предложение использовать наемные помещения терпело полное фиаско¹⁶. К 1910 г. в 10 врачебных участках существовало

¹³ ГАКК (Государственный архив Красноярского края). Ф. 31. Оп. 1. Д. 256. Л. 36–39.

¹⁴ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 688. Л. 84–85.

¹⁵ Там же. Ф. 25. Оп. 18. Д. 686. Л. 1–3.

¹⁶ Сибирский врач (Томск). 1915. № 41–42. С. 308.

10 стационаров (последний открыт в 1909 г.), из них половина – в собственных зданиях, специально построенных для лечебниц, остальные – в приспособленных помещениях (сифилитические больницы, жилые избы). Характеристика помещений больниц в основном совпадает с другими регионами.¹⁷ В отчете о состоянии здоровья населения за 1913 г. указано, что в 10 больницах имелось лишь 94 койки. Кроме того, в 4 самостоятельных фельдшерских пунктах из 10 имелось по 5 коек [18, с. 120–121]. Весь коечный фонд для сельского населения в Якутской области состоял накануне Первой мировой войны из 114 коек в 10 врачебных и 4 фельдшерских стационарах.

Наибольший срок заняло строительство стационаров в Забайкальской области. Отчасти это было связано с тем, что реформа здесь была принята на 4 года позже, чем в остальных регионах Восточной Сибири. Врачебное отделение планировало вместо 18 врачебных стационаров на 10 коек строить 13 стационаров. К 1905 г. в Забайкалье действовало только 2 лечебницы в Петровском и Нерчинском заводах¹⁸. При этом в Нерчинском заводе был расширен уже существовавший приемный покой на 4 койки. В Петровском заводе в 1905 г. временно на безвозмездной основе был передан под участковую лечебницу горный лазарет, работавший при местном чугунолитейном и механическом заводе. По словам врача И.П. Руги, здания лечебницы были очень старыми, холодными, темными, грязными и крайне тесными [19, с. 20].

Попытки участкового врача поставить вопрос о строительстве новой лечебницы не нашли поддержки. Имелся еще один стационар, но он обычно не упоминался в статистике. Дело в том, что по инициативе купца Н.С. Павлова в Стретенске в 1902 г. была создана частная больница для неимущих. Здесь можно было разместить до 60 больных, но содержалось только 10 чел. Проценты с капитала в 8 тыс. руб. и небольшие разовые пожертвования не позволяли расширять штат больницы, хотя оборудована она была по тому времени лучше, чем обычные сельские лечебницы¹⁹. После сильных эпидемий благотворитель добился того, что в 1910 г. больница перешла в ведение врачебного отделения²⁰. Данное учреждение отличалось от остальных больниц Восточной Сибири. Сюда не принимали больных с инфекционными болезнями и требовали высокую плату за содержание [20, с. 221–222].

В конце 1906 г. был открыт, как и планировалось, врачебный стационар в Урульге Читинского уезда. В 1910 г. начал свою работу стационар в с. Телятниковском Баргузинского уезда. Чуть позже в наемных помещениях были организованы врачебные больницы в Кульске, Александровском Заводе и Акше. Всего имелось 8 врачебных стационаров на 80 коек. Из них

только 5 размещались в собственных зданиях, хотя и не всегда благоустроенных. Кроме того, в области было два фельдшерских приемных покоя в Тьргетуге и Красном Яре, всего на 3 койки. Вопрос о медленном строительстве лечебниц рассматривался на съезде сельских врачей Забайкальской области в июне 1912 г. Было принято постановление – немедленно начать строительство 5 недостающих лечебниц, а на время строительства открыть лечебницы в наемных помещениях [14, с. 96]. Однако в 1914 г. в регионе никаких изменений не произошло, поскольку был поставлен вопрос об открытии в Чите земской больницы, что потребовало значительных средств. Таким образом, в Забайкальской области накануне Первой мировой войны имелось всего 8 врачебных и 2 фельдшерских стационара на 80 и 3 койки соответственно.

Таким образом, в Восточной Сибири накануне Первой мировой войны (пик развития) стационарная медицинская помощь выглядела следующим образом: врачебных стационаров было 68, в них функционировало 640 коек; фельдшерских стационаров имелось 12, коек – 35 кроватей. Всего было 80 стационаров на 675 коек. На Енисейскую губернию приходилось 39,1 % коечного фонда Восточной Сибири, на Иркутскую губернию – 31,7, на Забайкальскую область – 12,3 и на Якутскую область – 16,9 %. Всего, согласно законам 1897 и 1901 гг. и положению о расширении коечного фонда 1910 г., полагалось иметь 745 коек во врачебных стационарах. Коечный фонд не был развернут на их штатное количество (лишь на 14 %), что также указывает на незавершенность реформы. К тому же из 68 существовавших врачебных стационаров только 21 (31 %) имел собственное помещение. Судя по темпам развития стационарной помощи в Восточной Сибири, можно утверждать, что в ближайшее десятилетие расширение сети медицинских учреждений было бы маловероятным, а начавшаяся в 1914 г. война вообще перечеркнула все имевшиеся на этот счет планы.

В законе о СВЧ в Восточной Сибири ничего не было сказано об аборигенном населении. Как правило, резиденции врачей и фельдшеров находились в наиболее густонаселенных территориях, а это автоматически исключало инородцев из системы оказания медицинской помощи, хотя в случае обращения инородцев за помощью к медперсоналу им, как правило, не отказывали. К примеру, в Иркутской губернии на 120 тыс. бурят в 1906 г. работало всего 11 фельдшеров, нанятых на общественные средства, что практически свидетельствует о недоступности казенной медицины для коренного населения [21, с. 311–313].

Много внимания в положениях 1897 и 1901 гг. уделено финансовым вопросам. Расход средств осуществлялся МВД по согласованию с Минфином и Госконтролем. На преобразование СВЧ Иркутского генерал-губернаторства выделялись средства в размере 164 448 руб. Из остатков земских средств за трехлетие 1894–1896 гг. 100 тыс. руб. были отпущены на строительство стационаров. Кроме того, предполагалось,

¹⁷ Сибирский врач (Томск). 1917. № 7–8. С. 40.

¹⁸ Даль (Чита). 1906. 14 мая. С. 2–3.

¹⁹ Забайкалье (Чита). 1903. 8 янв. С. 2.

²⁰ Даль (Чита). 1906. 13 июня. С. 2.

что остатки от земских средств будущих трехлетий будут переведены на эти же потребности. Однако на практике остатки средств сдавались обратно в казначейство [14, с. 103–104].

На содержание всей сельской медицины Иркутской губернии выделялось 109 120 руб., Енисейской губернии – 124 240, Якутской области – 65 880 и Забайкальской области – 105 270 руб., а всего на Восточную Сибирь полагалось 404 510 руб. Финансирование велось за счет особого земского сбора с сельского населения, который распределялся по трехлетиям, первое из них охватывало период 1897–1899 гг. Кроме того, в виде пособия от казначейства выделялось 34 600 руб., которые ранее тратились на содержание окружающей врачебной части.

Сверх этого по земской смете отпускались средства на приобретение медикаментов в расчете на трехлетие 1897–1899 гг. – 23 490 руб. (в 1901 г. на Забайкальскую область дополнительно 5 тыс. руб.). При этом указывалось, что в будущие трехлетия расход будет производиться по расчету числа больных в предшествующие трехлетия. В этой смете учитывалась трата на одного амбулаторного больного из расчета по 5 коп. и 3 коп. за день пребывания больного в стационаре. На таких же условиях отпускалось в год 13 440 руб. на оспопрививание. Однако указанных сумм постоянно не хватало. К концу года врачи вынуждены были покупать медикаменты за свои средства или не оказывать никакой помощи. Часто сельские общества вводили самообложение для покупки медикаментов, хотя платили земской сбор и должны были получать медикаменты бесплатно. По сведениям помощника врачебного инспектора Забайкальской области В.А. Бурмакина, за 1909 г. на приобретения медикаментов выделялась сумма 5 тыс. руб., а потребность составляла 20 тыс. руб., в результате приходилось заявки сокращать на 75 % [19, с. 62].

В ходе реформы сельского здравоохранения в Восточной Сибири 1897–1901 гг. население ущемленных территорий активизировало свою деятельность, желая более доступной медицинской помощи. Однако внешне- и внутривластные осложнения на рубеже веков надолго отодвинули перспективу расширения реформы. Лишь 21 июня 1910 г. вышел в свет закон об изменениях в штатах СВЧ Восточной Сибири, определив дальнейший ход реформирования. Предполагалось лишь увеличение объемов финансирования и числа врачебных участков.

Рассматриваемая реформа, с одной стороны, дала сельскому населению более разветвленную систему медицинской помощи, но с другой – она же стала одним из факторов, постоянно сдерживавших введение земства в Сибири. Несомненно, земская медицина, основанная на общественной инициативе, могла бы обеспечить более действенную помощь для сельского населения. Тем не менее мы можем наблюдать ряд положительных моментов благодаря реформе. Была введена участковая система со стационарно-разъездной системой оказания помощи. Произошло увеличение

медперсонала на 60 %. Хотя коечный фонд и был развернут не полностью (на 86 %), он имел тенденцию к постоянному росту. Заметно увеличилось финансирование, правда, далеко не обеспечивавшее реальные потребности врачебных отделений. Следует отметить и такой недостаток, как отсутствие единого управления сферой здравоохранения в рамках всего Иркутского генерал-губернаторства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дамешек И.Л., Дамешек Л.М. Сибирь в системе имперского регионализма (1822–1917 гг.). Иркутск: «Репроцентр А 1», 2009. 389 с.
2. Гуркина Н.К. Сельская медицина Европейского Севера до-революционной России // Научно-практический журнал. 2010. №3. С. 204–222.
3. Туаева Б.В. Из истории российского здравоохранения 2-й половины XIX – начала XX веков: северокавказский регион // Вестник Северного (Арктического) федерал. ун-та. Серия: Гуманитарные и социальные науки. 2008. №10. С. 54–58.
4. Ахмадов Т.З. О роли сельско-врачебной части в становлении здравоохранения в Терской области в XIX – начала XX в. (на примере Чечни) // Медицинский вестник Сев. Кавказа. 2012. №2. С. 86–89.
5. Татарникова А.И. Сельское здравоохранение и сеть медицинских учреждений в Западной Сибири под воздействием модернизационных процессов (кон. XIX – первая четв. XX в.) // Теория и практика общественного развития. 2015. №22. С. 137–140.
6. Памятная книжка Енисейской губернии с адрес-календарем, составленная по 1-е янв. 1898 г. / под ред. П.Е. Кулакова. Красноярск: Енисейская губ. тип., 1897. 146 с.
7. Адрес-календарь личного состава служащих в правительственных, общественных и частных учреждениях города Иркутска на 1897-1898 год. Иркутск: Тип. А.А. Сизых, 1897. 340 с.
8. Вишняков Н.И. Записки военного врача / изд. подг. Н.П. Махановой, отв. ред. Н.Н. Покровский. Новосибирск: Изд-во СО РАН, 2011. 339 с.
9. Крутовский В.М. Очерки современного положения сельской врачебной помощи в Енисейской губернии. Томск: Паровая типолит. П.И. Макушина, 1902. 92 с.
10. Федотов Н.П., Мендрин Г.И. Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1975. 260 с.
11. Обзор Забайкальской области за 1910 год. Чита: Тип. Забайкальского обл. правления, 1914.
12. Памятная книжка Якутской области на 1902 год. Якутск: Тип. обл. правления, 1902. Вып. 2. 86 с.
13. Щербаков Н.Н. Влияние ссыльных пролетарских революционеров на культурную жизнь Сибири (1907–1917). Иркутск: ИГУ, 1984. 244 с.
14. Вигдорчик Н.А. Материалы к характеристике сельской медицины в Сибири. Красноярск: Енис. губ. тип., 1903. 28 с.
15. Труды I губернского съезда сельских врачей Иркутской губернии. Иркутск: Губ. тип., 1913. 127 с.
16. Памятная книжка Енисейской губернии на 1911 год / под ред. Н.В. Доброхотова. Красноярск: Енис. губ. тип., 1911. 445 с.
17. Общее обозрение Якутской области. 1892–1902 гг. Якутск: Тип. Якут. обл. правления, 1902. 95 с.
18. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год. Пг.: Труд, 1915. 295 с.
19. Труды I съезда врачей Забайкальской области / под ред. В.А. Бурмакина. Чита: [б.и.], 1912. 128 с.
20. Календарь знаменательных и памятных дат истории здравоохранения Читинской области на 2003 год / Ред.-сост. Р.И. Цуприк. Чита: Чит. обл. тип., 2003. 264 с.
21. История Усть-Ордынского Бурятского автономного округа / Л.М. Дамешек [и др.]. М.: Прогресс, 1995. 544 с.

REFERENCES

1. *Dameshek I.L., Dameshek L.M.* Siberia in the system of the imperial regionalism (1822–1917). Irkutsk, 2009, 389 p. (In Russ.)
2. *Gurkina N.K.* Rural medicine of the European North in pre-revolutionary Russia. *Nauchno-prakticheskiy zhurnal*, 2010, no. 3, pp. 204–222. (In Russ.)
3. *Tuayeva B.V.* From history of the Russian health care in the second half of the XIX – early XX centuries: North Caucasian region. *Vestnik Severnogo (Arcticheskogo) federalnogo universiteta. Seriya: Gumanitarnye i sotsialnye nauki*, 2008, no. 10, pp. 54–58. (In Russ.)
4. *Akhmadov T.Z.* About a role of rural medicine in formation of health care in Terrek oblast in the XIX – early XX centuries (a case of Chechnya). *Meditsinskiy vestnik Severnogo Kavkaza*, 2012, no. 2, pp. 86–89. (In Russ.)
5. *Tatarnikova A.I.* Rural health care and network of medical institutions in Western Siberia as a result of modernization processes (the late XIX – the first quarter of the XX centuries). *Teoriya i praktika obshchestvennogo razvitiya*, 2015, no. 22, pp. 137–140. (In Russ.)
6. *Kulakov P.E.* (ed.). A commemorative book of the Yeniseysk province with the address-calendar compiled on the 1st of Jan. 1898. Krasnoyarsk, Yeniseisk prov. tip., 1897, 146 p. (In Russ.)
7. The address-calendar of the personnel employed in government, public and private institutions of Irkutsk for 1897–1898. Irkutsk: Tip. A.A. Sizykh, 1897, 340 p. (In Russ.)
8. *Pokrovsky N.N.* (ed.), *Vishnyakov N.I.* Notes of the medical officer. Novosibirsk, 2011, 339 p. (In Russ.)
9. *Krutovskiy V.M.* Essays on modern provision of rural medical assistance in the Yeniseysk province. Tomsk, 1902, 92 p. (In Russ.)
10. *Fedotov N.P., Mendrina G.I.* Essays on history of medicine and health care of Siberia. Tomsk, 1975, 260 p. (In Russ.)
11. Review of the TRANS-Baikal region in 1910. Chita: Tip. Zabaikal region. board, 1914. (In Russ.)
12. A commemorative book of the Yakut region in 1902. Yakutsk, Tip. region. board, 1902, vol. 2, 86 p. (In Russ.)
13. *Shcherbakov N.N.* Influence of exiled proletarian revolutionaries on cultural life of Siberia (1907–1917). Irkutsk, 1984, 244 p. (In Russ.)
14. *Vigdorchik N.A.* Materials to the characteristic of rural medicine in Siberia. Krasnoyarsk, 1903, 28 p. (In Russ.)
15. Proceedings of I Provincial Congress of rural doctors in Irkutsk province. Irkutsk, 1913, 127 p. (In Russ.)
16. *Dobrokhotov N.* (ed.). A commemorative book of the Yeniseysk province in 1911. Krasnoyarsk, Yeniseisk tip., 1911, 446 p. (In Russ.)
17. General review of the Yakutsk region. 1892–1902. Yakutsk, Tip. Yakut. region. board, 1902, 95 p. (In Russ.)
18. Report on the state of public health and organization of medical care in Russia for 1913. Petrograd, Trud, 1915, 295 p. (In Russ.)
19. *Burmakin V.A.* (ed.). Proceedings of I Congress of doctors in Zabaikal region. Chita, 1912, 128 p. (In Russ.)
20. *Tsuprik R.I.* (ed.). The calendar of significant dates and memorials of the health care history in Chita region for 2003. Chita, 2003, 264 p. (In Russ.)
21. *Dameshek L.M. et al.* History of Ust-Orda Buryat Autonomous Area. Moscow, Progress, 1995, 544 p. (In Russ.)

Статья принята
редакцией 01.03.2018