

Государство – врач – крестьянин: история становления сельского здравоохранения в дореволюционной России

Введение

Советская система государственной бесплатной медицины в своё время привлекала огромный интерес учёных и медиков в Европе и Америке. И в Японии тоже этот интерес был достаточно высок. Так, в журнале «Советская медицина» (1953-1962), издававшемся студентами-медиками Киотоского и Токийского университетов, печатались в переводе с русского языка статьи об успехах тогдашней советской медицины и о системе здравоохранения. Вокруг этого журнала группировался 21 медицинский факультет государственных, муниципальных и частных университетов, входящих в ассоциацию обществ по изучению советской медицины и создавших для этого кружки русского языка. В журнале часто публиковались статьи известного врача и писателя Митио Мацуда (1908-1998), врача Тосиказу Вакацуки (1910-2006). Т. Вакацуки, в молодости практикующий врач в префектуре Нагано, впоследствии заложивший основы изучения сельской медицины в Японии, проявлял интерес к народническому движению. Отметим, что в те же годы, когда издавался журнал «Советская медицина», в 1961 г. из СССР для спасения японских детей от полиомиелита было срочно доставлено 13 миллионов вакцин.

Советская система здравоохранения оказала немалое влияние и на капиталистические страны. Можно сказать, что советская по-

литика в области медицины и здравоохранения, основывавшаяся на высоких идейных принципах, действительно, достигла определённых успехов. Однако, если первоначально советская власть придавала большое значение народному здравоохранению в целом, то в связи с индустриализацией, урбанизацией и финансовыми трудностями она стала пренебрегать деревенским здравоохранением, и данная тенденция в течение длительного времени только укрепилась. Одна из причин появления «неперспективных деревень» была связана с многолетней нерешённостью проблем деревенской медицины. Половина деревенских больных обращалась в больницы местного медицинского округа (другая половина – в городские больницы), но здесь не оказывали специализированную медицинскую помощь. Кроме того, в середине 1970-х годов, в деревнях Нечерноземья в 546 (32%) больницах из 1712 не было ни одного врача. Вообще, основным медицинским учреждением в деревне был медпункт с фельдшером и акушеркой, а не больница с врачом. В брежневский период, известный как «годы застоя» или «годы стабильности», средняя продолжительность жизни людей в России в 1970-1971 гг. была 68,9 лет, а в 1979-1980 гг. снизилась до 67,5 лет. Смертность в 1980-х годах составляла 10, а в деревнях – 12,7 на тысячу человек. Большинство деревенского населения было пожилыми людьми, и смертность не зависела от уровня медицинской помощи, но в 1989 г., если сравнить смертность среди работоспособного населения в городах и деревнях, то у деревенских мужчин она превышала 11%, а у женщин – 17%¹.

Если обратиться к системе японского здравоохранения, то в нее входят две составляющие: обычная, то есть страхование работников и членов их семей по месту работы, и поистине уникальная для развитых стран система народного страхования по месту жительства, в каждом административном делении городов и селов. В

¹ Денисова Л.Н. Исчезающая деревня России: Нечерноземье в 1960-1980-е годы. М., 1996. С. 202, 204-205.

1938 г., в условиях приближения войны, японское правительство решило принять систему народного страхования по месту жительства для смягчения обострившейся социальной обстановки, трудного положения в деревне и обеспечения здоровья всего населения. Она была создана на основе так называемой системы медицинской взаимопомощи — «Дзёрэй», распространившейся в деревнях острова Кюсю с начала периода Эдо. Деревенское население не могло платить наличными деньгами за дорогое медицинское лечение. В связи с этим для деревенских семей была разработана квотная система пожертвования риса с учетом объема имущества и числа членов двора, поскольку в то время рис считался одним из самых высоко конвертируемых товаров. Как показали исследования, в одной из деревень, где была внедрена подобная система, каждая семья в среднем пожертвовала 90 кг риса, исходя из того, что бедная семья – 7-9 кг и богатая семья – 240-300 кг. Таким образом, между отдельными семьями существовала большая разница по объему риса для пожертвования, однако никто не выражал неудовольствия по поводу такой разницы, и собранный рис был беспрепятственно и полностью, в объеме 15000 кг передан врачу. Когда в 1920-х годах распространилась пандемия испанского гриппа (общее число погибших по всей Японии составило 390000 человек), в деревнях с системой «Дзёрэй» почти никто не погиб. В связи с этим разработчики плана системы государственного страхования по месту жительства, работавшие в департаменте социального обеспечения Министерства внутренних дел, обратили внимание именно на систему «Дзёрэй», и она стала образцом системы страхования народного здравоохранения².

Такая медицинская система была создана на основе собственных традиций, культуры и быта японцев. Когда люди живут в деревнях, медицинские вопросы, непосредственно связанные с обеспечением жизни человека, имеют большое значение наравне с

² Иноуэ Рюзабуро. Кенпо но Генрю: Чикюзэн Мунаката но Дзёрэй (на японском языке). Нисинихон синбунся. 1979. С. 156-162.

производственной деятельностью. Представляется, что для понимания истории крестьянства советского периода рассмотрение структуры здравоохранения очень важно.

Каждая страна обладает собственной медицинской системой с учетом своих культурных и исторических факторов. Однако для всех стран мира существует и общая цель медицинской системы, которая заключается в оказании населению высококачественной и доступной медпомощи с минимальными затратами. Для реализации этой цели необходимо уделять внимание следующим трем медицинским факторам: 1) качество, 2) доступность, 3) мость³.

Советская политика и практика в области здравоохранения в качестве своей предыстории имела земскую медицину. В свое время земская медицина получила высокую оценку во всем мире, и врачи гордились ее высокой репутацией⁴. Трудно разобраться в сущности политики в области здравоохранения после революции без понимания того, что представляла собой земская медицина. Цель настоящей статьи заключается в выяснении вопросов, связанных с российской земской медициной и здравоохранением страны в целом со второй половины XIX в. до революции 1917 г. Кроме того, в статье предпринята попытка рассмотреть политику этого периода в области медицины и здравоохранения со структурной точки зрения.

Глава 1. Проблемы здравоохранения в деревне в последние десятилетия царской России

Предпосылками возникновения революционных настроений в России являлись периодические голода в деревне в конце XIX в. и связанные с ними эпидемии и упадок сельского хозяйства. Ситуа-

³ Симазакки Кэндзи. Нихон но ирё: сэйдо то кайкаку (на японском языке). То-кёдайгаку сюппанкай. 2011. С. 15.

⁴ *Мирский М. Б.* Медицина России XVI-XIX веков. М., 1996. С. 312.

ция в стране была особенно напряженной после сильного голода 1891 - 1892 гг. и вызванного им вспышками холеры и тифа. Страну охватило беспокойство. В Европе открытие возбудителя холеры и эффективных методов ее лечения дало толчок развитию всеобщего здравоохранения, и со второй половины XIX в. почти повсюду очаги холеры были ликвидированы. Благодаря успехам науки российские врачи надеялись на укрепление своих позиций в обществе, однако при существовавшем тогда государственном строе они не могли применить европейские достижения в области эпидемиологии, что вызывало чувства неудовлетворенности и беспокойства.

1. Положение о земстве и медицина

Имеются сведения, что во время Крымской войны количество умерших от болезней превысило число погибших на поле брани. По военному регламенту, на одного врача приходилось 150 раненых, но, например, в 1855 г. — фактически 700 раненых. В больницах и на пунктах приема раненых наблюдалась страшная картина, когда, стоя по колено в грязи, врачи вынуждены были оказывать помощь раненым, промокшим и замерзшим на полях сражений. Доставленные на санитарные пункты раненые почти все погибли, погибло также более 450 врачей, но еще большее их число заболело и не смогло работать. Доктор Николай Пирогов (1810-1881), работавший военным врачом во время Крымской войны и собственными глазами видевший развал медицины, к тому времени уже получивший всемирную известность, настаивал на безотлагательности реформ в медицине. Он подчеркивал необходимость создания в России такой медицинской системы, при которой произвол далеких от медицины чиновников был невозможен⁵.

В Положении о земстве 1864 г. не был четко прописан план создания земского общественного здравоохранения. В нем говори-

⁵ Frieden Nancy M., *Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856-1905*, Princeton U. P., 1981, pp. 37-38.

лось о необходимости санитарного просвещения, вакцинации против оспы, мер о защите бедных и беспризорных детей. Все вопросы в области медицины земство решало самостоятельно. Через 10 лет после принятия этого закона земство Московской губернии начало активно развивать медицинскую помощь населению, как система она окончательно сформировалась в 1870 - 1880 гг., и ее можно признать образцом земской медицины⁶.

До установления земской медицины существовала общественная система медпомощи для казенных и удельных крестьян. Считается, что начало земской медицине положил план графа Киселева по оказанию медпомощи казенным крестьянам. Первоначально на 27 миллионов казенных крестьян, составляющих примерно половину всего крестьянства было 5 врачей и 3800 оспопрививателей из полуграмотной крестьянской молодежи. По мере расширения плана, были добавлены фельдшера, и в 1846-1856 гг. в среднем на 200 врачей приходилось 200-500 фельдшеров; в связи со вспышкой эпидемии оспы, а затем с ее ослаблением число оспопрививателей варьировалось от 3500 до 7000 человек. С точки зрения оказания медпомощи деревни казенных крестьян подразделялись на специальные округа, а каждый округ делился на 3-5 уездов. В 1867 г. через шесть лет после освобождения крестьян в Ведомстве государственных имуществ была создана система медпомощи: в 791 фельдшерском пункте насчитывалось 350 врачей (из них 145 человек из округов медпомощи), 5500 помощников врачей (1278 фельдшеров, 71 акушерка, 3726 оспопрививателей). Каждый ФП охватывал от одного до трех уездов, а в деревнях действовало 1200 человек. Окружные врачи несли ответственность за подготовку и руководство помощников врачей, включая фельдшеров. В принципе, казенные крестьяне лечились у фельдшеров. В плане графа

⁶ Krug Peter F., "The debate over the delivery of health care in rural Russia: The Moscow zemstvo, 1864-1878", *Bulletin of the History of Medicine*, No. 50 (1976), pp. 226-7.

Киселева были заложены основные принципы земской медпомощи в деревнях. Ее суть состояла в следующем. Во-первых, медпомощь находится под контролем государства, которое выделяет на нее специальные средства, а для крестьян она бесплатна. Во-вторых, при недостатке врачей фактическую медпомощь крестьянам оказывают фельдшера. В-третьих, фельдшера готовят оспопрививателей, а врачи осуществляют руководство фельдшерами. Наконец, важное значение наряду с лечением придавалось просвещению крестьян в вопросах гигиены⁷.

Оказание медпомощи помещичьим крестьянам определялось самим помещиком. Крестьяне иногда обращались за медпомощью к священнослужителям. Государство обратило на это внимание, и в начале XIX в. медицина стала обязательным предметом в духовных училищах. Часть помещиков нанимала для своих крестьян фельдшеров, либо крестьянская община нанимала их сама, она несла расходы по обучению на фельдшера одного из своих членов (как правило, это был сирота). При этом жены и дочери помещиков занимались благотворительной деятельностью⁸.

При освобождении помещичьих, а через шесть лет и казенных крестьян, их общая численность превысила 50 миллионов человек, поэтому заниматься медпомощью стало некому. В Западной Европе оказание медпомощи крестьянам развивалось на общественной и частной основе, а в России частная медпомощь, за исключением больших городов, распространения не получила. Вообще российские крестьяне с большим недоверием относились к современной медицине и ее работникам, почти никто из крестьян не имел денег на оплату врачей, в деревнях распространялись болезни и возникали эпидемии. Поэтому вопрос скорейшего введения системы

⁷ Liu Lillian Li-ning, *The Development of the Soviet Rural Health Care System and the Role of Feldshers 1917-1941.*, Univ. of Maryland, Ph. D., 1988, pp. 18-23.

⁸ Ramer Samuel, "The zemstvo and public health", Emmons Terence and Vucinich Wayne ed., *The Zemstvo in Russia : An Experiment in Local Self-Government*, Cambridge U. P., 1982, p. 284.

здравоохранения был чрезвычайно насущным. Ответственность за здравоохранение передавалась губернской медкомиссии под руководством губернатора и земскому органу, то есть исполнительному комитету, который мог нанимать чиновников и специалистов, осуществляющих решения Думы, губернских и уездных земств. Контроль центрального правительства должен быть осуществляться через совет МВД, но для этого плана на местах не было соответствующих органов, в силу чего контроль за деятельностью земств был очень незначителен. Губернские медкомиссии существовали только на бумаге, и в последние 50 лет существования царской России медпомощь в деревнях осуществлялась только земством. При этом губернское земство занималось губернскими больницами, психиатрическими клиниками и фельдшерскими школами, а уездное земство — сохранением мелких больниц, медпунктов, контролем за болезнями, санитарным просвещением и т.д., то есть уездное земство являлось фактическим органом по управлению деревенским здравоохранением⁹.

2. Кто такой фельдшер?

Слово «фельдшер» происходит от немецкого «feldsherer», что означает «армейский полевой цирюльник, уличный парикмахер». На самом деле фельдшер в армии был солдатом-санитаром, владеющим навыками первой медпомощи. Он мог делать перевязки, останавливать кровотечения, оказывать простейшую хирургическую помощь при переломах. Фактически, фельдшер почти не проходил обучения и практики, а просто служил в армии как санитар. После отставки он возвращался домой в деревню, и там начинал оказывать медпомощь людям, живя на вырученные, как правило, незначительные средства. На самом деле деревня нуждалась в фельдшере. Земство на поле своей деятельности чаще нанимало фельдшеров, нежели врачей, потому что фельдшер об-

⁹ Liu, pp. 24-31.

ходилась дешевле врача, да и сами крестьяне воспринимали фельдшера как более близкого им, считая, что «доктор – это барский лекарь, а фельдшер – мужицкий». Однако фельдшер, как и раньше, должен был работать под присмотром врача. Врач был обязан регулярно посещать фельдшерские пункты, но из-за нехватки врачей и дальних расстояний это положение существовало большей частью на бумаге. Земство в 1867 г. унаследовало от Ведомства государственных имуществ около 800 фельдшерских пунктов, затем в 1870 году их количество увеличилось до 1350, а в 1890 году – до 2800. Но в 1910 г. число фельдшерских пунктов даже снизилось до 2680. Количество фельдшеров увеличилось, в 1874 г. была введена всеобщая воинская повинность, и срок службы сокращен до шести лет. В связи с этим возросло число ротных фельдшеров. В представлении людей отставные фельдшеры выглядели, как «неграмотные пожилые пьяницы, подвергавшиеся оскорблениям в армии, по характеру корыстные, униженные и эгоистичные». При этом фельдшеры официально считались помощниками врачей. Постепенно появились школьные фельдшеры, получившие специальное образование в фельдшерских школах.

Вначале при крупных больницах стали открываться фельдшерские школы для гражданских лиц, но в 1861 г. их было всего пять. По закону о земстве этим школам оказывали поддержку местные власти, и в 1913 г. число таких земских школ достигло 31, а всего к тому времени общее количество школ, включая и не находящиеся в ведении земств, выросло до 68¹⁰. В особенности увеличилось количество женщин, получивших фельдшерскую подготовку в качестве акушерок. Чтобы снизить в деревнях высокую детскую смертность и смертность при родах, земство озабо-

¹⁰ Например, фельдшерская школа Тамбовского земства в 1913/14 учебном году организовала бесплатные лекции по четырем курсам. См.: Исторический очерк фельдшерской школы Тамбовского губернского земства (1868-1913 годы). Тамбов, 1915. С. 169.

тилось подготовкой акушерок, для чего их готовили главным образом из местных деревенских жительниц, и к 1910 г. общее число таких акушерок составило около одной четверти, но большинство акушерок были горожанками, окончившими гимназию. К 1905 г. появилось более 10000 акушерок, и 2200 человек из них были наняты земством. Перед революцией только два процента родов в деревнях принимали квалифицированные акушерки. А среди акушерок-выходцев из городов, наметилась тенденция возвращения в город самых лучших из них. В фельдшерских школах 70% учеников составляли женщины, но в деревенских фельдшерских пунктах работало большинство фельдшеров-отставников с низким культурным и профессиональным уровнем. Однако подавляющее большинство фельдшеров составляли лица, окончившие фельдшерские школы, и в 1920 г. среди 29088 фельдшеров 45% были выпускниками фельдшерских школ, 38% отставниками, а остальных 17% данные были неизвестны¹¹.

3. Врачи и критика «фельдшеризма»

В начале 1900-х гг. зарплата врачей составляла 1200 рублей, тогда как фельдшеров 300-480 рублей, то есть от одной четверти до одной трети врачебной. У большинства фельдшеров не было доходов и имущества, кроме зарплаты. Однако жить только на зарплату было трудно. Любой же другой способ получения доходов нарушал принцип земства, а также служил источником распространения в деревне слухов, способствующих низкой репутации фельдшера. Для фельдшеров нетерпимым была не столько

¹¹ Афиногенов А.О. Жизнь женского населения Рязанского уезда в период детородной деятельности женщины и положение дела акушерской помощи этому населению. СПб., 1903. С. 114-116; Ramer Samuel, "Who was the Russian feldsher?" *Bulletin of the History of Medicine*, No.50 (1976) , pp. 213-225 ; Ramer Samuel, "The zemstvo and public health", Emmons Terence and Vucinich Wayne ed. *The Zemstvo in Russia :An Experiment in Local Self-Government*, Cambridge UP , 1982, pp. 279-314.

разница в зарплате с врачом, положение которого считалось привилегированным, сколько их собственное приниженное общественное положение. Окончившие фельдшерскую школу фельдшеры стремились изменить в лучшую сторону общее представление о фельдшерах, добивались признания их как специалистов, получивших достаточную практику и ставших помощниками врачей. Конечно, среди них было немало таких, которые ценились врачами как способные помощники, наделенные большим опытом и мастерством. Однако все же их собственная оценка существенно не меняла укоренившееся общественное представление о фельдшерах¹².

Первоначальная медпомощь в земстве строилась по принципу разъездной системы. С периодичностью в 30-40 дней врач объезжал медпункты, но почти все остальное время помощь больным оказывал фельдшер. То есть были использованы существующие медпункты, и система работала даже при минимальном количестве врачей. Но разъезжающий врач часто оказывался недоступным крестьянам, поэтому они вынуждены были обращаться к фельдшеру, что не обеспечивало качества лечения. В связи с этим появилась стационарная система, начало которой было положено в передовом земстве Московской губернии.

Здесь необходимо остановиться на понятии стационарной системы. Для того, чтобы понять действительную ситуацию относительно ряда заболеваний, в частности, с широко распространенным в деревнях сифилисом, а также для составления губернской статистики, земство Московской губернии основало в 1873 году санитарный совет, и тогда впервые административная ответственность перешла к врачам. Секретарем этого совета стал Евграф

¹² Известная участница народнического движения Вера Фигнер, работавшая в качестве акушерки в земстве Саратовского губ., отмечала, что «лекари» пользовались хорошей репутацией. *Фигнер Вера*. Запечатленный труд: воспоминания. М., 1964. С. 152-170.

Осипов (1891-1904). Вместе с Федором Эрисманом он был членом Пироговского общества и снискал широкое уважение земских врачей. Возглавляемый им санитарный совет предложил создать в малых районах радиусом менее 33 км участки медпомощи на базе медпунктов для приема амбулаторных больных. Участок включал пять коек для стационарных больных, а также кухню и аптечный пункт. Предполагалось, что на постоянной основе в нем должны работать один врач, один-два фельдшера и одна медсестра. Подобный участок стал образцом стационарной системы¹³.

Преимущества стационарной системы были очевидны, в 1877 г. земством было решено поддержать стационарную систему, и постепенно московский опыт распространился по всей стране. Но проблема заключалась в финансовой стороне вопроса. Земство Московской губернии располагало значительными средствами. С расширением же стационарной системы возросла доля расходов на общественное здравоохранение в бюджете земства: в 1875 г. она составляла 14,1% в земском бюджете, в 1895 г. – 22,5% и в 1910 г. составила 28,4%¹⁴. В результате введения стационарной системы увеличилась численность нанятых земствами врачей. Общее число врачей, нанятых губернскими и уездными земствами составляло в 1870 г. 613 человек, в 1880 г. – 1069 человек, в 1890 г. – 1558 человек, в 1900 г. – 22,5% и в 1910 г. – 3082 человек¹⁵. В 1880 г. стационарная система была внедрена только в 19 уездах, однако в 1900 г. среди 359 уездов 34 губерний только в двух уездах была применена разъездная система, в 138 уездах работала стационарная система, а в остальных уездах использовалась смешанная система¹⁶.

При разъездной системе врачебный контроль над фельдшерами осуществлялся в зависимости от возможностей врачей, поскольку

¹³ Krug, 1976, pp. 231-232.

¹⁴ Ramer, 1982, p. 307.

¹⁵ Ramer, 1982, p. 292.

¹⁶ Liu, op. cit, pp. 38-39.

им было трудно бывать в разных деревнях. Врачи посещали деревни только в случае экстренной ситуации, например, при вспышке эпидемии. Кроме того, в передовых земствах появилось стремление ликвидировать систему фельдшерской медпомощи. Так, в Московской губернии к 1898 г. фельдшерские пункты были уничтожены в 50 уездах из 359¹⁷. По мнению Б.Б.Веселовского, в 1898 г. только в 50 уездах из 244 фельдшеры принимали не более 25 % амбулаторных больных, в 116 уездах – 25-50 %, в 72 уездах – не менее 50% и в 8 уездах – не менее 75%. Общее среднее число фельдшерских пунктов в уездных земствах составляло восемь, и число уездов, имеющих не менее 20 фельдшерских пунктов, достигло 30¹⁸.

Фельдшеры оказывали медпомощь в случае мелких ранений, делали перевязки и, кроме этих случаев, они не должны были оказывать медпомощь самостоятельно, без консультаций врачей. В противном случае, по существующим правилам, фельдшеры могли подвергнуться наказанию. Из ст. 561 Врачебного устава следует, что отпуск лекарств из аптек по рецептам фельдшера воспрещается. Но на практике, даже если фельдшеры самостоятельно принимали больных, они не наказывались, как того требовал закон¹⁹.

Прогрессивные врачи активно критиковали фельдшеров за самовольно оказываемую ими незаконную медпомощь, дав ей название «фельдшеризм», и их критика была направлена на земские власти и фельдшеров. Главная цель деревенской медицины заключалась в снижении частых вспышек эпидемий и высокой смертности. Однако русские врачи твердо были уверены в том, что реализация главной цели может осуществиться только при условии изменения морали, быта, нравов, традиций, взглядов на вос-

¹⁷ *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. 1. СПб., 1909. С. 338-339, 341-343.

¹⁸ Там же. С. 342, 344-345.

¹⁹ Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона. Т. 35. СПб., 1902. С. 442.

питание детей и жизненных навыков, избавления от суеверий и авторитета народного целителя, что крестьяне сами с доверием будут относиться к достижениям современной науки. Таким образом, русские врачи, стремившиеся к реализации реформы в области жизни крестьян на базе стационарной системы, считали, что самостоятельное оказание медпомощи фельдшерами дискредитирует современную медицину. Именно поэтому врачи полагали в качестве лучшего варианта отказаться от фельдшерской системы. Довольно часто термин «фельдшер» употреблялся в контексте «временного существования» и «необходимого зла». Однако для земства фельдшерская система оставалась привлекательной в связи с низкими расходами на наем фельдшеров. Но при ее сохранении для врачей всегда оставалась угроза соперничества с конкурентами за получение работы по оказанию медпомощи в сельской местности. Такая двусмысленная позиция земства усугубляла неопределенное положение фельдшеров, вызывавшее у них глубокую неудовлетворенность.

Глава 2. Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова

Кто становился врачом? В России лишь ограниченное число семей могло дать детям высшее образование, а дворяне, хотя и имели возможность учиться, не стремились становиться врачами, поскольку считали для себя зазорным зарабатывать собственными руками. Первоначально подавляющее большинство студентов-медиков были детьми священнослужителей. По мере ухудшения материального положения священнослужителей, медицинское образование стало своего рода защитной мерой для сохранения их сословия. К тому же, чтобы заполнить вакансии, с 1808 г. крепостным крестьянам было разрешено поступление на медицинские факультеты в четырех вновь созданных университетах. По уставу об университетах подготовка врачей осуществлялась при поддержке правительства, и государственный стипендиат, в зави-

симости от размера стипендии, должен был отработать от двух до десяти лет. Если врачи родом из крепостных не отработали шести лет на общину или на хозяина, они не освобождались от взимания подушного налога. В 1832 году, когда стали присваивать звание «Почетный гражданин», то и здесь медики испытывали дискриминацию. Так, если выпускники других факультетов автоматически становились почетными гражданами, то врачи, платившие подушный налог, могли получить звание почетного гражданина только на государственной службе. Даже дворяне, имевшие ученую степень в медицине, не избегали дискриминации. На медицинских факультетах потомственных дворян было мало, больше всего туда поступало разночинцев, и государство с особым вниманием следило за ограничением привилегий элиты²⁰.

1. Специализация медпомощи

Повторяющиеся вспышки эпидемий наносили ущерб обществу, экономике и подрывали международное доверие к России. Рост потребности в работе врачей неизбежно приводил к признанию их некоторых привилегий. К тому же прогресс науки и ее специализация вынуждали рационально подходить к принятию административных мер в решении вопросов медпомощи, и для этого необходимо было передать медицину из рук не имеющих к ней никакого отношения чиновников в руки авторитетных специалистов в области медицины. Эти тенденции во многом совпадали с происходящим в Европе, однако в России существовали свои отличительные особенности. Если в Европе профессионалы обладали большой автономией, то в России отсутствовали традиции профессиональных гильдии лекарей, соответственно не сложилась и соответствующая организационная система. В то же время у европейских врачей, обладавших лицензией на практику, доходы защищались государством, а российские врачи считали, что госу-

²⁰ Frieden, pp. 23-35.

дарство и чиновники отбирают у них права на самостоятельное существование как специалистов. Потребность создания центрального аппарата в здравоохранении не стояла в повестке дня²¹. С другой стороны, российские врачи были уверены в том, что полученное ими в течение пяти лет медицинское образование никоим образом не уступает европейскому. Хирург Николай Пирогов, физиолог Иван Сеченов и другие российские медики высоко ценены на международной арене, а английский медицинский журнал «The Lancet» писал, что медпункт Московского университета и его лаборатория являлись одними из самых лучших в мире. Но врачи испытывали чувство острой неудовлетворенности из-за несоответствия их общественного положения и квалификации уровню доходов. Среди врачей мало кто владел собственным имуществом, и хотя они и работали земскими врачами в провинции, но не имели права участвовать в выборах и быть избранными.

Попробуем сравнить доходы русских врачей и юристов с аналогичным необходимым уровнем подготовки. В 1905 г. 90% адвокатов имели доход в 2.000 рублей, а доход более одной трети из них превышал 5.000 рублей. Согласно анкетному опросу, проведенному по приказу МВД среди 12.521 врача (что составило 90% общего их числа), доходы врачей варьировались от 500 до 3.000 рублей, причем большая часть доходов была на низком уровне, так что средний доход составил 1.200 рублей. Обычно, если доход превышал 1.000 рублей, то врачи входили в число 3% лиц с высокими доходами, но количество врачей, зарабатывавших 2.000 рублей, минимально необходимых для обучения их детей в университете, было небольшим. Большинство врачей с доходом ниже 1.200 рублей не могли позволить себе необходимых для специалиста их профиля повседневных расходов на приобретение медицинских журналов, книг, покупку инструментов и лекарств. Статус земского врача обеспечивал стабильный доход в пределах 1.000 –

²¹ Frieden, pp. 108-109.

1.500 рублей. Однако условия труда земских врачей были тяжелые. Обычно профессия врачей опасна возможностью заразиться и чревата непосильными психологическими нагрузками, а у земских врачей подобных нагрузок было намного больше. Процент смертности врачей моложе 40 лет составлял 31,7%, а процент смертности у деревенских врачей (эта категория приравнивалась к земским врачам) – 48,2%²². Опять же, в деревне имела место изолированность от культурной жизни, плохие условия для воспитания детей, что приводило к глубокой неудовлетворенности.

2. Пироговское общество и земский врач

В 1881 г. в Московском университете - alma mater Николая Пирогова - отмечалось 50-летие его общественного служения. На церемонии присутствовали представители отечественных и зарубежных организаций, отовсюду присылались телеграммы; была получена поздравительная телеграмма от царя. Несколько участников празднества предложили создать общество врачей имени Пирогова, и в 1885 г. в Санкт-Петербурге состоялся первый съезд общества. Его основателями являлись известный клиницист Военно-медицинской Петербургской академии добившийся признания и в Москве, С.П.Боткин (1832-1889), выпускник Военно-медицинской академии и издатель медицинского журнал «Врач», подписчиками которого было более одной трети врачей, В.А.Манассеин (1891-1901), вышеупомянутый руководитель земской медицины Московской губернии Е.А.Осипов (1841-1904), а также Ф.Ф.Эрисман (1842-1915) – швейцарец, женившийся на Н.П.Сусловой, первой русской женщине-враче, и получивший российское подданство в 1875 г. Общество уделяло особое внимание повышению уровня медицинского и общего образования, преодолению предрассудков и ликвидации неграмотности среди простого народа, отмене телесных наказаний, расширению прав

²² Frieden, pp. 212-217.

евреев, развитию общественного здравоохранения.

В общем числе врачей доля земских составляла только 15-20%, они не являлись подавляющим большинством и в Пироговском обществе, однако земские врачи играли важную роль в медпомощи. В отдельных регионах земствах работали высококвалифицированные специалисты, и их деятельность стала моделью земской медпомощи. Земство Херсонской губернии направило бактериолога Н.Ф.Гамалею (1859-1949) в Париж в Институт Пастера, и сам Пастер оказал ему помощь в создании второго в мире бактериологического института в Одессе. Кроме того, Пастер в 1894 г. доказал эффективность антитоксинов против дифтерии, и через несколько лет земские врачи Московской губернии внедрили это изобретение в свою практику.

В 1878 г. Евграф Осипов пригласил Федора Эрисмана для изучения распространенности заболеваний на заводах и фабриках в связи с миграциями крестьян, трудившимися в качестве сезонных рабочих. Такие крестьяне составляли от одной пятой до одной шестой населения Московской губернии. В каждом заводском районе выявлялись условия труда и жизни, уровень заболеваемости и смертности, 144.000 рабочих подразделили по антропологическо-морфологическому признаку, эти данные были затем изданы в 19 томах. Проведенные Федором Эрисманом в заводских районах исследования легли в основу российской медицинской статистики и явились большим вкладом в создание системы подготовки специалистов-статистиков²³. В 1884 г. на медицинском факультете Московского университета была создана кафедра общественной гигиены, и Эрисман возглавил ее. До 1892 г. Эрисман одновременно трудился земским санитарным врачом Московской губернии (по его словам, «по духу своему я земский врач и намерен до конца своих дней им и оставаться») и, кроме того, был активным членом Пироговского общества и оказал большое влияние на вра-

²³ Frieden, p. 103.

чей, которые в последующем сыграли важную роль в обществе. В 1896 г. в Московском университете произошло восстание студентов, Эрисман поддержал их, и в связи с этим был внезапно выслан из страны²⁴.

Значительная часть врачей, хотя и не была непосредственно нанята земствами, имела отношение к земской медпомощи. Многие студенты-медики во время летних каникул работали в земствах, а кроме того, после окончания университета в течение нескольких лет должны были там трудиться. И городские врачи, и профессора университетов, и врачи, подобные Чехову, включая и тех, кто не имел врачебной лицензии, все они во время эпидемий работали в деревне и там сполна вкушали горький опыт. Благодаря ему у многих врачей повысился интерес к земской медпомощи и желание оказать ей поддержку.

Пироговское общество как раз представляло ту центростремительную силу, которая стремилась к развитию российской медпомощи на основе земской медицины. Третий съезд Пироговского общества в 1889 г. призвал врачей, «самозабвенно отдававших всего себя любимой работе, идти в неграмотный деревенский народ и не только лечить его от болезней, но и насаждать в деревне культуру и помогать деревенским целителям осознать основные идеи здравоохранения». Вопрос создания отдельного государственного ведомства здравоохранения рассматривался неоднократно и каждый раз отвергался.

На III съезде общества обсуждался вопрос о разворачивании в других местах успешной модели московской земской медпомощи, бывшей независимой от центрального правительства. Задачей врачебного сообщества было исключительно «создание местной медицины». В связи с этим российская организация врачей неизбежно приобретала социальную и политическую направленность.

²⁴ Krug Peter F., *Russian Public Physicians and Revolution: The Pirogov Society, 1917-1920*, Univ. of Wisconsin, Ph. D., 1979, pp. 24-26, 71.

3. Холерные бунты

В 1830-е гг., когда холера впервые охватила Европу, страны одинаково отреагировали на эту угрозу. В Венгрии врачи подвергались нападениям, в Испании широко распространились слухи, будто монахи бросают в колодцы отраву, множество священнослужителей было убито, повсеместно возникали народные бунты²⁵. Когда в России в 1891-1892 гг., в связи с поразившим ее голодом, небывалое распространение получили холера и тиф, тогда стало ясно, что положение в стране коренным образом отличается от европейского. Собственно говоря, в европейских державах голода не было. Возникновение же жестокого голода в России само по себе отразило ее весьма значительное отставание от Европы. Действительно, эпидемии возникают и в годы помимо неурожайных. Однако подверженность болезням, рост числа умерших – это результат голода. Плохое питание ослабляет организм, понижает сопротивляемость болезням и легко способствует заражению ими. Кроме того, большую роль в широком распространении болезней играло передвижение людей в поисках пропитания и работы, а также бродяжничество. Голод и вызванное им свирепствование холеры погружали все государство в водоворот волнений, и критика системы по силе была подобна извержению вулкана.

В 1893 г. журнал «Земский врач» на основе впечатлений посланного в Центрально-Чернозёмную Курскую губернию врача, отразил обычную для тогдашней России картину повседневной жизни русской деревни: «Во время обхода больных я в одной хате видел умершую от холеры мать семейства, лежавшую в хате под столом; в углу хаты лежал труп, ещё тёплый, её грудного трёхмесячного ребёнка, умершего голодной смертью; на дворе лежал больной холерою отец семейства, около которого суетились двое голодных, испуганных 5-6-тилетних детей...и никого кругом»;

²⁵ Frieden, p. 136.

«Сегодня жив, а завтра умрёшь... никого я не боюсь, ничего не хочу исполнять... Люди были крайне подавлены и жили в постоянном страхе»²⁶. Кроме того, приходило множество сообщений о фактах панических настроений народных масс в деревне. Страх перед заражением и недоверие к властям порождали бессмысленный террор в отношении медицинских работников.

Когда врач определял заболевшего холерой, то больного насильно помещали в избу-изолятор, так называемый «барак», отбирали все его вещи, а дом подвергали дезинфекции. Однако крестьяне думали, что нахождение в бараке равносильно смерти («это конец, живым оттуда не выйдешь»). Такие представления крестьян были связаны с тем, что больные холерой имели определенные отличительные особенности: лицо заболевших становилось белым, а смерть сопровождалась судорогами, но последние воспринимались, напротив, как свидетельство того, что человек жив. Все *это* вызывало распространение слухов, что в бараках «у бедняков забирают кровь», «их заживо хоронят». Фактически, смертность среди беднейших слоев населения была крайне высокой.

От Астрахани к Саратову, вверх по Волге, вместе с болезнью распространялся и холерный террор. Наиболее известным примером его служит бунт, возникший в городе Хвалынске Саратовской губернии. Когда молодой врач Молчанов, посланный на борьбу с холерой, в течение нескольких дней вместе с местными властями безуспешно убеждал народ подготовить холерные бараки, тогда толпа выследила врача, жестоко избивала, свалила с ног, волочила лицом по земле и топтала его голову. Для острастки других его труп оставили как есть, и деревенские женщины плевали на него, осыпали ругательствами и радовались, что врач, с их точки зрения, получил справедливое возмездие²⁷. Даже священнослужители проповедовали в своих приходах, что холера - это наказание Божие

²⁶ Пашков. Эпидемия холеры в деревне // Земский врач. 1893. № 4-5. С. 56.

²⁷ Frieden, pp. 145-146.

и нужно противодействовать мерам, предпринимаемым «молодым неразумным гордецом». Из-за холеры широкое распространение в России получили коллективный женский обряд «опахивание», крестные ходы, проводившиеся многолюдными толпами. В жару его участники пили воду прямо из колодцев или из рек, носили иконы по домам, из дома, где больные, в дом, где люди здоровые, из-за чего число заболевших росло с огромной скоростью. Запретить подобные действия было очень сложно, запреты, напротив, могли вызвать панику и еще более озлобить народ. Сильнейшим психологическим ударом для врачей стало ненавистное отношение к ним народных масс, видевших в них сообщников в «коварных замыслах властей против бедняков». Кроме того, важным являлось и то, что в каждой губернии, в каждой местности существовали большие отличия в масштабах ущерба от холеры и накала вызванной холерой паники. Так, во врачебном округе Московской губернии, где нес свое служение врачом Чехов, ни заболеваемости, ни террора не было. По официальным данным, в Московской губернии отмечались лишь 654 случая заболеваний, тогда как в соседней Тверской губернии – 29.332 случая²⁸.

4. Политизация Пироговского общества

Министерство внутренних дел создало временные медико-санитарные исполнительные комитеты в отдельных губерниях, зараженных эпидемией холеры, в состав которых входило много врачей вместе с земскими чиновниками и депутатами земских собраний. Врачи были наделены значительными полномочиями. После выхода из эпидемического кризиса врачи возлагали надежду на то, что царское правительство будет поддерживать их в развитии земской медицины. Однако их надежда была утрачена, когда правительство издало постановление о больницах, вступившее в силу в июле 1895 г. Перед проведением земской реформы крестья-

²⁸ Frieden, p. 152.

яне боялись губернских больниц, полагая их в качестве «дома смерти», и слово «больница» было синонимом некачественной медпомощи, организуемой царским правительством. В связи с этим земства собирались разделить больницы и создать маленькие стационары для лечения амбулаторных больных с двумя – тремя койками. Как показал опыт холерных бунтов, все губернии должны были иметь собственные медицинские учреждения, в которых на постоянной основе работали бы врачи, заслужившие доверие крестьян. Однако царское правительство внедряло противоположную идею по поводу губернских больниц: больницы были классифицированы не по квалификации и уровню медпомощи, а по численности коек, врачей и больных. К тому же земства утратили возможность управления больницами, и данная компетенция была передана Министерству внутренних дел, при этом земства должны были нести финансовые расходы на соответствующие земские больницы. Вообще, большая часть губернских больниц была расположена в городах. Если люди, пользовавшиеся медпомощью в больницах, являлись городскими жителями, то такие больницы для земств были лишь тяжелой нагрузкой. В конце 1894 г. все земства на территории России приняли решение обратиться к царскому правительству с ходатайством об отмене постановления о больницах, и вступление его в силу было отсрочено на неопределенное время²⁹. Однако данное ходатайство стало единственным достижением, благодаря которому удалось добиться уступок со стороны центральной власти. Царь Николай II ограничил право на ходатайства, хотя и являлся председателем специального комитета по спасению от голода, символом объединения государства и народа, и вступил на престол при горячей народной поддержке. Царь считал ходатайства фактором, провоцирующим обострение социальной обстановки в России. Таким образом, возможности для выхода народного недовольства постепенно закрывались.

²⁹ Frieden, pp. 166-174.

После холерных бунтов Пироговское общество остро осознавало необходимость чрезвычайной и коренной реформы в области медицины. Цель реформы заключалась в развитии санитарного образования, отмене телесных наказаний и спасении людей от голода. Убийство молодого Александра Молчанова, ставшего символом страданий и саможертвования земского врача, призывало врачей к необходимости гигиенического образования и просвещения крестьян. Было важно, чтобы прежде всего крестьяне доверяли врачам, свидетельствующим о преимуществах и эффективности современной медицины с помощью вакцинации в качестве специфического средства от холеры. Врачи укрепились в своей уверенности, что врач, помимо своего непосредственного предназначения лечить, должен быть одновременно и просветителем-педагогом, меняющим в целом мировоззрение крестьян³⁰.

В разгар холерных бунтов царское правительство прибегло к телесным наказаниям кнутом с целью утихомирить массовые выступления. Телесные наказания дворян были отменены в 1762 г., и с тех пор отмена телесных наказаний постепенно распространилась на другие сословия и социальные слои. При этом телесные наказания крестьян не отменялись, и во время Великих реформ были приняты меры только по их смягчению. Министр внутренних дел Дмитрий Толстой заявил в 1880 г., что «при крайне низком нравственном и умственном уровне крестьянского населения управление ими невозможно без применения в иных случаях телесных наказаний»³¹. В 1896 г. в двадцати губерниях, где существовали земства, было вынесено 6780 приговоров по телесным наказаниям, и половина приговоров была осуществлена. Исследователь Дмитрий Жбанков предположил, что на всей территории России власти вынесли около 20.000 приговоров по телесным

³⁰ Frieden, pp. 180-182.

³¹ Frieden, pp. 187-190. *Зайончковский П.А.* Российское самодержавие в конце столетия: политическая реакция 80-х -начала 90-х годов. М., 1970. С. 383.

наказаниям, и 10.000 из них привели в исполнение³². Поскольку проблема телесных наказаний была тесно связана с образованием и здравоохранением, являвшимися главными задачами для земств и в условиях ограничения права на обращения с ходатайствами к царскому правительству, в отдельных губерниях проводились различные акции за отмену телесных наказаний³³.

Как прямо писал Чехов о практике на местах³⁴, жестокость телесного наказания представляла собой серьезную моральную проблему для врачей. При наличии постановления о совершении телесного наказания врач должен был осмотреть осужденных, выдать разрешение и быть свидетелем во время самой процедуры телесного наказания. В связи с этим крестьяне начали считать врача бессердечным чиновником, работавшим на пользу властей, для них врач становился объектом ненависти. Пироговское общество выступало с резкой критикой царского правительства за отсутствие медицинской этики, поскольку государство поддерживало нечеловеческие телесные наказания и вынуждало врача, который, по сути своей, должен быть гуманным, помогать чиновникам при совершении телесных наказаний. Таким образом, проблема профессио-

³² *Жбанков Д.Н.* Когда прекратятся телесные наказания в России. Ростов-на-Дону, 1905. С.14. Современники отмечали, что наказание розгами считалось в деревне страшным позором, наказанные розгами лица всеми презирались, поэтому в деревнях было трудно найти крестьянина, который согласился бы быть экзекутором. Телесное наказание в сельском обществе вывелось потому, что никто не хотел приводить его в исполнение. *Жбанков Д.Н., Яковенко В.И.* Телесные наказания в России в настоящее время. 1899. С. 169-170.

³³ Вопрос об отмене телесных наказаний обсуждался сначала по инициативе Пироговского общества и Вольного экономического общества. Большинство земских ходатайств ограничивалось требованием отменить телесные наказания для лиц, окончивших начальную школу. Указ от 11 августа 1904 г. отменял телесные наказания для всех крестьян, но сохранял их для заключенных, бродяг, каторжников и ссыльных поселенцев, причем для этих категорий они могли назначаться в огромных размерах до 100 ударов розгами. См.: *Веселовский Б.Б.* Указ. Соч. Т. 3. СПб., 1911. С. 698-699; *Жбанков.* Указ. Соч. С. 15.

³⁴ *Чехов А.* Полное собрание сочинений и писем. Т. 14-15. М., 1978. С. 332-338.

нальной этики врача непосредственно приводила к осуждению царского правительства.

В 1899 г. 600 человек посетили город Казань для того, чтобы участвовать в VII съезде Пироговского общества, и они своими глазами видели тяжелое положение крестьян, вновь пострадавших от голода. Такие болезни, как цинга и тиф, распространились во всех губерниях. Пироговское общество обратилось к участникам с призывом непосредственно заняться спасением крестьян от голода: «Мы должны избавиться от академического интереса и уделять внимание снижению и смягчению страданий крестьян от несчастья». Пироговское общество создало комитет спасения от голода и отправило на места медицинские группы. В Херсонской губернии одна такая группа предоставила питание для 11.000 человек и спасла 50 деревней от голода.

Между тем, царское правительство демонстрировало свой реакционный характер. 12 июня 1900 г. было издан законодательный акт, направленный на ограничение как участия земства в разрешении ситуации с голодом, так и самостоятельной деятельности Пироговского общества по спасению от него. В адресованном губернаторам циркуляре предписывалось предупреждать опасность риска такой деятельности в качестве «повышения неудовлетворенности к существующему порядку»³⁵. При вспышке эпидемий врач считался находящимся на государственной службе, ему запрещалось заниматься самостоятельно профилактической работой по предотвращению эпидемий, что вызывало недовольство врачей. В те годы обострилась социальная обстановка, часто происходили заводские забастовки и крестьянские бунты, активизировалось студенческое движение, участились случаи покушений на высокопоставленных чиновников. Состоявшийся в 1902 г. VIII съезд Пироговского общества оказался еще более политизированным.

Участники VIII съезда имели общую позицию по поводу того,

³⁵ Frieden, pp. 193-196.

что провал российского общественного здравоохранения был связан непосредственно с отсутствием политической свободы. Съезд игнорировал решение Сената об ограничении деятельности общества и вновь обратился с ходатайством к царскому правительству об отмене статьи телесного наказания. По мнению ряда исследователей, данный съезд являлся новым этапом в деятельности общества, при котором некоторые проекты по обычным медицинским проблемам стали приобретать политизированный характер³⁶. Хотя существовавшие при обществе комиссии не имели политических целей, а только научные, чиновники мешали реализации даже таких целей в области медицины, что пробуждало политическое сознание у врачей.

Весьма показательны отношения власти к Пироговскому обществу на примере работы комиссии по изучению малярии и туберкулеза. В начале XX в. была подтверждена роль комаров рода *Anopheles* при передаче малярии. Правительства других государств начали вводить профилактические меры по предотвращению распространения малярии, и в медицинском департаменте Министерства внутренних дел одному из врачей надлежало проводить исследовательскую работу по этой болезни³⁷.

³⁶ Ibid., pp. 232-233.

³⁷Одной из причин ликвидации малярии в европейских странах являлось развитие животноводства, в частности крупного рогатого скота, с помощью выращенных на земле под паром кормов. Вообще, комарам свойственно предпочитать кровь коровы крови человека, и к тому же корова не могла стать возбудителем малярии. В России домашние животные помещались в непосредственной близости от жилья, их численность сильно колебалась и снижалась из-за голода. При этом важное значение имела ирригационная система, однако в России сельскохозяйственная инфраструктура оставалась отсталой, и вместо специальных ирригационных сооружений существовали мелкие водоемы. Причинами заболевания малярией не были ни голод, ни бунт, и уровень смертности от этой болезни был низок. Однако малярия являлась одной из главных причин высокой смертности среди грудных детей и дошкольников. К тому же малярия часто случалась в период посевных работ и уборки урожая. В связи с этим отмечалось, что в страдное время из-за снижения физических сил и психологической апатии резко

Пироговское общество самостоятельно начало заниматься изучением малярии, для чего создало комиссию, состоящую из 45 ученых. Общество даже направило одного профессора Московского университета в Италию для проведения соответствующих исследований, а в 1903 г. полевые исследования проводились в Воронеже и на Кавказе. Однако требовались большие денежные средства и силы. Комиссия по изучению туберкулеза отмечала, что «туберкулез являлся побочным продуктом индустриализации», и придавала важное значение профилактическим методам по борьбе с ним, включая и меры, не относящиеся к медицине. IX съезд Пироговского общества (январь 1904 г.) выступил с инициативой по установлению медицинского страхования рабочих, обделенных правительственным вниманием в области медицины, и поднял вопрос о правах евреев. В частности, зараженным туберкулезом евреям санаторное лечение было недоступно, а в связи с отсутствием у евреев права на свободное передвижение, врачи опасались относительно распространения туберкулеза в черте оседлости.

IX съезд проводился в здании дворянского собрания Санкт-Петербурга. Однако накануне градоначальник сообщил о невозможности обнародовать большую часть запланированных постановлений. В результате речь председателя съезда была наполнена иносказаниями, а запланированные постановления зачитать не получилось. После этого армейский оркестр играл браваурный марш. До того, как полиция разогнала участников съезда, они пели «Марсельезу» и скандировали лозунги «Долой самодержавие! Даёшь всеобщее собрание всех губернских и уездных земств!»³⁸.

Заключение

ухудшалась производительность труда. См: Johnson Richard, *Malaria and Malaria Control in the USSR, 1917-1941*, Georgetown univ., Ph. D., 1988, pp. 33-34, 43-44.

³⁸ Frieden, pp. 233-242, 259-261.

Распространение холеры и вызванные ею крестьянские бунты нанесли большой удар не только государственным чиновникам, но и членам Пироговского общества. Власть старалась, как могла, скрывать от западных держав впечатление об отсталости России. Организация системы медицины в царской России полностью зависела от земской медпомощи, при том, что между регионами существовала большая разница по уровню ее оказания и существовали регионы, где земств вообще не было. Так, часто эпидемии проникали в Европейскую часть России из таких регионов, как Кавказский, Донской и Центрально-Азиатский, земства в которых как раз отсутствовали. Стала очевидной необходимость предпринять централизованные меры по борьбе с эпидемиями. Однако полномочиями в области медицины были наделены разные министерства и ведомства: в области общей медицины - Министерство внутренних дел, в области школьного здравоохранения – Министерство просвещения, здравоохранением на заводах и на пограничных пунктах ведало Министерство финансов, здравоохранением на транспорте – Министерство транспорта, а в армии – Военное Министерство и т.д. Центральным координатором этих работ являлся департамент по медицинским делам МВД, но и он не обладал никакой фактической компетенцией. Когда Евгений Боткин в качестве председателя медицинского совета обратился с призывом создать центральное ведомство по делам медицины, МВД отказался от его предложения, так как этот вопрос затрагивал интересы отдельных министерств и ведомств³⁹.

Врачи Пироговского общества выступили категорически против создания централизованного аппарата, потому его существование было несовместимо с земской медициной и противоречило ее принципам. Врачи испытывали серьезное недоверие к чинов-

³⁹ *Нестеренко А.И.* Как был образован народный комиссариат здравоохранения РСФСР / из истории советского здравоохранения (октябрь 1917 г. - июль 1918 г.). М., 1965. С. 3-5.

никам от медицины, считая их бездарными. Подобное отношение проистекало из абсолютно подчиненного положения врачей. По требованию государства врачи должны были работать судебными медэкспертами и осуществлять медосмотр призывников. При вспышке эпидемий врачи фактически находились на государственной службе и, в случае вызова, идти на дом к больному, причём, согласно врачебному уставу, они не имели права отказаться от такого вызова. Уголовным кодексом были предписаны строгие наказания в случае отказа врача от вызова идти на дом к больному: врач подвергался штрафу на сумму не менее 100 рублей (средняя месячная зарплата врачей), подлежал увольнению и лишению врачебной лицензии. Профессиональная этика врачей ставилась под надзор государства и полиции. Кроме того, врачи не имели возможности самостоятельно действовать в негосударственной сфере.

В то время подавляющее большинство населения страны состояло из крестьян, у которых не было возможности платить врачам за лечение. Фактически, практикующих врачей, которые могли жить достойно, было очень мало, и вообще они жили в крупных городах. В конце концов, врачи были вынуждены обратиться к царскому правительству и земствам отдельных губерний с предложением улучшить официальную медицинскую деятельность. Однако компетенция врачей была незначительна и во многом ограничена. К тому же, с точки зрения финансовых расходов, позиция врача всегда оказывалась уязвимой по сравнению с фельдшером.

Земская медицина была учреждена на основе государственной медицинской системы для казенных крестьян. Специально созданный медицинский округ распространялся на несколько общин и отличался от административного округа. Когда появилась необходимость сформировать отдельные финансовые источники, например, на основе самообложения, существование медицинско-

го округа оказалось большим препятствием. Чтобы показаться врачу своего медицинского округа, крестьянину требовался целый день езды на подводе, однако время осмотра врачом было очень коротко, в среднем всего 2-3 минуты, врач немедленно выписывал рецепт и фельдшер занимался дальнейшим процессом лечения больных. В связи с этим крестьяне стали обращаться к врачу только в базарные дни или когда они находились в тяжелом безвыходном состоянии. Однако крестьяне, проживавшие недалеко от земского медицинского пункта, постепенно начали пользоваться земской медпомощью.

Если в борьбе с эпидемиями земская медицина не распространялась на всех больных, то ее существование не имело смысла. В связи с этим земства были вынуждены постепенно внедрять бесплатную медицинскую помощь. Однако расходы на медицину стали тяжелой нагрузкой для земского бюджета, и можно найти период в их истории, когда доля расходов на медицину заняла первое место среди статей расходов земского бюджета, не уступая статьям расходов на образование. В 1903 г. царское правительство издало закон о бесплатном предоставлении земской медпомощи. В том же году в некоторых земствах, в том числе Липецком, Хвальныйском, Ливенском и других, доля расходов на медицину составила 45-47 % от общего бюджета⁴⁰. Собственно говоря, для земства, находящегося в тяжелом финансовом положении, было довольно трудно осуществлять медицинскую деятельность по образцу земской медицины богатой Московской губернии⁴¹. Кроме того, даже если бы Московская губерния разработала полную программу по борьбе с эпидемиями, то данная программа вряд ли могла бы функционировать.

⁴⁰ Мирский М.Б. Указ. Соч. С. 310-311.

⁴¹ Conroy Mary Schaeffer, *In Health and in Sickness: Pharmacy, Pharmacists, and the Pharmaceutical Industry in Late Imperial, Early Soviet Russia*, Columbia U. P., 1994, p. 75.

В принципе, развитие медицинской науки и техники приводило к повышению оплаты за лечение, и одновременно вызывало повышенные требования к профессиональным качествам врачей со стороны больных. В Японии, в тех регионах, в которых действовала система медицинской взаимопомощи по типу «Дзёрэй», суть ее самой постепенно менялась. В рамках этой системы на врачей распространялся принцип сдельной оплаты труда, а больные лишь частично оплачивали получение медпомощи⁴². На первый взгляд казалось, что в области земской медицины удалось добиться больших достижений. Однако можно сделать вывод о том, что несмотря на то, что земская политика в области бесплатной медицины и здравоохранения в деревне получила высокую оценку не только зарубежных, но и отечественных специалистов, фактически, она находилась на грани своего существования.

⁴² Иноуэ Рюзабуро. Кенпо но Генрю: Чикюзэн Мунаката но Дзёрэй (на японском языке). Нисинихон синбунся, 1979. С. 129.