

© М. Б. МИРСКИЙ, 1997

УДК 614.2:93(470)

Проф. М. Б. Мирский

ЗЕМСКАЯ МЕДИЦИНА И СОВРЕМЕННОСТЬ

НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н. А. Семашко РАМН, Москва

В современной ситуации серьезного кризиса здравоохранения важным и поучительным представляется обращение к историческому опыту отечественной медицины и прежде всего к опыту российской земской медицины.

Рождение земской медицины прямо и непосредственно связано с земской реформой 1864 г. Не следует, впрочем, считать, что она возникла как бы "автоматически", поскольку ее появление было предусмотрено "Положением о губернских и уездных земских учреждениях", получившим силу закона в январе 1864 г. В Положении среди многочисленных дел, подлежащих ведению земских учреждений в губернии или уезде, упоминалось и "участие, преимущественно в хозяйственном отношении и в пределах, законом определяемых, в попечении... о народном здравии"¹. Таким образом, на земство возлагалось главным образом хозяйственное обеспечение "попечения о народном здравии", а отнюдь не создание какой-то особой структуры для охраны здоровья народа. Создание такой структуры — историческая заслуга российских врачей и ученых.

Подлинными творцами земской медицины стали те передовые врачи и ученые, чье мировоззрение формировалось в обстановке высокого общественного подъема 60-х годов, чьи идеалами были служение народу, гуманизм и бескорыстие. Это были предводитель дворянства Полтавской губернии врач князь Н. А. Долгоруков и председатель Казанского общества врачей проф. А. В. Петров, врачи Ю. Б. Укке и В. О. Португалов, И. И. Моллесон и Е. А. Осипов, А. В. Поготева и М. С. Уваров, следовавшие за ними многие другие врачи. Много трудной, поистине подвижнической деятельностью они, намного опередив свое время, внесли неоценимый вклад в теоретическую разработку и практическое осуществление создания в России новой, оригинальной формы организации медицинской помощи и охраны здоровья.

"Земская медицина с ее относительной свободой творчества и возможностью изучать, просвещать, обслуживать народ

привлекла к себе много сознательных идеалистически настроенных работников, — говорил на XI Пироговском съезде С. Н. Игумнов. — Забывая о личных удобствах, отказываясь от заманчивой или выгодной карьеры, шли в земство, в глухую деревню, в темную, холодную избу; иные врачи поступали на места фельдшеров, на их оклады; иные вдвоем на одно место, на одно жалованье; порою отказывались от части жалованья под условием устройства больницы или открытия нового врачебного участка; смотрели на земское дело не как на службу, а как на служение". Впрочем, делал оговорку Игумнов, "я вовсе не хочу идеализировать прожитое время и, конечно, не думаю, что все тогдашние земские врачи были идеалистически настроены и воодушевлены народническими идеалами. Вовсе нет. Таких было меньшинство и даже ничтожное, но только это меньшинство ковало земскую медицину"².

Земская медицина, созданная впервые в нашей стране и не имевшая аналогов в мире, стала национальной гордостью России. Ей принадлежит бесспорный приоритет становления и развития целого ряда важнейших направлений здравоохранения.

Бесценный опыт земской медицины может и должен быть востребован современностью. В первую очередь, по нашему мнению, это относится к "муниципальной системе здравоохранения", которая, согласно Конституции Российской Федерации (ст. 41), узаконена в нашей стране наряду с государственной и частной системами здравоохранения. Рождающееся сейчас муниципальное здравоохранение призвано, по логике вещей, стать "земской медициной наших дней": оно должно продолжить ее традиции, в полной мере использовать то, что накоплено трудами нескольких поколений российских земских врачей.

О чем же конкретно идет речь?

Главным в земской медицине был принцип общедоступности — именно из земской медицины взяло его советское здравоохранение, а затем национальные службы здравоохранения различных стран.

¹ Полное собрание законов Российской Империи.—1876.— Собр. 2. — Т. 39, № 40457. — Ст. 2. — П. VII.

² Труды XI Пироговского съезда. — М., 1911. — С. 352.

Действуя "методом проб и ошибок", земские врачи сравнительно быстро доказали несостоятельность утверждений, что для крестьянам достаточно и фельдшерской помощи, благо она дешевле, чем врачебная. Практика передовых уездов и губерний подтвердила, что фельдшерское лечение обходится населению отнюдь не дешево, а главное дискредитирует рождающуюся земскую медицину: вполне логично было, что основной фигурой становился врач.

Этот же "метод проб и ошибок" позволил установить, что так называемый разъездной тип оказания врачебной помощи (осуществление в сельских условиях принятой тогда городской практики, где врач выезжал к больному по вызову) не так-то уж и хорош. Разъездная система действовала в земских губерниях первые 10—15 лет — до тех пор, пока для всех стало очевидным ее несовершенство, и на смену ей в 70—80-х годах пришла новая система: в Вятской и Самарской губерниях ее назвали стационарной. Суть ее состояла в том, что в центре каждого участка, которые создавались в уездах, открывалась больница с амбулаторией.

Именно так в земской медицине родился наиболее прогрессивный принцип участкового обслуживания сельского населения. Участковое обслуживание — одно из самых больших достижений земской медицины, реально обеспечившее населению общедоступную медицинскую помощь. Сельские участковые больницы, обслуживавшие определенное количество жителей на прилегающей ограниченной территории, стали центром лечебной, профилактической, а потом и санитарной помощи. Таким образом, были заложены основы врачебной службы на селе.

Важно подчеркнуть строго научный подход земских врачей к формированию такой службы: по их расчетам требовалась 1 больница на 10 тыс. человек, а радиус обслуживания не должен был превышать 10 верст. В состав сельского врачебного участка, который стал основным звеном земской медицины, кроме стационара и амбулатории, входили 1—2 фельдшерских пункта и аптека.

Кроме сельских участковых больниц, появились уездные и губернские земские больницы. Это были, как правило, крупные, неплохо оснащенные медицинские учреждения, либо созданные на базе прежде существовавших больниц приказной медицины, либо вновь построенные на средства земств и различных благотворителей. Уездные и главным образом губернские больницы становились центрами высококвалифицированной и специализированной медицинской помощи.

В общем, по данным статистики, в 1910 г. у земской медицины было более 2 тыс. больниц на 42,5 тыс. коек. В 34 земских губерниях действовали 1715 сельских (в среднем на 13 кроватей), 331 уездная (в среднем на 45 кроватей) и 32 губернских (в среднем на 190 кроватей) больниц, а также 45 психиатрических больниц на 23,5 тыс. кроватей³. Все это реально обеспечило население, в первую очередь сельскому, но и городскому тоже, общедоступную медицинскую помощь.

Не предугадывая структуру муниципального здравоохранения, формы и методы деятельности муниципальных лечебно-профилактических учреждений, объем оказываемой медицинской помощи — обо всем этом можно и, вероятно, нужно спорить, хочу подчеркнуть незыблемость принципа общедоступности, равной для всех возможности получить квалифицированную врачебную помощь как амбулаторно, так и в стационаре. Именно это сделает муниципальное здравоохранение подлинно народным.

Одним из основных в земской медицине был принцип бесплатности общедоступной медицинской помощи: его тоже взяли на вооружение и в советском здравоохранении, и в здравоохранении разных стран. Правда, первоначально земства брали плату за лечение в больницах и амбулаториях, так как это практиковалось в доставшихся им больницах приказов общественного призрения. Однако уездные земства постоянно понижали эту плату, отменяли ее то для одной, то для другой категории больных. В результате больничная плата к 1910 г. сохранилась главным образом в уездных городских больницах и притом только для пациентов из других уездов.

Принцип бесплатности врачебной помощи стал одним из основополагающих в земской медицине. Отвергая экономические и другие соображения в пользу взимания платы за лечение, Б. Б. Веселовский считал: «Все подобные доводы не являются, по существу, достаточно убедительными. Конечно, сбор за советы и лекарства даст возможность увеличить врачебную помощь и т. д., но такое "специальное обложение" падает всей тяжестью на самые малоимущие слои населения — на них пе-

³ Веселовский Б. Б. Земство и земская реформа. — М, 1918. — С. 20.

релагается налог, а состоятельные элементы земства уклоняются от несения налога на такую потребность»⁴. В общем, начиная с 80—90-х годов, земства отказываются от взимания какой бы то ни было платы и за больничное лечение, и с амбулаторных больных — сначала на фельдшерских пунктах, а потом и на врачебных приемах.

Таким образом, окончательно сформировался принцип бесплатности в земской медицине. Он означал бесплатную амбулаторную помощь с бесплатной выдачей лекарств и лечебных пособий; бесплатное лечение в больницах — участковых, уездных, губернских; бесплатную хирургическую и специальную помощь и родовспоможение; бесплатное проведение всех мероприятий против инфекционных болезней и проведение различных санитарных мер.

Следует отметить, что основанием для введения бесплатной медицинской помощи были не только общегуманные соображения, но и практические наблюдения врачей, согласно которым установление какой бы то ни было, даже минимальной, платы за врачебный совет, за лекарства, за лечение в больнице снижает обращаемость за медицинской помощью, а это лишает, в частности, земских врачей возможности своевременно выявлять инфекционных больных и эффективно бороться с эпидемиями, т. е. подрывает общественно-санитарное значение всей системы земской медицины. Поэтому-то бесплатность и стала общим правилом оказания всех видов медицинской помощи.

Кстати, немногим известно, что в начале XX века принцип бесплатности земской медицины был узаконен правительством России. Когда в 1903 г. земство было введено в 6 западных губерниях — Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилевской, Подольской, правительство В. К. Плеве утвердило специальное положение об управлении земским хозяйством, где в ст. 104 было сказано, что "во всех содержимых на земские средства сельских лечебных заведениях жители губернии пользуются бесплатно"⁵.

Важно подчеркнуть неизменность рожденного земской медициной принципа бесплатности общедоступной медицинской помощи. Как известно, именно этот принцип, который был основополагающим и для советского здравоохранения, и для государственного здравоохранения многих стран, подвергается сейчас наибольшей коррозии, прежде всего у нас в России.

Учитывая огромное социальное значение этого принципа, особенно в современных условиях экономической нестабильности, и сложившуюся демографическую ситуацию, целесообразно еще раз подтвердить незыблемость бесплатной общедоступной медицинской помощи в муниципальном здравоохранении. Напомню ст. 41 Конституции Российской Федерации, которая предусматривает, что "медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений".

Если говорить о финансировании земской медицины, то следует напомнить, что, будучи бесплатной для населения, она стоила огромных денег. Если в 1868 г. на медицину земства тратили 18% всех средств, то в 1890 г. — уже 21%, а в 1903 г. — 28%, т. е. значительно больше, чем на что-либо другое. Некоторые земства (Липецкое, Хвалынское, Ливенское и др.) тратили на медицину 45—47% своего бюджета⁶. А вот общие цифры. В 1910 г. только в 40 губерниях Европейской России расходы на земскую медицину составляли 53,5 млн руб. — более половины всех расходов на лечебно-санитарное дело во всей стране (следует напомнить, что на огромной территории — Сибирь, Дальний Восток, Кавказ, Средняя Азия — ни земств, ни земской медицины тогда не было). А в 1913 г. затраты на здравоохранение составляли 63,7 млн руб. — 25% всего земского бюджета.

В современной России, учитывая постоянный бюджетный дефицит на всех уровнях (в том числе, конечно, и на муниципальном уровне), следовало бы установить, какой процент средств муниципального бюджета будет расходоваться на нужды муниципального здравоохранения. Опыт земской медици-

⁴ Веселовский Б. Б. История земства за 40 лет. — СПб., 1909. — Т. 1. — С. 396.

⁵ Календарь для врачей всех ведомств. — СПб., 1912. — Ч. 2. — С. 164.

⁶ Веселовский Б. Б. История земства за 40 лет. — СПб., 1909. — Т. 1. — С. 252, 255, 257.

ны подсказывает, что он должен быть в пределах от 25 до 50% муниципального бюджета.

Муниципальному здравоохранению следовало бы перенять у земской медицины еще один приоритетный принцип — санитарно-профилактическое направление. Ведь именно в земской медицине впервые в мире появилось то санитарно-профилактическое направление, которое и сегодня остается наиболее прогрессивным в охране здоровья.

Сначала у врачей земских больниц — участковых, уездных, губернских — все большее признание стала получать мысль о необходимости заниматься наряду с лечебной и санитарно-профилактической или, как тогда говорили, гигиенической деятельностью. Поистине пророческими оказались слова И. И. Моллесона, сказанные еще в 1871 г.: "Самая идея — ожидание благоденствия не от лечения уже заболевших, а от предостережения здоровых от этих заболеваний, ставя их в известную обстановку, — не может считаться подлежащей сомнению или спору"⁷.

В последующем все больше приверженцев завоевывала идея создания службы санитарных врачей, санитарной организации, действующей в тесном контакте, в неразрывном единстве с лечебной медициной, опирающейся на самостоятельность населения. "В противоположность существующему, сложившемуся в доземский период взгляду на санитарно-эпидемиологического врача как на агента исключительно медико-полицейского надзора, — говорилось, например, на съезде врачей Вологодской губернии, — деятельность земского санитарного врача должна исходить всегда из основного стремления к пробуждению в области народного здравоохранения общественной самодеятельности во всех ее видах и формах, а также в непосредственной борьбе с эпидемиями"⁸.

Думается, что это весьма и весьма актуально для наших дней, когда большинство санитарных врачей превратились или превращаются в "агентов медико-полицейского надзора", а завет земских врачей о пробуждении общественной самодеятельности только декларируется. Только в последнее время ликвидирована противоречившая многолетней практике земской медицины организационная разобщенность лечебной и санитарной медицины, так называемые комитеты санэпиднадзора вновь включены в систему здравоохранения.

Как известно, в земской медицине существовала своя санитарная организация, включавшая губернские и уездные санитарные советы, участковые советы или санитарные попечительства, санитарные бюро и санитарных врачей: базисом этой организации были участковые земские врачи.

Нужна ли муниципальному здравоохранению какая-то санитарная служба — вопрос дискуссионный. Однако о чем следует подумать, так это о создании санитарных советов. В земской медицине в каждый такой совет входили земские деятели — вся губернская (или уездная) земская управа, 3—7 гласных губернского собрания, городской голова губернского города, председатели уездных земских управ, а также врачи. Санитарный совет не был медицинским органом, скорее, наоборот, это был орган и инструмент земства, который возглавлял обычно председатель губернской управы.

Думается, и в муниципальном здравоохранении такие санитарные советы (с таким же, примерно, представительством) были бы полезны для решения всех дел, связанных с охраной здоровья населения.

Как известно, Всемирная организация здравоохранения выдвинула широкомасштабную задачу достижения здоровья для всех жителей Земли к 2000 г. Для выполнения этой задачи, как показала конференция в Алма-Ате (1978 г.), исключительно важна первичная медико-санитарная помощь, в том числе деятельность больниц, особенно так называемых больниц первого уровня. На одной из конференций ВОЗ (Карачи, 1981 г.)

подчеркивалось, что система здравоохранения, основанная на первичной медико-санитарной помощи, не может быть реализована, не может развиваться и функционировать и просто не может существовать без сети больниц первого уровня. Об этом же в сущности идет речь в докладе исследовательской группы ВОЗ "Больница в сельских и городских районах" (1995 г.), где особо подчеркиваются "две основные обязанности больницы первого уровня", которые "закключаются в обеспечении здоровья людей (а не просто в лечении болезней) и ее интеграции в качестве функциональной части с районной системой здравоохранения"⁹. Если соотнести эти и другие документы ВОЗ о больницах первой помощи с анализом деятельности земских больниц, нетрудно заметить, что многое в выводах и рекомендациях этой авторитетной международной организации словно бы взято из практики российской земской медицины. Это, впрочем, и неудивительно.

Еще в 30-х годах организация гигиены Лиги наций (предшественница ВОЗ), а затем в 50-х годах и позднее уже сама Всемирная организация здравоохранения рекомендовали всем странам ввести системы сельского здравоохранения, идентичные или исключительно близкие к российской земской медицине: это касалось и участковой, и профилактической деятельности, и санитарного просвещения, и многогранных обязанностей земских врачей, их общей практики.

Врач земской больницы был образованным специалистом, осуществлявшим квалифицированную медицинскую помощь при широком круге заболеваний терапевтического и хирургического профиля, в том числе инфекционных, детских, неврологических, при акушерской и разнообразной хирургической патологии и пр. В каком-то смысле это был врач-универсал, эффективно использовавший диагностические и лечебные возможности медицины того времени.

Как известно, сейчас самая широкая общественность, в том числе научная и медицинская, активно обсуждает вопрос о необходимости новой специализации в нашей медицине, прежде всего, очевидно, в муниципальном здравоохранении: речь идет о врачах общей практики или семейном враче. При этом, казалось бы, самый большой интерес должна была вызывать хорошо знакомая всем (хотя бы по художественной литературе, по произведениям Чехова и Вересаева) фигура земского врача-универсала. Почему-то, однако, этого не происходит.

Не касаясь существа дискуссии и возможных выводов и предложений, хочу лишь отметить, что ее участники ориентируются, как правило, на практику Англии, Германии, Швеции и других зарубежных стран, игнорируя, к сожалению, отечественный опыт — прежде всего опыт земской медицины, а также опыт городской медицины России.

Не хочу быть понятым превратно. Использование богатейшего отечественного опыта, главным образом опыта земской медицины, вовсе не сводится к бездумному подражанию нашим предшественникам, к механическому копированию, к перенесению в современные условия всех ее достижений. Отнюдь. Мы живем в другое время, в иных социально-экономических условиях, да и самое, пожалуй, главное состоит в том, что медицина сейчас уже не та, что была в XIX — начале XX веков. Однако главные ценности земской медицины, такие как общедоступность и бесплатность медицинской помощи, профилактическое направление, участковый принцип, опора на самодеятельность населения — кстати, все это преемственно восприняло и развивало советское здравоохранение — эти ценности не должны быть утеряны. И это, на наш взгляд, одна из главных задач создаваемого муниципального здравоохранения.

Земская медицина — неистошимый клад идей для современности и прежде всего для муниципального здравоохранения.

Поступила 17.12.96

⁷ Моллесон И. И. Земская медицина. — Казань, 1871. — С. 55.

⁸ VII губернский съезд врачей. — Вологда, 1908. — Вып. 1. — С. 105—106.

⁹ Больница в сельских и городских районах. — Женева, 1995. — С. 86—87.