

© М. Б. МИРСКИЙ, И. В. ЕГОРЫШЕВА, 2002
УДК 614.2:93(470)

М. Б. Мирский, И. В. Егорышева

ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНА В РОССИИ (XVIII—XIX ВЕКОВ)

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

Процесс становления отечественной медицины на научных основах, начавшийся в XVI веке, и ее дальнейшего развития в XVII—XX веках происходил в недрах российской государственности.

В середине XVI века, в царствование Ивана Грозного, в России впервые была провозглашена необходимость государственной заботы о больных и немощных (Стоглавый собор, 1551 г.) и предпринята попытка возложить на государство заботу об общественном здоровье. Позднее (1581 г.) был организован Аптекарский приказ — первое государственное учреждение (министерство), занимавшееся медицинским делом. Созданный вначале как чисто дворцовое ведомство, Аптекарский приказ очень скоро расширил свою компетенцию и включил в сферу своей деятельности, помимо забот о здоровье царского семейства, еще и заботу о придворных царя, ближних бояр, военачальников, а затем и всего царского войска. Затем на Аптекарский приказ была возложена борьба с "морowymi поветриями", подготовка лекарей, врачебная экспертиза, контроль за деятельностью аптек и пр.

Аптекарский приказ, ведавший государственной медициной, просуществовал 140 лет. В XVIII веке его сменили другие государственные образования — Медицинская канцелярия (1721—1762 гг.) и Медицинская коллегия (1763—1803 гг.). К этому времени (1733 г.) относится образование физикатов — местных административных органов, управлявших медицинским делом, установление службы городских врачей (1737 г.), создание новых госпитальных школ (1733 г.) и др. В 1775 г. были созданы приказы общественного призрения, возникла приказная медицина, которая при всех ее недостатках была формой государственной медицины. Одновременно были учреждены должности уездных врачей, позже появились врачебные управы.

В начале XIX века, после "министерской" реформы Александра I, произошла децентрализация руководства медико-санитарным делом: государственной медициной стало ведавать Министерство внутренних дел, в котором действовали Экспедиция государственной медицинской управы, Медицинский департамент, Медицинский совет и др. Кроме того, органы управления медициной были организованы при Министерстве полиции, Министерстве государственных имуществ и пр.¹

В середине XIX века, в эпоху "великих реформ", в стране появилась земская медицина, а позднее — фабрично-заводская медицина. В 80-х годах XIX века возникла (по образу земской) городская медицина. Сформировались и другие ведомственные медицинские службы (путей сообщения, корпуса пограничной стражи и пр.). Следует отметить, что при всем разнообразии существовавших в стране форм организации медико-санитарного дела государственный характер медицины, особенно в неzemских губерниях и областях (Западные губернии, Сибирь, Средняя Азия, Дальний Восток, Европейский Север и др.), продолжал сохраняться.

Как орган государственного управления Медицинский департамент Министерства внутренних дел руководил сельским здравоохранением в неzemских губерниях, организацией борьбы

с эпидемиями, ведал медицинским законодательством, судебной-медицинской деятельностью, учитывал медицинские кадры и пр.²

Правда, оставаясь одним из подразделений Министерства внутренних дел, Медицинский департамент в начале XX века уже не мог координировать деятельность других ведомств, в достаточной мере руководить подготовкой и распределением медицинских кадров, осуществлять руководство санитарными мероприятиями. В результате в чрезвычайных ситуациях (эпидемии, неурожай и стихийные бедствия и пр.) правительство создавало междуведомственные комиссии, привлекая к решению врачебно-санитарных проблем представителей различных государственных и общественных организаций.

В земских губерниях, где дело охраны народного здоровья было передано местным самоуправлениям, правительственные органы осуществляли лишь общий надзор и приходили на помощь земским управам в случае значительных эпидемий или строительства больших лечебных учреждений.

Следует подчеркнуть, что, положительно оценивая достижения земской медицины, Медицинский департамент уже с конца 80-х годов XIX века последовательно проводил работу по внедрению в неzemских губерниях передовых форм и методов земской медицины. Так, в качестве образца была рекомендована организация земского врачебного участка с небольшим стационаром; проводилась линия на отмену платы за лечение больных; в сельской местности создавались аптеки с ограниченным каталогом медикаментов; по типу земских врачебных съездов начали организовываться в неzemских губерниях съезды врачей, и пр.

Организация борьбы с эпидемиями была одним из основных направлений деятельности Медицинского департамента. В ведении Министерства внутренних дел с 1890 г. находился Институт экспериментальной медицины, одним из главных направлений деятельности которого была борьба с инфекционными болезнями. В конце XIX века во многих губерниях были открыты государственные бактериологические институты, лаборатории и станции. В это же время активно разрабатывались карантинные правила, предусматривавшие меры по охране границ России от особо опасных инфекций.

Большое значение имела работа по систематизации и редактированию врачебно-санитарного законодательства, проведенная под руководством директора Медицинского департамента Л. Ф. Рагозина, результатом которой явилось первое издание свода врачебно-санитарного законодательства в 3 томах (1895—1897 гг.)³.

Медицинский совет был высшим государственным научным совещательным органом: принятое еще в XIX веке положение о Медицинском совете расширяло полномочия этого органа и предусматривало деление его членов на совещательных и непременных (представителей всех главных министерств и ведомств).

²Адрианов С. А. Министерство внутренних дел: Исторический очерк (1802—1902). — СПб., 1901.

³Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части Империи / Под ред. Л. Ф. Рагозина. — СПб., 1895—1896. — Вып. 1. — С. 341—368.

¹Варадинов Н. В. История министерства внутренних дел СПб., 1858—1863. — Ч. II. — Кн. 1—2.

С 1904 г. Медицинский совет получил право решающего совещательного голоса при обсуждении законопроектов, а в результате расширения числа непременных членов стал фактически межведомственной структурой. В начале XX столетия активизировалась законодательная деятельность Медицинского совета⁴.

Показатели развития здравоохранения России конца XIX — начала XX века свидетельствуют, что, несмотря на многочисленные трудности и недостатки, медицинская служба в стране все-таки неуклонно развивалась. За три десятилетия (с начала 80-х годов XIX века и до 1910 г.) численность медицинского персонала в гражданских учреждениях страны выросла в 4—5 раз, а количество медицинских учреждений и их мощность — более чем в 2,5 раза. В 1913 г. в России было 5,3 тыс. больничных учреждений различных ведомств с общим фондом свыше 207 тыс. коек⁵.

Оценивая вклад различных ведомств в медицинское обеспечение населения, следует отметить, что в начале XX века в государственных лечебных учреждениях, гражданских и военных, находилось около половины (46,5%) коечного фонда страны. Земские и городские самоуправления содержали 38,8% коек, частные и благотворительные учреждения — остальные⁶.

Правительственные расходы (1910 г.) составили 35,8% всех средств, потраченных на здравоохранение, в то время как ассигнования земских и городских самоуправлений достигли 46,8%. Наибольшие средства на медицинское обеспечение были потрачены (1912 г.) Военным министерством, Министерством путей сообщения, Главным управлением землеустройства и земледелия, Министерством торговли и промышленности, Министерством юстиции, Министерством внутренних дел⁷.

Однако состояние здоровья населения России, не внушавшее все-таки радужных надежд, несовершенство врачебно-санитарного законодательства, неравномерность обеспечения медицинской помощью населения, а также некомпетентность Министерства внутренних дел в вопросах медицины — все это указывало на целесообразность реорганизации врачебно-санитарного дела в России. С конца XIX века при Медицинском совете неоднократно создавались специальные комиссии, целью которых была реформа медицины в стране. Как правило, правительственные комиссии видели выход прежде всего в усилении централизации управления здравоохранением и создании для этого самостоятельного центрального органа здравоохранения на правах министерства.

Первой правительственной комиссией, поставившей вопрос о необходимости создания Главного управления государственного здравоохранения, явилась Комиссия по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России во главе с С. П. Боткиным (1886—1889 гг.). Она исходила из того, что для борьбы с преждевременной смертностью государству по силам ставить лишь задачу предупреждения эпидемий. Поскольку многоведомственность российского здравоохранения лишь дезорганизовывала борьбу с ними, комиссия С. П. Боткина предложила создать объединяющий компетентный руководящий орган во главе с врачом, обладающий юридическим статусом самостоятельного министерства⁸.

Этот центральный орган здравоохранения, которому по замыслу комиссии подчинялись бы все местные правительственные и общественные санитарные учреждения, должен был возглавить работу по оздоровлению страны: разработать систему профилактических санитарных мероприятий, вести в городах статистику причин смертности, организовать санитарный контроль на промышленных предприятиях, железных дорогах и тюрьмах, обеспечить проведение работ по очистке источников питьевой воды и удалению нечистот, установить санитарный надзор за продуктами питания, изучать причины "вымирания" населения.

⁴Историческая справка об учреждении и последовательных преобразованиях Медицинского совета. — СПб., 1915.

⁵Записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения врачебной помощью // Междоветовая комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. 2-я Подкомиссия "Врачебная помощь и призвание". — СПб., 1915. — С. 17—18.

⁶Там же. — С. 19—21.

⁷Цифровые сведения о расходах на врачебно-санитарную часть // Труды Высочайше учрежденной междоветовской комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — СПб., 1913. — Т. 2. — С. 1—16.

⁸Журналы № 1—2 Учрежденной при Медицинском совете комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России // Международная клиника. — 1886, № 5 / Приложение. — С. 1—32.

Противниками создания Министерства народного здоровья (или Главного управления государственного здравоохранения) были крупные ведомства, имевшие собственные медицинские службы и преследовавшие свои ведомственные интересы, а также представители медицины самоуправлений — земской и городской медицины, опасавшиеся бюрократизации общественной медицины. Так, в отличие от правительства земские врачи связывали оздоровление страны не с усилением централизации управления здравоохранением, а с просвещением и повышением экономического благосостояния населения, распространением земского самоуправления на всю Россию, повышением качества и доступности медицинской помощи за счет сокращения радиуса врачебных участков, с увеличением числа медицинских учреждений, повсеместным введением бесплатной медицинской помощи⁹.

В 1904 г. при очередной реорганизации государственного аппарата был упразднен Медицинский департамент и образованы Управление главного врачебного инспектора и Отдел народного здоровья и общественного призвания в составе Главного управления по делам местного хозяйства Министерства внутренних дел. Функциями Управления главного врачебного инспектора стали разработка и наблюдение за применением действующих законоположений и правил по санитарной части, наблюдение за деятельностью медицинских обществ и санитарных учреждений, за постановкой обучения в медицинских учебных заведениях, за деятельностью аптек и лабораторий. Задачами Отдела народного здоровья и общественного призвания были руководство деятельностью земских и городских учреждений по оказанию населению медицинской помощи, руководство деятельностью лечебных учреждений и заведений общественного призвания, устройство лечебниц и больниц.

Характерно, что в то время на Западе — в странах Европы и в Соединенных Штатах Америки — руководство медициной чаще всего было сосредоточено в министерствах внутренних дел, осуществлявших контроль за постановкой медицинского обеспечения на местах. Медицинская помощь и санитарные мероприятия были прерогативой местных самоуправлений. При этом аналогов земской медицины за рубежом не было¹⁰.

В начале XX века в России продолжалась работа по совершенствованию врачебно-санитарного законодательства и управлению здравоохранением. После комиссии С. П. Боткина этим занимались комиссии А. Д. Оболенского (1901 г.), В. К. Анрепа — Л. Н. Малиновского (1905—1908 гг.), С. Е. Крыжановского (1910—1911 гг.). Рассматривались в основном такие проблемы, как задачи и обязанности местных общественных и правительственных органов во врачебно-санитарном деле, организация центральных органов государственного управления врачебно-санитарной частью, создание санитарного законодательства. Однако деятельность всех этих комиссий была неэффективной вследствие внутренних разногласий, сопротивления крупных ведомств, имевших свои медицинские службы, а также отрицательного отношения основной массы врачей к предполагаемым реформам.

Случившиеся в России эпидемии холеры и чумы (1908—1911 гг.) в очередной раз остро поставили вопрос о реформе здравоохранения. Наконец, была образована (1912 г.) новая "Высочайше учрежденная междоветовская комиссия" во главе с председателем Медицинского совета академиком Г. Е. Рейном.

Комиссия, поставившая перед собой задачу создания сильного центрального правительственного органа, состояла из 5 подкомиссий: санитарной, по врачебной помощи и призванию, по образованию, правам и обязанностям медицинского персонала, судебно-медицинской и юридической, организационной

⁹Герценштейн Г. М. Нужно ли Министерство народного здоровья // Ежегодник практической медицины. — 1898. — № 17—18; Жбанков Д. Н. О главном управлении государственного здравоохранения и его значении для общественных самоуправлений // Практический врач. — 1916. — № 47—48; Труды Комиссии, учрежденной при Медицинском совете под председательством С. П. Боткина. — СПб., 1888—1889. — Т. 1—3; Шингарев А. И. Роль государства и органов самоуправления в здравоохранении // Труды XII Пироговского съезда. — СПб., 1913. — Вып. 1. — С. 390—392.

¹⁰Приложение к записке Министра внутренних дел по вопросу об учреждении Главного врачебно-санитарного управления // Труды Высочайше учрежденной междоветовской комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — СПб., 1913. — Т. 2. — С. 124—167; Сводка данных по управлению медицинской частью в Европейских государствах // Труды Высочайше утвержденной междоветовской комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — СПб., 1913. — Т. 2. — С. 124.

и финансовой (при пятой подкомиссии был создан отдел по борьбе с детской смертностью). За время работы комиссии (1912—1916 гг.) было проведено 6 сессий, разработан целый ряд важных законопроектов¹¹.

Интересно, что в качестве аргументов в пользу планируемой реформы комиссия Рейна предприняла попытку рассчитать экономический ущерб от заболеваемости и преждевременной смертности. По этим расчетам снижение смертности с 28,9 до 18 сохранило бы в России ежегодно около 1,4 млн жизней и свыше 651 млн руб. государству и населению. Ущерб от детской смертности комиссия определила в 89,6 млн руб. Это было едва ли не первой попыткой определить экономический ущерб от заболеваемости и непродолжительной смертности¹².

Центральным вопросом стало учреждение самостоятельного Главного управления государственного здравоохранения или министерства, обладавшего независимостью, правом самостоятельно представлять свои интересы в государственных учреждениях, иметь собственную смету расходов и право внесения законопроектов на законодательное рассмотрение. Функциями этого правительственного органа должны были стать:

— высшее руководство и управление делом здравоохранения и ветеринарии;

— наблюдение за деятельностью по здравоохранению общественных учреждений и содействие в проведении врачебно-санитарных мероприятий; участие в разработке вопросов местного врачебно-санитарного устройства (через местные государственные органы); контроль за исполнением законов; помощь местным учреждениям в борьбе с эпидемиями;

— объединение деятельности по здравоохранению отдельных ведомств (правда, в окончательном варианте реформы медицинские службы армии, флота, министерств императорского двора и путей сообщения остались самостоятельными);

— заведование отраслями здравоохранения, не находящаяся в ведении местных учреждений (врачебно-санитарная часть неземских губерний, судебно-медицинская служба, санитарная охрана границ, разработка положений по медицинскому образованию, наблюдение за средним персоналом, содействие развитию химико-фармацевтической промышленности, наблюдение за аптеками и торговлей лекарствами)¹³.

Всю Россию предлагалось разделить на 13 врачебно-санитарных округов с врачебными окружными управлениями, которым подчинялись бы губернские управления. В каждом округе предполагалось создать врачебно-санитарную лабораторию и судебно-медицинский институт. При окружных управлениях намечалось образовать коллегиальные совещательные органы — врачебно-санитарные советы, в которых была бы представлена администрация и врачи-чиновники, но фактически без представителей земств и городов. По своему статусу и правам эти врачебно-санитарные советы как бы становились над органами общественного самоуправления. Врачебные управления на местах подчинялись как губернаторам, так и Главному управлению. В уездах управление врачебно-санитарной частью возлагалось на инспекторов; уездные правительственные врачи должны были получить санитарную подготовку.

Таким образом, проект Рейна предлагал создание довольно сложной иерархической системы управления здравоохранением, в определенной степени подавлявшей местную инициативу. Именно эта часть законопроекта оттолкнула от него медицинскую общественность, в результате чего не были по заслугам оценены положительные стороны законопроекта. А их было немало.

Например, отдавалось должное земской медицине: управление здравоохранением в неземских губерниях предполагалось организовать по земскому типу. При разработке положения об обеспечении населения общедоступной врачебной помощью (а также уставов стационарных и амбулаторных учреждений, фармацевтического устава) за основу устройства медицинской помощи были взяты опять-таки организационные основы земской медицины, такие, например, как деление уездов на участки и устройство участковых лечебниц (правда, в отличие от земской медицины, считавшей основным звеном здравоохранения доступную населению участковую лечебницу, комиссия Рейна более значимыми считала губернские и уездные больницы), пред-

почтительность врачебной, а не фельдшерской помощи, бесплатное обслуживание населения, способы обеспечения лекарственной помощью.

Исходя из опыта земской медицины, комиссия установила нормы обеспечения медицинской помощью в городе и на селе (участок с радиусом 10 верст и площадью 314 кв. верст и т. д.). Один врач в среднем должен был обслуживать 11 тыс. человек. С учетом структуры заболеваемости были определены нормы обеспечения населения специальной помощью для города и села, число посещений больных на 1 врача. На основании этих норм впервые в истории российского здравоохранения были рассчитаны численность необходимого для страны персонала и медицинских учреждений по России в целом и по каждой губернии и области, а также ассигнования, требуемые для реализации проекта в течение 10 лет¹⁴.

Санитарная подкомиссия стремилась обеспечить согласованные действия всех ведомств для борьбы с эпидемиями. Был подготовлен ряд законопроектов о предупреждении заразных болезней и борьбе с ними, в которых рассматривались последовательность обязательных действий по профилактике, информированию властей о случаях заболеваний, изоляции больных, дезинфекции, захоронении умерших, степень ответственности различных ведомств, органов управления и учреждений в борьбе с эпидемиями, а также рассматривались специальные мероприятия для каждого из наиболее распространенных заболеваний.

Комиссия успела провести через Думу закон об обязательном оспопрививании (1914 г.), но положение о санитарной охране границ было отложено в связи с начавшейся первой мировой войной. Важным был разработанный санитарной подкомиссией законопроект об охране материнства и младенчества, а также ряд законопроектов по вопросам коммунальной гигиены и о санитарном контроле за обеспечением доброкачественности продуктов питания, безвредности для здоровья предметов домашнего обихода, производимых в России и ввозимых из-за рубежа. Государственная Дума приняла (1914 г.) закон о санитарной охране лечебных местностей.

Положение о врачебно-санитарной части на местах определяло численность санитарных врачей и вспомогательного персонала в губерниях и уездах. Предусматривалось создание самостоятельных уездных, а не губернских, как в земской медицине, санитарных организаций.

Комиссия, занимавшаяся вопросами медицинского образования, прав и обязанностей медицинского персонала, разработала положение о получении медицинскими учеными степеней, прав на врачебную практику, а также о "средних медицинских званиях и школах". В положение была включена глава о "низших медицинских званиях" — сельских повитухах, дезинфекторах, больничных служителях и сиделках. В положении рассматривались вопросы сохранения врачебной тайны, использования наркотика, согласия больных на хирургические операции и др. Специальный раздел был посвящен "недозволенному врачеванию".

Судебно-медицинская подкомиссия разработала проект "Устава судебной и административной медицины", который предусматривал организацию особого персонала судебных врачей с помощниками-фельдшерами. Характерно, что именно за это боролись земские и городские врачи, которых постоянно отвлекали от лечебной работы для проведения судебно-медицинских экспертиз и вскрытий. Предусматривалось также создание окружных судебно-медицинских лабораторий и санитарных институтов, которые наряду с проведением исследований должны были готовить специалистов.

Проблему борьбы с детской смертностью комиссия Рейна увязывала с состоянием здоровья матерей. В связи с этим в законопроекте намечалось запретить или регламентировать женский труд, а также труд детей и подростков на ряде вредных производств. На промышленных и торговых предприятиях беременным и родильницам запрещалось работать в течение 2 нед до родов и 4 нед после родов. Запрещались ночные работы для женщин и подростков. Кормящим матерям, работающим на производстве, предоставлялся часовой перерыв для кормления детей. Родовспомогательные учреждения, имевшие более 25 коек, обязаны были принимать рожениц без отказа, предоставлять им право оставаться здесь до 9 дней после родов, а в исключительных случаях — и более и т. д. В общем законопроект обещал стать крупным шагом вперед в охране материнства и детства в России¹⁵.

¹⁴Вторая записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России. К проекту положений по обеспечению населения врачебной помощью. Межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. 2-я подкомиссия. — СПб., 1915. — С. 1—17.

¹⁵Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом. Проект. — Пг., 1916. — 505 с.

¹¹Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства. — Пг., 1912—1916. — Т. 1—10.

¹²Опыт исчисления убытков от чрезвычайной смертности и заболеваемости в России // Труды Высочайше учрежденной междуведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства в России. — СПб., 1914. — Т. IV. — С. 387—391.

¹³Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом. Проект. — Пг., 1916. — 505 с.

Разработанное законодательство по сути было прогрессивным во многих специальных вопросах, хотя и предусматривало изменения в уже сложившейся и неплохо зарекомендовавшей себя системе управления здравоохранением на местах: портила впечатление лишь мелочная административная опека, а по отдельным вопросам — и недоверие к общественной медицине.

Фактически разработка реформы в основных ее чертах была завершена к началу первой мировой войны. Проект об учреждении Главного управления был рассмотрен Советом министров в августе 1914 г.: правительство было заинтересовано в создании центрального органа управления здравоохранением, который бы объединил все медицинское дело в стране.

В 1915 г. Г. Е. Рейн обратился к царю с предложением о создании Главного управления государственного здравоохранения, и в сентябре 1916 г. оно было создано; главноуправляющим был назначен Г. Е. Рейн.

В короткий период своего существования, с конца сентября 1916 г. по февраль 1917 г., Главное управление наряду с организационными проблемами было занято главным образом подготовкой к подаче в Государственную Думу пакета законодательных актов. Уделялось внимание и текущим вопросам, например, организации санатория в Крыму (Форос) для раненых, переговорами с киностудией о производстве фильмов для санитарной пропаганды, рассмотрению вопроса о вольной продаже сахара из-за недостатка сахара в стране, организации доставки молока из Финляндии в Петербург и пр. Однако главное внимание уделялось организационной работе¹⁶.

Уже в октябре и ноябре 1916 г. Главное управление здравоохранения направило в Совет Министров и Государственную Думу проект "Устава здравоохранения и учреждений, ведающих врачом-санитарным делом", а также пакет законопроектов: "О санитарных требованиях, коим должны удовлетворять помещения и места продажи и изготовления пищевых и вкусовых продуктов, напитков", "Об устройстве государственной статистики", "О мерах по предупреждению заразных болезней и борьбе с ними", "О допущении лиц женского пола к занятию низших должностей по ведомству Главного управления государственного здравоохранения." Однако все эти законопроекты, внесенные Главным управлением государственного здравоохранения в Государственную Думу, так и не были обсуждены¹⁷.

¹⁶Рейн Г. Е. Из пережитого. 1907—1918. — Берлин, 1935—1936. — Т. 1—2.

¹⁷ГАРФ, ф. 1467, оп. 1, д. 679, л. 57—62.

Февральская революция (1917 г.), свергнувшая самодержавие, положила конец и Главному управлению государственного здравоохранения.

Временное правительство отрицательно отнеслось к идее Министерства или Главного управления народного здоровья. Созданное в 1916 г. Главное управление опять было передано в Министерство внутренних дел. Руководство здравоохранением возглавил (июнь 1917 г.) Центральный врачебно-санитарный совет, созданный из представителей государственных и общественных учреждений и организаций. В его функции вошло общее руководство врачебно-санитарной деятельностью всех ведомств и распределение функций между ними, рассмотрение планов организации врачебно-санитарного дела в стране и противоэпидемических мероприятий, вопросы финансирования здравоохранения. Главное врачебно-санитарное управление Министерства внутренних дел рассматривалось как рабочий исполнительный орган Центрального врачебно-санитарного совета.

После октябрьской революции (1917 г.) начался новый этап развития государственной медицины. В 1918 г. было создано единое государственное здравоохранение, объединившее все ранее существовавшие системы и формы российской медицины. Руководить охраной здоровья населения страны начал Наркомздрав — первое в мире Министерство здравоохранения.

Государственная система здравоохранения, которая начала формироваться в стране в 1918 г., после создания Наркомздрава во главе с Н. А. Семашко во многом продолжала и развивала лучшие традиции существовавшей в России оригинальной и самобытной системы земской медицины, а также других систем — городской, фабрично-заводской, железнодорожной, военной, страховой и др. В частности, на вооружение были взяты такие основополагающие принципы, как бесплатность и общедоступность медицинской помощи, профилактическое направление, единство науки и практики, участие населения в мерах по охране здоровья — все это составило на новом этапе исторического развития сущность (основные принципы) государственной медицины России. Разумеется, был учтен и во многом использован опыт деятельности комиссии Г. Е. Рейна и возглавлявшегося им Главного управления государственного здравоохранения.

Анализ исторического опыта развития медико-санитарного дела в нашей стране в XVI—XX веках подтверждает целесообразность и благотворность деятельности государственной медицины.

Поступила 06.09.01