

С. Г. Гончарова

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО ДЕПАРТАМЕНТА МИНИСТЕРСТВА ВНУТРЕННИХ ДЕЛ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XIX ВЕКА

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

На протяжении XIX века как центральные, так и местные органы медицинского управления подвергались структурным и функциональным изменениям. Вплоть до земской реформы центральное управление врачебно-санитарным делом переходило из одного ведомства в другое. В 1803 г. Медицинская коллегия вошла в состав Министерства внутренних дел. С учреждением Министерства полиции в 1810 г. к нему отошла медицинская (санитарная) полиция, а научная часть и вопросы подготовки кадров были переданы в Министерство народного просвещения.

Министерство полиции было занято организацией органов полицейского сыска и ему было не до проблем здравоохранения. Впоследствии император Александр II именно об этом времени сказал, что тогда вовсе никто не думал "ни о школах, ни о лазаретах..."¹.

В 20-е годы после присоединения Министерства полиции к Министерству внутренних дел начали собирать медицинские части различных ведомств. Этот процесс продолжался вплоть до конца 70-х годов XIX века. Каждый новый министр внутренних дел производил структурные изменения центрального аппарата. Строительство аппарата управления здравоохранением ограничилось в основном созданием Медицинского департамента и Медицинского совета.

В ведении Медицинского департамента Министерства внутренних дел состояло управление гражданской медицинской частью, судебной медицины и медицинской полиции. В конце XIX века Медицинский департамент состоял из 3 отделений, 3 делопроизводства: эпидемиологического, судебно-медицинского и особого (занималось сельским здравоохранением неземских губерний в плане обеспечения сельских лечебниц инструментами и кадрами фельдшеров) и секретарского стола. При этом при составе департамента более чем из 70 лиц в нем было только 10 врачей². На должность директора Медицинского департамента лица, не имеющие медицинского образования, назначались до 1836 г., а на должность председателя Медицинского совета — до 1841 г.

В Медицинском департаменте скапливалась масса мелких дел от назначения на должность всех врачей и повивальных бабок до заведования хозяйством больниц включительно. В 60-е годы XIX века с введением земского управления в 34 губерниях России главное внимание Медицинского департамента было обращено на преобразование губернских врачебных учреждений и расширение прав местных органов в области управления врачебным делом. Министерство внутренних дел отказалось от хозяйственных функций, сохранив за собой надзор, установление норм медицинского обслуживания, а также содействие губернским врачебным учреждениям в случаях недостаточности местных средств. Земству же были переданы больницы Приказов общественного призрения и благотворительные учреждения. Земская медицина, успешно развиваясь, достигла значительных успехов, особенно во внедрении участковой системы обслуживания сельского населения, хотя число медицинских участков в уездах было очень разным и зависело от отношения земств к вопросам организации медицинской помощи населению и от ассигнуемых средств.

В неземских губерниях сохранилась приказная система организации медицинской помощи. Медицина Приказа общественного призрения имела как определенные достоинства, так и существенные недостатки. К первым прежде всего необходимо отнести организацию стационарной медицинской и психиатрической помощи населению в городах и обеспечение их фельдшерами, а ко вторым — неэффективность борьбы с эпидемиями, которая зачастую носила ведомственный характер и ложилась тяжелым бременем на практических врачей на местах.

К концу 80-х годов Приказы общественного призрения сохранились в 9 западных губерниях, Прибалтийском крае и в Архангельской, Астраханской и Ставропольской губерниях. Им были подведомственны 142 учреждения (в том числе 112 больниц); капиталы их превышали 7 млн руб. Пособие, производившиеся от казны, в 1887 г. прекращено и заменено отпуском сумм из местных земских сборов³.

С включением в 1868 г. в ведение Медицинского департамента сельской врачебной части неземских губерний главное внимание было обращено на преобразование врачебной части в селения неземских губерний. Еще при директоре Медицинского департамента Н. Е. Мамонове на основании Высочайше утвержденного мнения Государственного Совета от 24 апреля 1887 г. и 10 мая 1888 г. было начато реформирование сельской медицинской части западных губерний с целью приближения ее к устройству в земских губерниях. Реформа была проведена в несколько этапов. Увеличение численности медицинского персонала и врачебных пунктов в селениях началось с Западного края, затем коснулось Крайнего Севера России, распространилось на всю Сибирь и на юго-восточные губернии европейской части России⁴.

Фактически воплощение в жизнь нового устройства сельской медицинской части в неземских губерниях проходило в период с 1888 по 1895 г. при следующем директоре Медицинского департамента Л. Ф. Рагозине (1889—1901 гг.). В 1890 г. он выехал в Витебскую, Гродненскую, Киевскую и Подольскую губернии, где ознакомился с устройством сельских лечебниц. По итогам инспекции губернаторам было направлено циркулярное письмо, в котором были отмечены крупные недостатки в организации и санитарном содержании сельских лечебниц.

Однако, взяв за основу прогрессивный участковый принцип медицинского обслуживания сельского населения в земских губерниях, Медицинский департамент создал бюрократическую систему ее организации. Все губернии по устройству медицины были разделены на 3 разряда: в первом разряде на каждый уезд приходилось по 2 врачебных и по 3—11 фельдшерских участков (в 2 раза меньше, чем в среднем в земских губерниях); во втором разряде — по 1 сельскому врачу и по 0—11 фельдшерских участков на уезд; в третьем разряде специальных врачей для деревни не предусматривалось⁵.

Введение строго фиксированной системы обеспечивало сельскому населению минимум медицинской помощи, что имело положительное значение. В то же время медицинская помощь в неземских губерниях была менее доступной и в качественном отношении значительно ниже, чем в земских губерниях. Положительной особенностью этой структуры была организация лечебниц на каждом врачебном участке на 6—10 коек для приема и лечения больных с заразными формами и больных, которым требовалась экстренная хирургическая помощь, и приемного покоя при каждом фельдшерском пункте на 2 койки. В сельских больницах на содержание 1 больного в сутки в неземских губерниях в среднем приходилось от 20 до 24 коп. Как больничная, так и амбулаторная помощь была бесплатной. Плата взималась лишь за лекарства по стоимости лекарственного материала⁶.

Обеспеченность сельского населения неземских губерний в целом по России врачебными кадрами была ниже, чем в земских губерниях. Зачастую сельские местности были совершенно лишены квалифицированной, особенно специализированной, помощи, так как губернские и уездные больницы сельское население фактически не обслуживали из-за недостатка свободных коек, а наличие в городах большого количества вольнопрактикующих врачей не снимало проблемы из-за неплатежеспособности крестьян. Однако обеспечение сельского населения

¹Верекундов С. П. Министерство народного здравия. К истории вопроса // Врач. — 1899. — № 10. — С. 275.

²Журнал учрежденной при Медицинском совете Комиссии по вопросу об улучшении санитарных условий и уменьшении смертности в России. — 26 января 1886 г. — СПб., 1886. — № 2. — С. 4—7.

³Адрианов С. А. Министерство внутренних дел: Исторический очерк (1802—1902). — СПб., 1901. — С. 207.

⁴Там же. — С. 204.

⁵Врач. — 1896. — № 20. — С. 587.

⁶Свод узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части Империи / Под ред. Л. Ф. Рагозина. — СПб., 1895—1896. — Вып. 1. — С. 341—368.

ния гарантированной государством фельдшерской помощью в неземских губерниях было выше. Объем ее нередко увеличивался за счет средств, выделяемых сельскими обществами на допполнительный наем фельдшерского персонала и на лекарства. Количество самостоятельных фельдшерских пунктов было значительным, что при недостаточности врачебных кадров создавало условия для процветания "фельдшеризма".

Реформирование коснулось также вопроса организации лекарственной помощи сельскому населению неземских губерний. Наряду с волными аптеками, управляемыми провизорами, в них был введен институт сельских аптек с ограниченным каталогом медикаментов и управляемых аптекарскими помощниками, не имеющими достаточного фармацевтического образования⁷.

Преобразования 80—90-х годов XIX века не коснулись структуры управления врачебной частью на губернском и уездном уровнях. Врачебные отделения при врачебных управах, несмотря на расширение круга их обязанностей, по-прежнему состояли из врачебного инспектора и помощников, которые, помимо работы по сельской медицинской части в губернии, исполняли широкий круг других обязанностей и не могли осуществлять полноценный надзор и контроль. Хозяйственный механизм управления сельской медициной по-прежнему оставался в ведении губернского Распорядительного комитета. Суммы, отпускаемые на содержание лечебниц, были строго зафиксированы по отдельным статьям, и врачебные управления не могли тратить их по своему усмотрению и с учетом местных потребностей. На содержание сельских лечебниц отпускалось 900 руб. в год, а денег требовалось значительно больше, поэтому больницы постоянно испытывали затруднения в обеспечении мягким инвентарем, инструментами, лекарствами, средствами на текущий ремонт и т. п.⁸.

Однако несмотря на всю половинчатость реформирования сельской медицинской части неземских губерний, эти преобразования имели прогрессивное для того времени значение, так как не только сближали уровень медицинского обслуживания сельского населения неземских губерний с более передовыми земскими, но и являлись также первой попыткой использования достижений общественной медицины при реформировании государственного здравоохранения.

В 80-е годы со всей остротой встал вопрос о необходимости общей административной реформы местного управления. Целью преобразований было создание единой вертикали административного управления путем усиления влияния правительственной власти на ход местного управления и установление "живой" связи между административными и общественным управлениями. В конце 80-х— начале 90-х годов были закончены преобразования крестьянских и местных учреждений: 12 июня 1890 г. — новое Положение о губернских и земских учреждениях, а 11 июня 1892 г. — новое Городовое положение. Эти реформы местного управления усиливали контроль по линии земского и хозяйственного отделов Министерства внутренних дел за крестьянскими, земскими и городскими учреждениями.

Важным направлением деятельности Медицинского департамента было законодательное и организационное обеспечение борьбы с эпидемиями особо опасных инфекций (холеры, чумы), а также наиболее распространенных в России инфекционных заболеваний (сифилиса, оспы, дифтерии и др.). Во время эпидемии чумы в Астраханской губернии (станция Ветлянка Енотаевского уезда, 1878 г.) благодаря чрезвычайным мерам на правительственном уровне эпидемия была ликвидирована в течение 3 мес.

В связи с небывалой по масштабам эпидемии холеры, начавшейся в 1892 г. на фоне неурожая и голода, Медицинский департамент провел противохолерный съезд (1893 г.), на котором был дан анализ обстановки и мероприятий, принятых правительственными и общественными органами. Съезд наметил также ряд рациональных организационных мер по предупреждению и борьбе с холерой, а для всех желающих были организованы практические занятия по дезинфекции и бактериоскопии.

К концу XIX века в организации мер против заноса в империю особо опасных эпидемических болезней были достигнуты значительные успехи. Министерство внутренних дел уделило организации карантинной службы самое пристальное внимание. В 1885 г. были введены новые карантинные правила, направленные на усиление охраны границ России от вторжения холеры и чумы.

⁷Вестник судебной медицины и практической гигиены. — 1885. — № 2. — С. 51.

⁸Врач. — 1896. — № 20. — С. 587.

В 90-е годы Медицинский департамент активизировал работу по борьбе с эпидемиями и привлек к ней ученых. В 1890 г. в ведение Министерства внутренних дел был передан Институт экспериментальной медицины. Были открыты бактериологические институты, лаборатории и станции во многих губерниях России.

В январе 1897 г. была создана Высочайше учрежденная комиссия о мерах по предупреждению и борьбы с чумною заразою под председательством принца А. П. Ольденбургского. В 1897 г. эта комиссия командировала отряд во главе с контр-адмиралом Я. И. Шаховским для организации предупредительных мер в Херсонской губернии в связи с ожидаемой эпидемией чумы. В составе отряда видный гигиенист проф. М. Я. Капустин обследовал санитарное состояние городов побережья Черного и Азовского морей. В 1899—1900 гг. комиссия Министерства внутренних дел провела ряд противоэпидемических мероприятий и санитарные обследования на рыбных промыслах Астраханской губернии, где М. Я. Капустин установил многочисленные факты массового непроизводительного уничтожения рыбы и загрязнения речной воды⁹.

11 августа 1903 г. были утверждены "Правила о принятии мер к прекращению холеры и чумы при появлении их внутри Империи". На основании этих правил в каждой губернии были созданы губернские и городские санитарно-исполнительные комиссии.

Заслугой Медицинского департамента явилась организация съезда для обсуждения мер против сифилиса в России (1897 г.). Благодаря представительству на съезде ученых и практических врачей, в том числе земских и городских, была намечена широкая программа организационных мероприятий (в том числе введение карточной системы статистической регистрации больных, привлечение общественности к пропаганде гигиенических знаний через общества борьбы с заразными болезнями и участковые санитарные попечительства и др.)¹⁰.

Директор Медицинского департамента Л. Ф. Рагозин много сделал для развития сети государственных окружных психиатрических больниц. В 90-е годы было начато строительство крупных психиатрических комплексов в Виннице, Вильне, Москве и Томске. Одновременно Министерство внутренних дел оказывало финансовую помощь губернским земствам в строительстве земских психиатрических лечебниц.

При Л. Ф. Рагозине полной реорганизации подверглось управление казенными минеральными водами. С переходом Кавказских минеральных вод во временное заведование Министерства государственных имуществ (1898 г.) в ведение Министерства внутренних дел остались Старорусские, Липецкие и Кеммерские минеральные воды.

В 90-е годы Медицинский департамент продолжил работы по совершенствованию врачебно-санитарного законодательства, в частности проводилась работа по пересмотру Лечебного (1893 г.) и Аптекарского (1902 г.) Уставов. Под руководством Л. Ф. Рагозина Медицинский департамент провел работу по регистрации, редактированию и изданию трехтомного "Свода узаконений и распоряжений правительства по врачебной и санитарной части в Империи" (1901 г.).

В начале XX века Медицинский департамент снова вернулся к вопросу реформирования центрального управления гражданской медицинской части с целью введения более действенного правительственного контроля и надзора за деятельностью земских и городских учреждений. В 1904 г., уже при В. К. Анрепе, Медицинский департамент был разделен на 2 управления: Управление по делам местного хозяйства и Управление главного врачебного инспектора. Как показало время, эта реформа имела много недостатков, главным из которых было разделение управления материальной базой здравоохранения и лечебной работой.

Несмотря на недостатки в деятельности Медицинского департамента (излишний бюрократизм, оторванность от нужд местных учреждений здравоохранения, неудовлетворительный уровень официальной статистики и др.), изложенные факты свидетельствуют, что в конце XIX века шла достаточно активная работа в области организации борьбы с инфекционными болезнями, упорядочения медицинского законодательства, системы управления здравоохранением, развития специализированной медицинской помощи.

Поступила 26.05 00

⁹Егорышева И. В. Профессор М. Я. Капустин (1848—1920) // Пробл. соц. гиг. здравоохран. и истории медицины. — 1998. — № 4. — С. 53.

¹⁰Егорышева И. В., Гончарова С. Г. Проблемы организации борьбы с сифилисом в сельской России в конце XIX века // Вестн. дерматол. и венерол. — 1998. — № 1. — С. 63—65.