



УДК 61(571.53)(091)

<https://doi.org/10.26516/2222-9124.2021.38.52>

Система управления медицинскими учреждениями Российской империи конца XIX – начала XX в. (на примере Восточной Сибири)

В. А. Шаламов

Иркутский государственный университет, г. Иркутск, Россия

Аннотация. Изучается система медицинских учреждений Восточной Сибири, которая от общеимперской отличалась рядом особенностей. Отмечается такая характерная для Сибири черта, как отсутствие земства, что позволяло сохраниться архаичным медицинским учреждениям в виде приказов общественного призрения и сельско-врачебной части. Уделяется внимание самостоятельным медицинским учреждениям для работников железной дороги, водного транспорта, горного ведомства, кабинета Его Императорского Величества, армии и забайкальского казачества, а также медучреждениям в тюрьмах и на капторге. Исследуется система управления такой разрозненной и разросшейся конструкцией здравоохранения.

Ключевые слова: история здравоохранения, история медицины, система управления, Российская империя, медицинская администрация.

Для цитирования: Шаламов В. А. Система управления медицинскими учреждениями Российской империи конца XIX – начала XX в. (на примере Восточной Сибири) // Известия Иркутского государственного университета. Серия История. 2021. Т. 38. С. 52–64. <https://doi.org/10.26516/2222-9124.2021.38.52>

Особенностью медицинской сферы Российской империи было то, что она имела чрезвычайно дробный характер. Частная медицина соседствовала с общественной, а та в свою очередь с государственной. При этом государственная система здравоохранения была рассредоточена по множеству ведомств, начиная с военно-санитарного управления и заканчивая архаичным приказом общественного призрения. Соответственно, перед нами возникает неизбежная задача рассмотреть, как выглядела система управления всей этой разросшейся сферы, на примере Восточной Сибири.

Начнем с центральных органов управления. Как известно, в 1802 г. были учреждены министерства. В ходе нескольких преобразований в недрах Министерства внутренних дел в 1819 г. выделяется медицинский департамент, ведавший всеми вопросами врачебно-санитарной части по гражданскому сектору [7, с. 87–88]. Борьба с недостатками системы здравоохранения в течение XIX в. привела к чрезмерной опеке медицинским департаментом местных лечебных учреждений и медицинских работников. Система забюрократизировалась и мало отвечала своему назначению. В ходе земской реформы 1864 г. и городской реформы 1870 г. медицинское обеспечение было передано в руки местного самоуправления. Департамент лишь формально сохранил общий

контроль. Однако в Сибири земство создано не было, поэтому казенное здравоохранение со всеми его недостатками сохраняло свои позиции.

В 1886–1889 гг. работала комиссия во главе с С. П. Боткиным по вопросу улучшения санитарных условий и снижения смертности в России, где был сделан вывод о необходимости учреждения централизованного ведомства, которое сосредоточит в своих руках все дело оказания медицинской помощи в империи. Был предложен проект создания Министерства здравоохранения, поскольку медицинский департамент не имел ни достаточных средств, ни юридического статуса, ни кадрового потенциала. Однако из-за сопротивления ведомств, имеющих медицинские службы, проект не был воплощен в жизнь [6, с. 46]. С этого времени идея единства медицинских организаций овладела медицинской общественностью. До Первой мировой войны было образовано еще шесть комиссий и совещаний, которые разбирали вопрос, связанный с учреждением Министерства здравоохранения, но результат оставался тем же [4, с. 60–61].

Наибольшее значение имела комиссия под председательством Г. Е. Рейна, которому удалось в 1910 г. убедить Николая II в необходимости создания Министерства народного здравия¹. И хотя председатель правительства П. А. Столыпин не разделял эти идеи, он способствовал работе над проектом, а также над другими инициативами, которые могли улучшить санитарное состояние империи [2, с. 50–52]. К сожалению, убийство П. А. Столыпина прервало эти труды. Госдуме 3-го созыва удалось принять лишь корректирующие законодательные акты [5, с. 54–57]. Таким образом, из-за бюрократического сопротивления внутри государственного аппарата первое в мире Министерство здравоохранения так и не было учреждено.

Представим структуру управления здравоохранением на местах. Во 2-й половине XIX в. в сибирских губерниях все медицинское управление было сосредоточено у врачебных управ. Все важнейшие вопросы о перестановке сотрудников, введении санитарных норм, заключении договоров и т. п. решались коллегиально. Врачебный инспектор выступал как исполнитель решений врачебной управы². С преобразованием сибирских губернских учреждений по закону от 1 июня 1895 г. врачебные управы были расформированы³. На их месте были образованы врачебные отделения при губернских правлениях. Формально врачебное отделение превратилось в высшее санитарное учреждение в регионе. Однако напрямую инспекторам подчинялись лишь сельско-врачебная часть и учреждения приказа общественного призрения, а также частные и общественные учреждения. От других ведомств получить какие-либо сведения или добиться участия в общей работе было затруднительно.

Реформа сельско-врачебной части 1897 г. в Иркутской и Енисейской губерниях и Якутской области, а также 1901 г. в Забайкальской области утвердила штаты управлений. В губерниях по штату полагалось иметь двух по-

¹ Рейн Г. Е. Из пережитого. 1907–1918. Берлин : Парабола, 1935. С. 64–65.

² Государственный архив Иркутской области (ГАИО). Ф. 43. Оп. 1. Д. 4. Л. 28, 51, 78 и др.

³ ГАИО. Ф. 25. Оп. 18. Д. 201. Л. 1.

мощников врачебного инспектора, а в областях – только одного. Для управления фармацевтической сферой вводится должность фармацевта при всех врачебных отделениях, кроме отделений Якутской области, где число аптек было невелико. В качестве мобильного кадрового резерва была установлена должность врача для командировок: в губерниях – по два, а в областях – по одному. Кроме того, полагалось иметь вспомогательный персонал в лице делопроизводителей и их помощников, численность которых со временем увеличивалась⁴.

Как ни странно, но в Иркутском генерал-губернаторстве не предусматривалось соответствующей должности врачебного инспектора. В случаях, когда возникала необходимость, генерал-губернаторы пользовались услугами иркутского врачебного инспектора, хотя обслуживать генерал-губернатора не входило в его обязанности. Об этом, в частности, в своем всеподданнейшем докладе за 1910–1911 гг. сообщал генерал-губернатор Л. М. Князев. Предлагалось учредить должность районного или окружного врачебного инспектора, который действовал бы в пределах Иркутского генерал-губернаторства⁵. Однако в центре считали, что эта должность будет дублировать губернских и областных инспекторов, поэтому разрешения на ее учреждения так и не последовало.

Государственно-общественные институты по оказанию помощи нуждающимся включали в себя приказы общественного призрения, созданные по указу Сената 1775 г. [8, с. 97]. Иркутский приказ общественного призрения распространял свое действие на Забайкальскую и Якутскую области. С введением земских учреждений (1864 г.) и учреждений городского общественного управления (1870 г.) к ним перешли обязанности приказов общественного призрения. Ввиду отсутствия земств в Сибири приказы общественного призрения здесь были сохранены. Реформа 1870 г. предполагала передачу больниц в ведение городского самоуправления, но, как правило, город за недостатком средств отказывался от этого [15, с. 125]. В итоге горожане не имели полноценных стационаров. В ветшающих больницах приказа чаще всего лечились арестанты, солдаты и богадельщики. После проведения новой городской реформы 1892 г. вновь возник вопрос об учреждении приказа общественного призрения. В 1895 г. в связи с преобразованиями губернского управления приказы были включены в состав врачебных отделений [1, с. 253–256]. Однако учреждения оставались в плачевном состоянии.

В Енисейской губернии из пяти учреждений только Енисейск взял больницу на свой бюджет [15, с. 125]. Остальные существовали на проценты с капитала, оставшегося от приказной системы. В Иркутской губернии ситуация была сложнее. В подчинении местного приказа находилась Якутская гражданская больница и больница на Туркинских минеральных водах (ныне Горячинск), расположенная в Забайкальской области. Создалась парадоксальная ситуация, вызвавшая сложности в управлении. К примеру, больница на

⁴ Полное собрание законов Российской империи. Собр. 3 (ПСЗРИ-3). Т. XVII. Отд. 1. 1897. № 14188. С. 316–319; ПСЗРИ-3. Т. XXI. Отд. 1. 1901 г. № 20352. С. 632–633.

⁵ ГАИО. Ф. 25. Оп. 3. Д. 3296. Л. 14–15.

Туркинских водах располагалась в 400 верстах от Иркутска, где находилось управление, и в 170 верстах от Верхнеудинска. До 70 % пользующихся курортом были жителями Забайкальской области, а содержалось учреждение на средства Иркутской губернии⁶. Иркутское врачебное управление через посредничество губернатора пыталось передать больницы властям по принадлежности еще в 1889 г. Однако забайкальский военный губернатор отказался его принять, поскольку в бюджете не были предусмотрены средства на ее содержание. В 1896 г. были получены дополнительные средства из земской сметы Иркутской губернии, что позволило произвести необходимый ремонт⁷. В 1897 г. врачебный инспектор Н. Е. Маковецкий выезжал в Якутск по заданию губернатора для упорядочивания дел Якутской больницы⁸. Только после того, как объекты были приведены в надлежащее состояние, их в 1900 г. передали в ведение соответствующих областных правлений⁹. С этого времени приказная система сохраняла контроль только над учреждениями в Иркутске, Киренске и Нижнеудинске¹⁰.

Формально городские самоуправления не обязаны были содержать медицинские учреждения. В городах, где существовали приказные больницы, городские власти не стремились создавать собственные учреждения. Они предпочитали обходиться малой кровью, выдавая приказу общественного призрения небольшие суммы из городских бюджетов. Так, Иркутск платил Кузнецовской больнице 10 тыс. руб. на содержание сверхштатных коек и 1,5 тыс. руб. за дезинфекционную камеру. Общие же расходы этой приказной больницы составляли 88,5 тыс. руб., в силу чего город не решался взять ее на свой бюджет¹¹. Такая же ситуация наблюдалась в Красноярске, где городское управление выплачивало приказной больнице 7,5 тыс. руб. и 2 тыс. руб. хирургическому бараку общества врачей¹². В исключительных случаях город оказывался вынужденным брать на себя финансирование больницы. Как правило, речь шла о больницах, в нагрузку с которыми шел крупный капитал. Большой опыт в этом плане имел Иркутск – иркутские купцы неоднократно учреждали больницы (Медведниковская для хроников, Солдатовская мещанская и Ивано-Матренинская детская)¹³. Малые города, в которых располагались резиденции сельских врачей, пользовались услугами сельско-врачебной части, участвуя в земских сборах¹⁴.

В Забайкалье не было создано приказной системы, поэтому крупные города вынуждены были открывать собственные больницы. Они имелись в

⁶ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 741. Л. 10–13 с об.

⁷ ПСЗРИ-3. Т. XVIII. Отд. 1. 1898. № 15514. С. 420.

⁸ ГАИО. Ф. 25. Оп. 18. Д. 201. Л. 1 с об.

⁹ Там же. Ф. 32. Оп. 9. Д. 741. Л. 34, 36.

¹⁰ Там же. Ф. 33. Оп. 1. Д. 146. Л. 5.

¹¹ Там же. Л. 5 с об., 8 с об.

¹² Сибирская врачебная газета. 1910. № 36.

¹³ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 688. Л. 84 об.

¹⁴ Памятная книжка Иркутской губернии на 1912 год. Иркутск : Губ. тип., 1912. С. 232; Адрес-календарь Якутской области на 1905 год. Якутск : Тип. обл. упр., 1905. С. 25–30; Памятная книжка Забайкальской области на 1912 год. Чита : Электротипография Забайкальского обл. правления, 1912. С. 40, 45, 79.

Чите, Верхнеудинске, Троицкосавске и Нерчинске. Все они содержались на городские средства. Прием был платный, но оплата не покрывала расходы. В Чите в 1906 г. был введен больничный сбор с населения города¹⁵. Однако и такая система не позволяла свести концы с концами. На больницу тратили около 60 тыс. руб., больничный сбор давал 9 тыс., плата за лечение – 10 тыс. Но расход оставался высоким¹⁶.

При городских самоуправлениях существовали санитарные советы или комитеты, состоящие из медперсонала, находившегося на городской службе. Однако эти органы играли лишь консультативную роль. Практика показывала, что «отцы города» зачастую не считались с их мнением¹⁷. Стоит учитывать, что в управлении городов преобладали купцы-предприниматели, заведения которых периодически приходилось осматривать санитарным врачам. Наложение штрафов за неподобающее санитарное состояние приводило к излишним расходам.

В Сибири функции учреждений земской медицины выполняла сельско-врачебная часть губернских и областных управлений, которые были далеки от нужд населения. Практически при каждом генерал-губернаторе разрабатывались новые проекты введения земства в Восточной Сибири, но ни один так и не был реализован [14, с. 60–70]. Между тем в Сибирский край усиливается поток переселенцев, знакомых с налаженной деятельностью земской медицины. Перед властью встал вопрос о расширении сети существующих медицинских учреждений в сельской местности. Однако это потребовало бы в короткий срок значительно увеличить финансирование. Вместо этого имперская администрация избрала паллиативные меры – была создана специальная медицинская служба для переселенцев. Еще в 1893 г. в Томской губернии было заложено четыре первых переселенческих пункта, в том числе в Боготоле. В Центральном переселенческом управлении во главе медицинского дела находился обычный чиновник, не имеющий никакого отношения к медицине¹⁸. Первоначально медицинская помощь в пути переселенцам обеспечивалась железной дорогой. Однако в 1906 г. сложилось два района передвижения, границей между которыми был Иркутск. В 1910 г. границы были пересмотрены. Теперь вся Восточная Сибирь вошла в подчинение заведующему Восточным районом передвижения. Среди прочего он отвечал за организацию медицинской помощи, которая осуществлялась на переселенческих пунктах. Наиболее крупные из них – в Тулуне, Иркутске, Сретенске – возглавляли переселенческие чиновники, а мелкие – врачи или служащие по хозяйству. В каждой губернии был назначен заведующий переселенческим районом. На местах открывались врачебные и фельдшерские пункты [3, с. 41–44]. Врачи и фельдшеры оказывались под жестким контролем заведующих подрайонами, что создавало неудобства, когда регламентация доходила

¹⁵ Русский врач. 1906. № 29.

¹⁶ Сибирская врачебная газета. 1911. № 44.

¹⁷ Там же. 1910. № 36.

¹⁸ Труды первого съезда врачей Томской губернии (9–14 сент. 1917) / под ред. П. И. Чистякова. Томск : Печатня С. П. Яковлева, 1917. Вып. 1. С. 141–142.

до крайностей. Так, «Врачебная газета» в 1912 г. отметила выход в отставку сразу двух врачей в Забайкалье, отказавшихся подчиняться чиновникам, которые имели лишь домашнее образование, но контролировали медицинскую деятельность¹⁹. Часто противодействие чиновников вызывали факты оказания медпомощи старожильческому населению. Из морально-этических принципов медперсонал зачастую не мог отказать в просьбе. Лишь в 1910 г. было принято решение по возможности оказывать помощь и другим категориям населения²⁰. Такой дуализм, сложившийся в сельской местности, неизбежно вызывал нарекания. Стали чаще звучать призывы к объединению ведомств.

В 1851 г. в Забайкалье было сформировано Забайкальское казачье войско. В административном плане до 1898 г. имелось три отдела: 1-й (центр в Троицкосавске), 2-й (в Акше) и 3-й (в Сретенске). Позднее выделился 4-й отдел (в Нерчинске). Медицинская часть в Забайкальском казачьем войске была представлена врачебно-санитарным советом при хозяйственном правлении войска, который возглавлял старший войсковой врач. Первоначально им был А. Г. Цитович, одновременно являвшийся главой системы здравоохранения Забайкальской области. Позднее его сменил Н.-И. И. Араксимович. Финансирование осуществлялось Военным министерством. Старший войсковой врач подчинялся сначала окружному военно-санитарному инспектору Приморского, а с 1906 г. Иркутского военного округа [10, с. 17]. Управление медицинскими учреждениями было таким же, как и в армии. Главами больниц считались атаманы. Врачи и фельдшера отвечали только за лечебную часть. Разный объем финансирования создавал разные возможности, отсюда возникали противоречия между крестьянами, переселенцами и казаками. Иркутские и енисейские казаки не имели собственных медицинских служб, но достигли договоренности с ближайшими к их месту жительства медучреждениями²¹.

Одним из источников возникновения и распространения инфекционных заболеваний были места заключения, поэтому при тюрьмах действовали лечебные учреждения и работал персонал. В XIX в. управление ими осуществлялось посредством губернских и областных комитетов попечительных обществ о тюрьмах. В 1895 г. в связи с реформой губернского управления были образованы тюремные отделения во главе с тюремными инспекторами, руководившими администрациями тюрем [9, с. 257–260]. В Забайкалье при тюремной инспекции имелось управление Нерчинской каторги. Больницы с их персоналом подчинялись администрации тюрем. Оплата труда медперсонала была настолько низкой, что практически весь период кадры заполнялись за счет совместителей. Для ссыльных в 1889 г. было принято решение Государственного совета о выделении специальной суммы по тюремному ведомству. С этого времени ссыльный мог приниматься в лечебные сельские или городские лечебные заведения, а тюремное ведомство по требованию выплачивало необходимую сумму²².

¹⁹ Врачебная газета. 1912. № 28.

²⁰ Сибирские вопросы. 1910. № 44.

²¹ ГАИО. Ф. 25. Оп. 28. Д. 39. Л. 1–5.

²² ПСЗРИ-3. Т. IX. 1889 г. № 5733. С. 37.

Железная дорога во все времена была зоной повышенной опасности, поэтому имела в своем составе медицинскую службу. Ряд историков считают датой ее возникновения 1886 г., когда был организован съезд врачей и представителей железных дорог. Таким образом, к началу строительства Транссибирской магистрали в 1891 г. уже существовала юридическая основа для создания соответствующей структуры. В 1893 г. принимаются Правила врачебно-санитарной службы на железных дорогах, открытых для общественного пользования. Этот документ до 1914 г. дополнялся семь раз по мере возникновения потребности [16, с. 37–39].

В 1894–1899 гг. велось строительство Среднесибирской железной дороги в пределах Восточной Сибири. Кругобайкальская дорога возводилась в 1899–1904 гг., Забайкальская – в 1895–1900 гг., западный участок Амурской – в 1907–1913 гг. При управлениях строительством были выделены врачебные службы во главе со старшими врачами. По мере возведения объектов вблизи станций строились больницы и приемные покои. Старший врач отвечал за санитарное состояние дороги, лечение рабочих и порядок в подотчетных учреждениях. В своей работе он подчинялся начальнику строительства дороги²³.

После сдачи дороги в эксплуатацию образовывалось управление. Среднесибирская дорога была преобразована в Томскую с центром в Томске. Центром Забайкальской дороги был Иркутск. Во главе врачебного отдела Забайкальской дороги в рассматриваемый период стояли старшие врачи Н. В. Попов и П. Н. Кудрявцев. Подчинение оставалось тем же. Соответственно, границы железных дорог и губерний не совпадали. По мере развития каждая дорога обустроивалась, и старшим врачам приходилось работать с постоянно растущим хозяйством. Медперсонал железной дороги не обязан был принимать посторонних лиц, что изредка вызывало конфликты с сельскими врачами [16, с. 37–40].

Водные пути сообщения длительное время не были обеспечены медицинской помощью. В 1907 г. пароход из Енисейска занес эпидемию оспы в Туруханский край. Этот случай получил огласку и политическое звучание в среде депутатов Государственной думы. Местные власти вынуждены были отправить в низовья Енисея отряды Красного Креста²⁴. По всей видимости, эти факты подвигли власть на организацию в 1913 г. санитарного надзора на водных путях Сибири, в частности в Томском округе путей сообщения. Структура управления была такой же, как на железной дороге. Было выделено четыре санитарных участка, в их числе Обь-Енисейский с центром в Красноярске²⁵. Возглавила участок О. Ф. Попова, по мужу Крачковская²⁶. Прочие территории Восточной Сибири не имели и этого.

²³ Положение о врачебной службе на строящейся Забайкальской железной дороге. Иркутск : Типо-лит. П. И. Макушина, 1896. С. 1–3.

²⁴ Сибирские вопросы. 1908. № 19–20.

²⁵ Труды первого съезда врачей Томской губернии (9–14 сент. 1917) / под ред. П. И. Чистякова. Томск : Печатня С. П. Яковлева, 1917. Вып. 1. С. 15.

²⁶ Государственный архив Красноярского края (ГАКК). Ф. 643. Оп. 1. Д. 7. Л. 1.

Промышленные предприятия также являются зоной повышенной опасности. И в первую очередь это касается горных разработок. Важнейшим промышленным центром в Забайкалье был Нерчинский округ кабинетного ведомства. По примеру частных предприятий в нем имелись больницы и соответствующий персонал. В 1902 г. была проведена реформа, в результате которой в Главном управлении округа появляются медицинский инспектор и фельдшер. Собственного управления выделено не было. Инспектор пользовался общей канцелярией управления. Инспекторами служили А. С. Подтягин, Е. В. Бек. В хозяйственном плане инспектор подчинялся управляющему округом²⁷. Нужно сказать, что медицинская работа была поставлена достаточно хорошо.

Промышленность Сибири была представлена преимущественно частными предприятиями или компаниями. Губернские и областные горные присутствия не имели медицинского надзора на приисках, однако они пытались регулировать медицинское дело своими постановлениями, составляемыми на основе Горного устава. Как правило, из этого мало что выходило. К примеру, по постановлению 1898 г. предписывалось иметь на приисках на каждые 1500 рабочих одного врача и на 300 человек одного фельдшера, на 100 человек – кровать в больнице или приемном покое [11, с. 30]. Однако мелкие подрядчики лишь формально заключали договор с крупной компанией об обслуживании своих заболевших рабочих, на практике этот договор не исполнялся²⁸. Медперсонал на прииски нанимался самими компаниями. Золотопромышленники подбирали себе «удобных врачей» и никогда не интересовались деловыми и нравственными качествами последних [15, с. 165]. Попытки государства создать казенную медицинскую организацию в приисковых районах в 1904 и 1909 гг. вызывало бурную реакцию промышленников, которые понимали, что это приведет к последующему ужесточению мер. Они стремились не допустить власть до подконтрольных территорий²⁹. На похожих условиях работали медицинские учреждения прочих промышленных предприятиях Восточной Сибири.

Часто промышленники стремились переложить траты на медпомощь на самих рабочих. Для этого с 1880-х гг. с рабочих стали взysкивать больничный сбор (2,5 руб. в год с мужчин и 1,5 руб. с женщин). Как правило, эти деньги попадали в руки управляющих, которые не всегда использовали их по назначению. Изредка создавались различного рода фонды с участием рабочих и предприятий. Например, в Бодайбо Иркутской губернии был образован фонд помощи с участием золотопромышленников разных компаний и рабочих (взималось по 10 коп. в год с человека). Там же был организован фонд приюта для больных и бездомных рабочих на похожих условиях [11, с. 35]. Исходя из вышесказанного, стоит отметить крайне запущенное состояние дел по оказанию медпомощи на промышленных предприятиях. Главным образом причина состояла в нежелании государства вмешиваться в дела частного

²⁷ ПСЗРИ-3. Т. XXII. Отд. 2. 1902 г. № 21740. С. 247–249.

²⁸ Сибирские вопросы. 1912. № 16.

²⁹ Врачебная газета. 1909. № 45.

предпринимателя. Государство соблюдало тем самым неприкосновенность собственника, одновременно попирая право на здоровье тысяч людей.

Когда государственная система здравоохранения оказывалась неэффективной, в дело вступали общественные организации. В Восточной Сибири они играли важную роль, ведя ту или иную деятельность в области здравоохранения (Российское общество Красного Креста, Всероссийская лига борьбы с туберкулезом, Общество борьбы с заразными болезнями и некоторые другие). Большинство из них представляли местные отделения общероссийских организаций. Они имели сходную организацию управления: члены общества формировали правление, избирались председатель, его товарищ, казначей и ревизионная комиссия, собрания обычно созывались раз в месяц, составлялись протоколы, которые иногда публиковались. Общества существовали на членские взносы и добровольные пожертвования. Казначей едва сводили концы с концами. Российскому обществу Красного Креста подчинялись общины сестер милосердия, лечебные заведения и местные отделения Красного Креста. Местные отделения существовали в Красноярске, Верхнеудинске, Якутске. Общества врачей имели разнообразные учреждения, например: Общество врачей Восточной Сибири взяло на себя организацию Михеевской лечебницы, а также бактериологическую лабораторию [12, с. 51–56]; Общество врачей Енисейской губернии открыло Александровский хирургический барак, а в 1896 г. – аптеку. Доходы с аптеки позволяли Обществу безбедно существовать и содержать за свой счет лечебницу, хирургический барак и открытую в 1889 г. фельдшерскую школу [13, с. 15–20]. Это единственный пример, когда общественная медицинская организация хорошо наладила деятельность подведомственных учреждений с экономической точки зрения. В Якутске Общество врачей приобрело единственную в городе аптеку за крупную сумму, которую получило в кредит³⁰.

Еще одной стороной работы обществ врачей стали ночные дежурства, своеобразные пункты скорой помощи, но действовали они на добровольных началах и, как правило, больше двух-трех лет не функционировали, пока вновь не подбирался деятельный состав³¹. Всероссийская лига борьбы с туберкулезом с 1911 г. стала проводить в Сибири «дни белой ромашки». Деньги, собранные за продажу ромашек, шли на борьбу с туберкулезом. В 1912 г. в Красноярске, Иркутске и Чите появляются местные отделения Лиги, которые организовали бесплатные амбулатории, убежища, проводили мероприятия для больных этим недугом³². К сожалению, деятельность этого полезного общества была недолгой, поэтому о результативности судить не приходится. Иркутское отделение Общества борьбы с заразными болезнями сохранило в Усть-Орде фельдшерский пункт³³. Попечительство императрицы Марии Александровны о слепых с начала XX в. обратило внимание на Сибирь, где фиксировалось большое количество случаев глазных заболеваний.

³⁰ Сибирская врачебная газета. 1908. № 22.

³¹ Там же. № 37.

³² Там же. 1914. № 8; Там же. № 11.

³³ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 738. Л. 3-70; Там же. Д. 739. Л. 5-31.

Ответом стало снаряжение в край небольших отрядов со специалистом во главе. Так, в 1900 г. отряд женщины-врача Путяты-Кершбаумер работал вдоль Транссиба и добрался до Минусинска. В 1901 г. З. Г. Франк-Каменецкий с глазным отрядом помогал слепым в Тулуне, Черемхово, Манзурке, Оеке³⁴. В 1908 г. такой отряд в составе врачей О. И. Левитской и Н. В. Гриневой был направлен в Якутскую область³⁵. Прочие общественные организации собственные медицинские учреждения не имели.

В Российской империи была разрешена частная практика. Для ее осуществления требовалось предоставить во врачебное отделение заявление, паспорт и свидетельство о наличии медицинского образования. Обычно врач принимал на дому, выделяя одну комнату для амбулаторного приема. То же самое касалось зубо врачебного кабинета. Изредка открывались специальные частные лечебные заведения. Наибольшее количество частных лечебниц приходилось на Иркутск и Читу. По отчету за 1906 г., в Иркутске числилось четыре таких заведения: Глазная лечебница доктора З. Г. Франк-Каменецкого, Хирургическая лечебница доктора Г. А. фон-Бергмана, Родильный приют доктора Н. А. Штейнгауза и Родильный приют докторов М.-В. З. Левенсона и Л. С. Зисмана³⁶. В 1910 г. открылась физиотерапевтическая лечебница доктора И. П. Михайловского³⁷. В Чите в 1909 г. открылась частная повивальная школа с родильным отделением доктора медицины А. Д. Давыдова и врача А. Л. Цейглина. В 1911 г. заведение было закрыто. В 1911–1914 гг. работала акушерско-гинекологическая лечебница доктора Я. М. Шольца с родильным приютом, а в 1912–1920 гг. – урологический кабинет, затем лечебница доктора медицины В. А. Бурмакина [10, с. 17]. Как видно из приведенного списка, частные лечебницы восполняли пробелы, оставленные казенной медициной. В плане управления они зависели от врачебных отделений, но внутреннюю жизнь организовывали самостоятельно. Врачебное отделение требовало соблюдения санитарных норм и ведения делопроизводства на общих основаниях.

В заключение отметим, что система управления медицинской сферой в Восточной Сибири конца XIX – начала XX в. была крайне запутанна. Едва ли не каждое ведомство имело собственные медицинские учреждения, на которые тратились казенные средства. В итоге эти средства сильно распылялись. Многоведомственность с неясной системой соподчиненности приводила к несогласованности действий, особенно во время сильных эпидемий. Наибольшая нагрузка падала на приказ общественного призрения, городские самоуправления и сельско-врачебную часть. Вместе с тем стоит подчеркнуть положительную роль общественной и частной инициативы, позволявшей закрывать пробелы системы управления казенными учреждениями. Чрезмерная централизация и оглядки на центральную власть по каждому незначительному вопросу сильно сдерживали модернизацию системы здравоохранения в изучаемом регионе.

³⁴ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 738. Л. 20–201 с об.

³⁵ Сибирская врачебная газета. 1908. № 30.

³⁶ ГАИО. Ф. 32. Оп. 9. Д. 688. Л. 84 об.

³⁷ Восточно-Сибирская правда. 1968. 24 марта.

Список литературы

1. *Асочаков А. С., Катцина Т. А.* Управление и финансовые основы деятельности приказов общественного призрения Восточной Сибири (конец XVIII – начало XIX в.) // Вестник КрасГАУ. 2004. № 6. С. 252–257.
2. *Блохина Н. Н.* Роль П. А. Столыпина в развитии здравоохранения в начале XX столетия // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2001. № 2. С. 50–54.
3. *Бобылева О. М.* Деятельность переселенческих организаций Восточной Сибири в 1906–1916 гг. : дис. ... канд. ист. наук. Иркутск, 2000. 232 с.
4. *Егорышева И. В., Данилишина Е. И.* Деятельность правительственных комиссий по реорганизации управления врачебно-санитарным делом в России (конец XIX – начало XX века) // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 1999. № 5. С. 60–64.
5. *Егорышева И. В.* Значение трудов комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 54–57.
6. *Егорышева И. В., Морозов А. В.* Эволюция центральных органов государственного управления здравоохранением в дореволюционной России // Вестник современной клинической медицины. 2016. Т. 9, вып. 3. С. 43–48.
7. *Ерофеев Я. А.* Центральные и губернские органы «охранения народного здоровья» в XVIII – начале XX в. // Актуальные проблемы исторических исследований: взгляд молодых ученых. 2012. С. 86–92.
8. *Катцина Т. А.* Государственно-общественные институты социального попечения в Восточной Сибири (XIX – начало XX вв.) // Ученые записки Российского государственного социального университета. 2009. № 3 (66). С. 96–104.
9. *Колосок С. В.* Иркутская губернская тюремная инспекция // Сибирская ссылка : сборник научных статей. Иркутск : Отгиск, 2003. Вып. 2 (14). С. 257–261.
10. *Малая энциклопедия Забайкалья. Здравоохранение и медицина* / гл. ред. Р. Ф. Гениагулин. Новосибирск : Наука, 2011. 628 с.
11. *Овсянникова Н. Д.* Заболеваемость, производственный травматизм рабочих и медицинское обслуживание на золотых приисках Урала и Сибири в конце XIX – начале XX века // Сибирский исторический сборник (Социально-экономическое и политическое развитие Сибири). Вып. 2. Иркутск : Иркутская обл. тип. № 1, 1974. С. 15–38.
12. *Петряев Е. Д.* Из истории врачебных обществ Восточной Сибири // Советское здравоохранение. 1960. № 3. С. 51–56.
13. *Терапия Енисейской губернии и Красноярского края: Исторические очерки и воспоминания* / Н. А. Борисенко [и др.]. Красноярск : КрасГМУ, 2012. 205 с.
14. *Угрюмова М. В.* Думские и правительственные проекты 1907–1917 гг. – источники по изучению истории реформы земского самоуправления в Сибири // Вестник Нижневартовского гос. гуманитарного ун-та. 2011. № 1. С. 60–70.
15. *Федотов Н. П., Мендрин Г. И.* Очерки по истории медицины и здравоохранения Сибири. Томск : Изд-во ТГУ, 1975. 255 с.
16. *Щупикова А. О.* Организация и функционирование системы медицинского обслуживания железнодорожников Сибири (конец XIX в. – 1917 г.) : дис. ... канд. ист. наук. Омск, 2015. 220 с.

The Management System of Medical Institutions of the Russian Empire of the Late 19th – Early 20th Century (on the Example of Eastern Siberia)

V. A. Shalamov

Irkutsk State University, Irkutsk, Russian Federation

Abstract. The medical sphere of Eastern Siberia was distinguished by a number of features. As for the entire Russian Empire, it was characterized by an extremely large number of departments and organizations that had their own medical organization. In Siberia, there was no zemstvo, which allowed archaic institutions to survive in the form of public charity decree and rural medical units, which were criticized for their inefficiency. City governments were reluctant to develop medical facilities, which encouraged private initiative. There were independent medical institutions for employees of the railway, water transport, mining departments, the cabinet of his Imperial Majesty, the army and the Trans-Baikal Cossacks. Siberia was the land of hard labor and exile, which provoked the emergence of medical institutions in prisons and in hard labor. The agrarian reform of P. A. Stolypin contributed to the resettlement of peasants to the east, including to Eastern Siberia. Medical services were created especially for them both on the way to Siberia and at the places of their new residence. In the cities, a number of public organizations (the Russian Red Cross Society, the Society of Doctors, the All-Russian League against Tuberculosis) created their own medical institutions.

Keyword. History of healthcare, history of medicine, management system, Russian Empire, medical administration.

For citation: Shalamov V. A. The Management System of Medical Institutions of the Russian Empire of the Late 19th – Early 20th Century (on the Example of Eastern Siberia). *The Bulletin of Irkutsk State University. Series History*, 2021, vol. 38, pp. 52-64. <https://doi.org/10.26516/2222-9124.2021.38.52> (in Russian)

References

1. Asochakov A.S., Kattsina T.A. Upravleniye i finansovyye osnovy deyatelnosti prikazov obshchestvennogo prizreniya Vostochnoy Sibiri (konets 18 – nachalo 19 vv.) [Management and financial bases of the activities of public charity orders in Eastern Siberia (late 18th – early 19th centuries)]. *Vestnik Krasnoyarskogo gosudarstvennogo agrarnogo universiteta* [Bulletin of Krasnoyarsk State Agrarian University], 2004, no. 6, pp. 252-257. (in Russian)
2. Blokhin N.N. Rol P. A. Stolypina v razvitiy zdravookhraneniya v nachale XX stoletiya [The role of P.A. Stolypin in the development of health care at the beginning of the twentieth century]. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health care and history of medicine], 2001, no. 2, pp. 50-54. (in Russian)
3. Bobyleva O.M. *Deyatel'nost' pereselencheskikh organizatsiy Vostochnoy Sibiri v 1906-1916 gg.* [Activity of resettlement organizations in Eastern Siberia in 1906-1916. Cand. sci. diss.]. Irkutsk, 2000, 232 p. (in Russian)
4. Egorysheva I.V., Danilishina E.I. Deyatel'nost' pravitel'stvennykh komissiy po reorganizatsii upravleniya vrachebno-sanitarnym delom v Rossii (konets 19 – nachalo 20 veka) [Activity of government commissions on the reorganization of the management of medical and sanitary affairs in Russia (late 19th – early 20th century)]. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health care and history of medicine], 1999, no. 5, pp. 60-64. (in Russian)
5. Egorysheva I.V. Znachenkiye trudov komissii G.Ye. Reyna dlya zdravookhraneniya Rossii [Significance of the works of the G.Ye. Rein commission for the health care of Russia]. *Problemy sotsialnoy gigiyeny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny* [Problems of social hygiene, health care and history of medicine], 2013, no. 2, pp. 54-57. (in Russian)
6. Egorysheva I.V., Morozov A.V. Evolyutsiya tsentralnykh organov gosudarstvennogo upravleniya zdravookhraneniem v dorevol'yutsionnoy Rossii [Evolution of central government

health authorities in pre-revolutionary Russia]. *Vestnik sovremennoy klinicheskoy meditsiny* [Bulletin of modern clinical medicine], 2016, vol. 9, iss. 3, pp. 43-48. (in Russian)

7. Erofeev Ya.A. Tsentralnyye i gubernskiyeh organy "okhraneniya narodnogo zdoraviya" v 18 – nachale 20 v. [Central and provincial bodies of "protection of public health" in the XVIII – early XX century]. *Aktualnyye problemy istoricheskikh issledovaniy: vzglyad molodykh uchenykh* [Actual problems of historical research: the view of young scientists], 2012, pp. 86-92. (in Russian)

8. Kattsina T.A. Gosudarstvenno-obshchestvennyye instituty sotsialnogo popecheniya v Vostochnoy Sibiri (19 – nachalo 20 vv.) [State-public institutions of social care in Eastern Siberia (19 – early 20 centuries)]. *Uchenyye zapiski Rossiyskogo gosudarstvennogo sotsialnogo universiteta* [Scientific notes of the Russian State Social University], 2009, no. 3 (66), pp. 96-104. (in Russian)

9. Kolosok S.V. Irkutskaya gubernskaya tyuremnaya inspeksiya [Irkutsk provincial prison inspection]. *Sibirskaya ssylka: Sbornik nauchnykh statey* [Siberian link: Collection of scientific articles]. Irkutsk, Ottisk Publ., 2003, iss. 2 (14), pp. 257-261. (in Russian)

10. Geniatulin R.F. *Malaya entsiklopediya Zabaykalya. Zdravookhraneniye i meditsina* [Small encyclopedia of Transbaikalia. Health care and medicine]. Novosibirsk, Nauka Publ., 2011, 628 p. (in Russian)

11. Ovsyannikova N.D. Zabolevayemost, proizvodstvennyy travmatizm rabochikh i meditsinskoye obsluzhivaniye na zolotykh priiskakh Urala i Sibiri v kontse XIX – nachale XX veka [Morbidity, industrial injuries of workers and medical care in the gold mines of the Urals and Siberia in the late 19 – early 20 century]. *Sibirskiy istoricheskiy sbornik (Sotsialno-ekonomicheskoye i politicheskoye razvitiye Sibiri)* [Siberian historical collection (Socio-economic and political development of Siberia)]. Irkutsk, Irkutsk regional printing house Publ., 1974, iss. 2, no. 1, pp. 15-38. (in Russian)

12. Petryaev E.D. Iz istorii vrachebnykh obshchestv Vostochnoy Sibiri [From the history of medical societies in Eastern Siberia]. *Sovetskoye zdravookhraneniye* [Soviet health care], 1960, no. 3, pp. 51-56. (in Russian)

13. Borisenko N.A. *Terapiya Yeniseyskoy gubernii i Krasnoyarskogo kraya: Istoricheskiye ocherki i vospominaniya* [Therapy of the Yenisei province and the Krasnoyarsk Territory: Historical essays and memoirs]. Krasnoyarsk, Krasnoyarsk State Medical University Publ., 2012, 205 p. (in Russian)

14. Ugryumova M.V. Dumskiyeh i pravitelstvennyeh proyektuyeh 1907-1917 gg. – istochniki po izucheniyu istorii reformy zemskogo samoupravleniya v Sibiri [Duma and government projects of 1907-1917 – sources for the study of the history of the reform of zemstvo self-government in Siberia]. *Vestnik Nizhnevartovskogo gos. gumanitarnogo un-ta* [Bulletin of the Nizhnevartovsk state humanitarian university], 2011, no. 1, pp. 60-70. (in Russian)

15. Fedotov N.P., Mendrina G.I. *Ocherki po istorii meditsiny i zdravookhraneniya Sibiri* [Essays on the history of medicine and healthcare in Siberia]. Tomsk, Tomsk State University Publ., 1975, 255 p. (in Russian)

16. Shchupikova A.O. *Organizatsiya i funktsionirovaniye sistemy meditsinskogo obsluzhivaniya zheleznodorozhnikov Sibiri (konets 19 v. – 1917 g.)* [Organization and functioning of the system of medical services for railway workers in Siberia (late 19th century – 1917) Cand. sci. diss.]. Omsk, 2015, 220 p. (in Russian)

Шаламов Владимир Александрович
кандидат исторических наук, доцент,
кафедра истории России
Иркутский государственный
университет, Россия, 664003, Иркутск,
ул. К. Маркса, 1
e-mail: Wladimir13x@ya.ru

Shalamov Vladimir Alexandrovich
Candidate of Sciences (History), Associate
Professor Department of history of Russia
Irkutsk State University
1, K. Marx st., Irkutsk, 664003, Russian
Federation
e-mail: Wladimir13x@ya.ru