

УДК 94:614.2(470.312)

**«НА ТОЩЕЙ ЛОШАДЕНКЕ В СКВЕРНУЮ ПОГОДУ...»:  
ПРОБЛЕМА ДОСТУПНОСТИ ЗЕМСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ В РОССИИ НА РУБЕЖЕ XIX-XX ВВ.  
(ПО ДАННЫМ ТУЛЬСКОЙ ГУБЕРНИИ)**

**Любушкин А.Д.**

В статье рассматривается эволюция понятия «доступность» в земской медицине на рубеже XIX-XX вв. Анализируются основные теоретические подходы к определению данного понятия на разных стадиях развития медицинской мысли. В ходе исследования выделены этапы проработки данного вопроса медицинской интеллигенцией на рубеже веков. На примере земской медицины Тульской губернии (типичной губернии центральной России) показано насколько неоднозначно теоретические положения реализовывались в земской практике.

**Ключевые слова:** земская медицина, медицинский участок, радиус, площадь, населенность, стационарность, бесплатность.

**“ON A SKINNY HORSE IN BAD WEATHER...”:  
THE PROBLEM OF AVAILABILITY OF LAND MEDICAL CARE  
IN RUSSIA AT THE TURN OF THE 19TH AND 20TH CENTURIES  
(ACCORDING TO THE DATA OF THE TULA PROVINCE)**

**Lyubushkin A.D.**

The article discusses the evolution of “accessibility” concept in zemstvo medicine at the turn of the 19th and 20th centuries. The main theoretical approaches to the definition of this concept at different stages of the development of medical thought are analysed. In the course of the study, the stages of this issue elaboration by the medical intelligentsia at the turn of the centuries were identified. On the example of zemstvo medicine in the Tula province (a typical province of central Russia), it is shown how ambiguously theoretical provisions were implemented in zemstvo practice.

**Keywords:** zemstvo medicine, medical area, radius, area, population, stationarity, free of charge.

Ключевым элементом системы здравоохранения является категория доступности медицинской помощи. На современном этапе развития клинической медицины понятие «доступность» трактуется как «...свободный доступ к службам здравоохранения вне зависимости от географических, экономических, социальных, культурных, организационных или языковых барьеров...» [15, с. 5]. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяет основные гарантии доступности медицинской помощи для граждан России. В соответствии со статьей 10 данного закона, доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются: организацией оказания медицинской помощи по принципу приближенности к месту жительства, месту работы или обучения; наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации; транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе инвалидов и других групп населения с ограниченными возможностями передвижения и т.п. [11].

«Доступность» как показатель эффективности и качества медицинской системы формировалась в рамках создания и последующего развития земского медицинского обслуживания во второй половине XIX – начале XX вв. Земская медицина сыграла ключевую роль в становлении и дальнейшем развитии отечественной системы здравоохранения, поскольку явилась первым опытом организации общественной медицины для городского и, в первую очередь, сельского населения. Базовые принципы земской медицины, такие как участковость, бесплатность, этапность и стационарность помощи, а также доступность и по сей день лежат в основе организации медицинской помощи.

В этой связи ретроспективное рассмотрение базового принципа доступности земской медицинской помощи на примере Тульской губернии представляет большой интерес, поскольку позволяет проследить эволюцию

данного понятия в теоретическом и практическом аспекте. На примере типичной для центральной России Тульской губернии отражаются основные процессы организации медицинской помощи сельскому населению, во многом схожие для всех земских губерний Российской империи.

С момента реализации земской реформы в России в 1864 г. возникла медицина местных самоуправлений-земств. Деятельность земств в области охраны здоровья началась с создания сети уездных медицинских учреждений в губерниях, поскольку до этого медицинской помощи сельскому населению практически не оказывалось. Как и во всей стране, в Тульской губернии не существовало организованной медицинской помощи в деревне и поэтому потребовалось выстроить систему здравоохранения непосредственно с уездов.

В земских губерниях в 1870-1900-х гг. сложилось три разновидности систем организации медицинского обслуживания населения: разъездная, стационарная и смешанная.

Разъездная система как самая первая и во многом примитивная сохраняла в себе пережитки приказной медицины. Суть ее была в том, что врач значительную часть своего рабочего времени проводил в движении по губернии, посещая по возможности и необходимости отдельные районы, где находились, как правило, фельдшерские пункты, на базе которых и оказывалась помощь. Разъездной тип, преобладавший в большинстве губерний вплоть до конца 1880-х гг. имел множество изъянов. Среди них – проблема передвижения между отдельными уездами и селами по плохим дорогам, значительная трата времени врача на путь, что в общем снижало и без того невысокий уровень медицинского обслуживания населения: «...лечение больных на лету не может быть результативным... врач лишен возможности их вылечивать...» [10, с. 26].

Стационарная система представляла собой такой тип, при котором врач являлся заведующим и работал на приеме в отдельной участковой больнице.

Последний вариант, смешанный, предполагал, что в обязанности врача входило как оказание помощи в больнице, так и выезд для приема в фельдшерские пункты в определенные дни.

В начале 1880-х гг. медицинские сообщества большинства земств, осознав несостоятельность разъездного типа оказания медпомощи, стали постепенно переходить к стационарной системе, которая включала как амбулаторное, так и больничное лечение. В основе данного подхода к организации медицинской помощи лежал участковый принцип – деление уездов на врачебные участки с больницей или амбулаторией в центре и прикреплением к ним врачебного персонала. Таким образом, врачебный участок можно определить как часть территории уезда с фиксированным числом жителей и площадью, закрепленная за отелым земским врачом.

Проблемы нормирования уездов участками, а также определения их приемлемой площади, размеров и населенности стали ключевыми для всей дальнейшей истории организации земской медицинской помощи на селе и повышения ее доступности в Российской империи.

Условно можно выделить несколько периодов в подходах к решению и непосредственных мероприятий земств в рамках указанных аспектов развития системы оказания медицинской помощи.

Первый период (с 1864 по конец 1870-х гг.) характеризуется отстраненностью земских организаций от решения проблемы доступности медпомощи в силу начального этапа становления общественной медицины в целом, трудностями в организационной и финансовой сфере. Земства в большинстве своем не имели четко сформулированной и выработанной системы работы в области создания медицинских участков и открытия новых медучреждений: «... врачебные пункты устанавливались от случая к случаю, где придется... на глаз...» [3, с. 373-374]. Наем одного врача и его разъезд по губернии на первых порах казался более эффективным с экономической точки зрения, чем расширение сети участков. Наследие приказной медицины и реалии, сохранявшейся в первые годы земств разъездной системы, как правило, расширяли рамки врачебных участков вплоть до непосредственных границ уездов. В таких условиях не могло быть и речи о доступности медпомощи, поскольку врач зачастую даже не успевал доехать до больного. Однако, со

временем разъездной подход стал заметно уступать стационарному как по затратам, так и по доступности медицинской помощи и постепенно упразднялся.

В 1880-х-1890-х гг. осуществлялась разработка земским медицинским сообществом основ организации стационарного медицинского обслуживания населения. Данная система позволяла оказывать всестороннюю медицинскую помощь. Центром такой системы становился медицинский участок как с больничным, так и с амбулаторным лечением. Врачи могли оказывать помощь большому числу пациентов, не тратя время на постоянное «мотание» по уезду.

Краеугольным камнем становится проблема определения «нормальности» основных количественных характеристик врачебного участка, таких как радиус, площадь и населенность. На первых порах пространственный аспект, а именно расстояние до больницы или амбулатории, имело преобладающее значение. Крупный теоретик земской медицины М.Я. Капустин в труде «Основные вопросы земской медицины» отмечал, что «... участок врача, в центре которого он живет, должен простираться в каждую сторону не далее 15-20 верст...» [8, с. 25].

Лидирующие позиции в вопросах дальнейшей разработки и внедрения в жизнь стационарного подхода в организации медицины имело Московское земство. Московская губерния была единственной, которая шла в авангарде качественного совершенствования земской медицины не только в Центрально-европейском районе, но и во всей стране. Обеспечивалось это за счет высокого уровня экономического развития губернии, а также мощной профессиональной основы медицинского направления деятельности земств.

Московские съезды земских врачей и Пироговского общества в 1890-х гг. на основе проведенных исследований установили нормы радиусов медицинских участков для полного и относительного обеспечения населения медицинской помощью в 8 и 12 верст соответственно [2, с. 181]. Плотность и населенность участка в этот период рассматривалась как второстепенный

фактор. Так население участков в идеале должно было быть в пределах от 15 до 20 тысяч жителей [2, с. 181].

В Тульской губернии I Съезд земских врачей и представителей земств, прошедший в 1880 г., рассмотрел и утвердил переход губернии к участковой системе оказания медицинской помощи. Это в свою очередь потребовало деления уездов губернии на отдельные участки с населением от 20-25 тысяч человек и последующим устройством в них больниц на 10-15 мест. Однако II и особенно III Съезды с сожалением констатировали, что практически ни одно решение съездов не выполнялись управами в должном объеме: «... ни один врач не перестал скакать по пунктам... где та стационарная система, которую выработал съезд?...» [12, с. 62-63]. Связано это было с непониманием гласными вопросов развития медицинской помощи, повышения ее доступности, а также финансовыми соображениями экономии земских бюджетов. На V Съезде земских врачей Тульской губернии в 1894 г. говорилось о том, что в регионе нет ни одного уезда, где бы окончательно сформировалась организация медицинского обслуживания. Каждый в отдельности уезд представлял собой синтез разъездной и стационарной системы с явным перевесом в пользу первой.

VI Съезд в 1897 г. решительно осудил сохранявшиеся пережитки разъездной системы, признав их крайне неэффективными в плане доступности и качества оказания медицинской помощи. В наибольшей степени обделенными медпомощью были жители окраин уездов в силу удаленности, а также финансовой незаинтересованности земств устраивать участки, услугами которых пользовались бы жители сразу нескольких «стыковых» уездов. Территориальное разнообразие уездов в различных губерниях страны приводило к тому, что вне пределов медицинских участков зачастую оставалось значительное число сельских жителей. Крупный отечественный публицист Я.В. Абрамов в 1889 г. справедливо отмечал: «...уезды наши имеют крайне неправильные фигуры... медицинская помощь, действительно, оказывается неравномерно... остаются углы, удаленные от врачебных пунктов

на огромное расстояние... фактически лишённые возможности пользоваться земско-врачебной помощью...» [1, с. 39-45].

Отчасти решение данной проблемы возлагалось на организацию межуездных медицинских пунктов, которые должны были компенсировать недоступность медицинской помощи для ряда селений, не попадавших в радиус врачебных участков. Опыт многих соседних губерний, в первую очередь Московской и Воронежской, на практике доказывал положительный эффект от устройства подобных учреждений в пределах губернии. К 1910 году функционировало 4 межуездных участка [18, с. 176], для Веневского и Каширского, Новосильского и Чернского, Богородицкого и Ефремовского, Чернского, Белевского, Одоевского и Крапивинского уездов. Безусловно, данные учреждения не могли полностью решить проблему доступности медицинской помощи для жителей отдалённых селений уездов, однако нивелировали некоторые трудности, с которыми сталкивалась медицинская система губернии.

Средний тип участка, сформировавшийся в Тульской губернии к началу XX в. составлял 500 квадратных верст, протяжённостью и числом жителей около 25-30 тысяч человек, при норме по центральной России в 450 квадратных верст, при радиусе в 12 верст [7, с. 160]. Неудачное деление уездов на врачебные участки определялось несколькими аспектами, которые были во многом типичными для земских губерний Центральной России: неправильные формы уездов, нецентральное расположение городов, отсутствие подходящих помещений для открытия медицинских учреждений, финансовые затруднения отдельных земских организаций и др.

Средний радиус врачебного участка в Тульской губернии согласно «Отчёту о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1903 год», составлял 13 верст [см.: 13], однако, в реальности положение дел было далеко не так благополучно. Практически все уезды губернии имели волости и селения, отдалённые от больниц и медпунктов не только более 15, но часто далее 20 и 30 верст. Люди зачастую переносили

болезни «на ногах», не говоря уже о тяжелых больных, для которых преодолеть расстояние даже в 10-15 верст на «...тощей лошаденке... в скверную погоду...» [16, с. 344] по весенней распутице представлялось практически невозможным. Жители селений, выходящих за радиус 14-15 верст участка в Тульской губернии, обращались за медицинской помощью в 4-10 раз реже, чем в среднем по участку [16, с. 159]. Минимальное число уездов губернии имело участки наиболее близкие к указанной норме площади в 450 квадратных верст (Алексинский, Богородицкий, Каширский, Епифанский) [7, с. 160]. Большинство же участков в уездах превосходили этот показатель: в 1,5 раза в Крапивенском, Новосильском и Ефремовском, в 2 раза в Чернском, в 2,5 раза в Веневском.

Проблема доступности помощи в пространственном аспекте была типичной для земских губерний страны в начале XX в., поскольку средний тип участка для центральной России в 16-17 верст [16, с. 159] не только создавал препятствия «транспортной доступности», но и в большинстве губерний оставлял вне своих пределов значительное число сельских жителей. По мере удаления селений от участков падала обращаемость пациентов, достигая минимальных значений в радиусе более 30-40 верст.

Третий период (начало XX в.) стал решающим в вопросе разработки теоретических положений доступности медицинской помощи и их внедрения в земскую практику. Крупный земский деятель В.С. Лебедев в начале XX в. провел статистическое исследование доступности медицинской помощи в Московской губернии. Он сделал вывод о том, что пространственный аспект является частью обобщенного понятия доступности и не может в полной мере говорить об обеспеченности населения медицинской помощью. В.С. Лебедев рассматривает доступность медицинской помощи как синтез таких категорий, как «... расстояние селения от лечебницы, плотность населения и лошадности...» [9, с. 1-2]. Как только пространственный аспект становился ближе или равен норме, на первый план выходила плотность и количество населения конкретного медицинского участка. Лошадность и качество

подъездных путей к медпункту в отдельности, по мнению В.С. Лебедева, решающего влияния на доступность помощи не оказывали, хотя и играли некоторую роль.

Фактор населенности участка оказывал решающее влияние на доступность медицинской помощи, поскольку это обеспечивало нормальный доступ к врачу для большинства жителей участка. Амбулатории и больницы были как правило чрезвычайно перегружены пациентами, ожидающими лечения, что, в свою очередь, усложняло и без того непростой труд земских врачей. Население нормального врачебного участка для центральной России должно было быть около 10-12 тыс. человек [см.: 4]. Соответственно, среднее количество посещаемости в расчете на одного врача не должно было превышать 12 000 потенциальных больных в год. Эта цифра, по мнению врачебных сообществ, в полной мере соответствовала удовлетворительным условиям труда медицинских работников и доступности помощи для жителей конкретного участка.

Тульская губерния в начале XX в. в среднем имела участок с населением 30-39 тысяч человек [14, с. 59]. На практике в отдельных уездах некоторые участки составляли по населенности более 40-60 тысяч человек (Веневский, Новосильский и Чернские уезды) [17, с. 180-181]. О чем говорят эти цифры применительно к врачебной практике? Согласно материалам X Съезда земских врачей Тульской губернии, в 1912 г. на одного врача участка в среднем приходилось 25 569 человек [15, с. 208-209]. Однако в отдельных уездах эта цифра была более 30 тысяч человек (Веневский и Новосильский уезды).

Количественные показатели развития медицинской сети в Тульской губернии в начале XX в. представлены в таблице:

Год	Число врачебных участков	Площадь участков (кв. верст)	Радиус участков (в верстах)	Число сельских жителей на один врачебный участок
<b>1903</b>	45	600	13	33 670
<b>1908</b>	50	570	14	34 320
<b>1913</b>	57	477	12,3	31 200

Судя по данным таблицы, в Тульской губернии, безусловно, в начале XX столетия отмечался рост врачебных участков, что является неоспоримым положительным сдвигом в плане повышения доступности медпомощи. Однако площадь этих участков, а также их населенность во многом нивелировали достигнутые успехи, поскольку по-прежнему сохранялась проблема перегрузки врачей, а пространственный фактор в отдельных случаях становился главной преградой между пациентами и больницами. Во многих земских губерниях ситуация была схожей: увеличение числа участков совместно со снижением их радиуса, при том, что площадь и населенность этих участков снижались медленно, это не приводило к повышению доступности медицинской помощи.

В 1914 г. в юбилейном земском сборнике, посвященном 50-летию земской реформы, врач и общественный деятель З.Г. Френкель справедливо отмечал, что «...необходимо, и это неотложно должно быть достигнуто в ближайший период развития земства, организовать сверх существующих 3,5 тысяч врачебных участков еще, по крайней мере, 4-5 тысяч таковых...» [18, с. 480].

Еще одним немаловажным фактором в повышении доступности медицинской помощи являлся процесс отхода от платного лечения. Представители земского медицинского сообщества на рубеже XIX-XX вв. постоянно поднимали этот вопрос и настаивали на том факте, что доступная медицинская помощь не может быть платной. В Тульской губернии изначально во многих уездах (Белевском, Богородицком, Епифанском и др.) плата взималась как за амбулаторное, так и за стационарное лечение от 5 до 15 копеек. К 1900 году «как ненормальное явление» существовала плата за

амбулаторный прием в Епифанском и Крапивненском уездах и за коечное лечение в Белевском уезде [5, с. 35]. К 1910 г. в большинстве уездных лечебных учреждениях любая форма медицинской помощи стала бесплатной. В целом по стране «...в начале 1890-х годов из 368 земских уездов в 224 уже существовало бесплатное стационарное лечение, а в 269 уездах практиковалась бесплатная амбулаторная помощь. К началу XX века платное лечение в уездах сохранялось еще в 69 земствах, не превышая 5-10 коп. ...» [6, с. 57].

Таким образом, категория доступности в теоретическом и практическом аспекте развития прошла длительный путь эволюции. Основные ее принципы, заложенные в период становления земской медицины, были унаследованы советской и современной системой здравоохранения. В итоге, базовыми элементами доступности земской медицинской помощи стали: радиус медицинских участков (пространственный аспект); площадь участка и их населенность (степень доступности с точки зрения качества оказываемой помощи и нагрузки на медицинский персонал); бесплатность медицинской помощи, а также стационарный принцип организации медицинского обслуживания. Многочисленные исследования земских деятелей доказали, что отсутствие любого из указанных пунктов, снижало или вовсе снимало вопрос о степени доступности медицинской помощи в уездах.

Несмотря на очевидные достижения, в начале XX в. степень доступности медпомощи для преимущественно сельского населения оставалась довольно низкой. Пример Тульской губернии как типичной среди земских губерний России дает представление о противоречивых явлениях в плане повышения доступности медицинской помощи. При внешних положительных изменениях в плане увеличения числа участков и снижения их радиусов, проблемы с оказанием медпомощи сохранялись. В первую очередь это было связано с комплексом факторов, что в целом оказывало негативное влияние на доступность медицинской помощи для жителей уездов. В отдельных местностях радиус участков был намного больше среднего по губернии, что оставляло вне его пределов значительную долю потенциальных пациентов.

Помимо пространственного аспекта, площадь и населенность участков также негативно сказывались на факторе доступности.

Земские губернии, безусловно, проделали большую работу в повышении доступности медпомощи, однако в начале XX в. в медицинской системе земского обслуживания сохранялось множество проблем в вопросе организации и функционирования медицинской системы.

### **Список литературы:**

1. Абрамов В.Я. Что сделало земство и что оно делает: Обзор деятельности русского земства. СПб.: Типография газеты «Новости», 1889. 288 с.

2. Аболенский Н.А. Обзор земской медицины в Тульской губернии по делегатским сообщениям X съезду земских врачей и представителей земств Тульской губернии // Труды X Съезда врачей и представителей земств Тульской губернии с 6 по 15 августа 1912 года. Вып. 1. Тула: Тип. Е.И. Дружининой, 1912. С. 173-205.

3. Веселовский Б.Б. История земств за сорок лет. Т. 1: Бюджет. Медицина. Общественное призрение. Народное образование. Систематический указатель литературы по земским вопросам. СПб.: Изд. О.Н. Поповой. 1909. XVI, 724, [2] с.

4. Доклады Московской губернской земской управы по врачебно-санитарной организации, декабрь 1900 г. / Московское губернское земское Собрание. Очередная сессия 1900 г. М.: Товарищество «Печатня С.П. Яковлева», 1901. 208 с.

5. Доклад редакционной комиссии по делегатским сообщениям // Труды VII Съезда земских врачей Тульской губернии. Тула: [б.и.], 1900. С. 32-38.

6. Егорышева И.В. Проблема доступной медицинской помощи в дореволюционной России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012. № 1. С. 55-58.

7. Кац Я.Ю. Обзор земской медицины в Тульской губернии, составленный по делегатским сообщениям IX съезда земских врачей Тульской губернии // Труды IX съезда земских врачей Тульской губернии. Тула: [б.и.], 1908. С. 158-162.

8. Капустин М.Я. Основные вопросы земской медицины. СПб.: К.Л. Риккер. 1889. VI, [2], 134 с.

9. Лебедев В.С. Условия доступности врачебной помощи для населения Московской губернии: в 2 ч. Ч. II. Обращаемость населения на разных расстояниях от лечебниц, в связи с путями сообщения, лошадиностью и плотностью населения: с 8-ью диаграммами. М.: Т-во «Печатня С. П. Яковлева», 1912. 120 с.

10. Моллесон И.И. Земская медицина: Очерк И.И. Моллесона, зем. врача в с. Перми, чл. О-ва врачей г. Казани. Казань: Унив. тип., 1871. 56 с.

11. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 26.03.2022) [Электронный ресурс] // Консультант Плюс [сайт]. 2022. URL: <https://bit.ly/3JPHOPx> (дата обращения: 30.03.2022).

12. Озеров С.Г. Доклад III Съезду земских врачей Тульской губернии // Протоколы заседаний III Съезда земских врачей Тульской губернии с 2 по 6 августа 1882 года. Тула: Тип. И.И. Соколова. 1882. 136 с.

13. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1903 год / Управление главного врачебного инспектора МВД. СПб.: [б.и.], 1905. 225с.

14. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за 1913 год / Управление главного врачебного инспектора МВД. СПб.: [б.и.], 1915. 331с.

15. Обзор земской медицины в Тульской губернии по делегатским сообщениям X-му Съезду земских врачей и представителей земств Тульской губернии // Труды X Съезда земских врачей Тульской губернии. Тула: [б.и.], 1912. С. 173-205.

16. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор. Е.И. Аксенова, О.В. Бессчетнова. М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. 40 с.

17. Труды IX съезда земских врачей Тульской губернии. Тула: [б.и.], 1908. 544с.

18. Юбилейный земский сборник. 1864-1914 / Под ред. Б.Б. Веселовского и З.Г. Френкеля. СПб.: Т-во О.Н. Поповой, 1914. XX, 467 с.

**Сведения об авторе:**

Любушкин Александр Дмитриевич – магистрант факультета истории и права Тульского государственного педагогического университета им. Л.Н. Толстого (Тула, Россия).

**Data about the author:**

Lyubushkin Alexander Dmitrievich – master's degree student of History and Law Faculty, Tula State Lev Tolstoy Pedagogical University (Tula, Russia).

**E-mail:** [yaliubushkin2014@yandex.ru](mailto:yaliubushkin2014@yandex.ru).