

Національний педагогічний університет
імені М.П. Драгоманова

На правах рукопису

Майстренко Ольга Анатоліївна

УДК: 930 (477. 7)

**Роль Херсонського земства
в медичному обслуговуванні населення
у 1865–1917 рр.**

07.00.01 – історія України

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата історичних наук

Науковий керівник
Борисенко Володимир Йосипович
доктор історичних наук, професор

Київ – 2006

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1		

Історіографія та джерельна база проблеми.....	8
1.1. Стан наукової дослідженості проблеми.....	8
1.2. Джерельна база проблеми	24
РОЗДІЛ 2	
Становлення земської медичної допомоги сільському населенню губернії у 1865–1872 рр.....	33
2.1. Особливості медичної допомоги населенню у доземський період.....	33
2.2. Правове забезпечення та перші проекти організації земської медицини.....	50
2.3. Організація повітовими земствами медичної допомоги населенню.....	66
РОЗДІЛ 3	
Роль губернського земства в організації доступної населенню медичної допомоги у 1873–1889 рр.....	84
3.1. Вплив губернського земства на формування стаціонарної системи медичного обслуговування населення.....	84
3.2. Організація губернським земством санітарно- профілактичної допомоги.....	108
РОЗДІЛ 4	
Особливості медичної діяльності земств у 1890– 1917 рр.....	133
4.1. Реакція земства на урядові зміни в правовому забезпеченні земської медицини.....	133
4.2. Активізація земсько-медичної діяльності.....	146
ВИСНОВКИ.....	171
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ.....	178
ДОДАТКИ.....	206

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Демократичні процеси, що відбуваються в Україні, потребують прискорення реформування всіх сторін суспільно-політичного життя країни. Серед актуальних питань сьогодення є

невідкладне проведення реформ місцевого самоврядування та системи охорони здоров'я. У цьому контексті особливо важливим є використання досвіду земств в організації ефективної системи медичного обслуговування населення. Засновані у другій половині ХІХ ст., земства накопичили значний досвід відносно підходів до розв'язання проблем місцевого характеру і сприяли вирішенню багатьох соціальних проблем на місцях, зокрема в українських губерніях.

Найбільш вагомими результатами у запозиченні досвіду земств у виведенні сучасної медицини з кризового стану можуть дати відповідні наукові розробки на регіональному рівні. Саме вони демонструють конкретні шляхи подолання негативних явищ в охороні здоров'я населення. Серед них на особливу увагу дослідників заслуговує медична діяльність Херсонського земства, яке у цій галузі посідало лідируючі позиції і було прикладом для наслідування іншими українськими земствами. За період свого існування Херсонським земством була створена дієва система медичного обслуговування на засадах доступності, безоплатності лікарської допомоги, відпрацьовано механізми взаємовідносин земських урядовців з лікарями, засновано першу в Україні санітарну організацію, започатковано медичну допомогу серед прибулого населення та ін.

Актуальність і наукова значущість дослідження проблеми ролі Херсонського земства у медичному обслуговуванні населення в 1865–1917 рр. загострюється відсутністю відповідних узагальнюючих праць у вітчизняній історіографії, а також необхідністю проаналізувати процес становлення земсько-медичної організації у губернії, виділивши при цьому групу соціально важливих і для нашого часу питань: функціонування лікарських дільниць; фінансування медичних установ; організація праці лікарів та фельдшерів; взаємовідносини адміністрації з лікарями; санітарно-епідемічний нагляд тощо.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами і темами. Дисертаційне дослідження виконане відповідно до планової тематики кафедри історії України Інституту історичної освіти Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова "Актуальні проблеми історії України". Тема дисертації затверджена вченою радою Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова 03.03.2005 р., протокол № 6.

Об'єктом дослідження стали земські установи України та їх діяльність в організації системи медичного обслуговування населення.

Предметом дисертаційного дослідження є роль повітових і губернської управ Херсонського земства, губернських, повітових з'їздів земських діячів та лікарів в організації медичної допомоги населенню, санітарно-профілактичної і лікувальної роботи.

Територіальні межі дослідження охоплюють Херсонську губернію, найбільшу серед українських губерній, до складу якої входили: Одеський, Єлисаветградський, Олександрійський, Ананьївський, Тираспольський і Херсонський повіти. За матеріалами Центрального Статистичного Комітету у

1889 р. в губернії проживало 2 200 000 осіб на території 62 223 кв. верст, що становило 32 тис. жителів на квадратну версту. Сьогодні – це територія Херсонської, Одеської, Миколаївської, Кіровоградської, частково Дніпропетровської областей України, а також частина Придністров'я.

Хронологічні рамки дослідження обмежуються 1865–1917 рр. Нижня межа дослідження обумовлена часом заснування земських установ Херсонської губернії (1865 р.) і прийняттям ними перших рішень про організацію медицини у губернії, а також визначенням пріоритетів земсько-медичної діяльності відповідно до потреб населення. Верхній рубіж (1917 р.) датується часом призупинення діяльності земства губернії, що було пов'язано з воєнними діями під час Першої світової війни. Зазначені хронологічні межі дозволяють простежити становлення земської медицини у Херсонській губернії в динаміці, виявити її тенденції й особливості, досягнення та упущення. З метою порівняння із станом медичного обслуговування населення у доземський період та підтвердження досягнень земства у цій сфері в дисертації використовуються відповідні матеріали попереднього часу.

Мета дослідження полягає у визначенні ролі земств Херсонської губернії в медичному обслуговуванні населення у 1865–1917 рр. на основі комплексного аналізу доступних опублікованих та архівних матеріалів.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

- аналіз стану наукової розробки обраної теми дисертації та її джерельного забезпечення;
- висвітлення медичного обслуговування населення губернії у доземський період;
- встановлення правових засад земської реформи про завдання громадської медицини;
- виявлення особливостей розгортання повітовими земствами медичної діяльності в 1865–1872 рр.;
- визначення впливу губернського земства на формування стаціонарної системи медичного обслуговування населення у 1873–1889 рр.;
- встановлення ролі губернського земства у визначенні пріоритетності санітарно-профілактичного напрямку в земсько-медичній діяльності у 1873–1889 рр.;
- охарактеризування реакції земства на урядові зміни в правовому забезпеченні земської медицини у 1890–1917 рр.;
- з'ясування напрямів активізації земсько-медичної діяльності у 1890–1917 рр.

Методологічною базою роботи є універсальні принципи науковості, історизму та об'єктивності, які використовувались для з'ясування умов виникнення, становлення і функціонування земських установ губернії, виявлення чинників, що сприяли організації ними дієвої системи медичного обслуговування населення, встановлення ролі, яку відіграли земства у цьому процесі й висвітлення результатів їх медичної діяльності. Використання зазначених принципів дозволило простежити причинно-наслідкові зв'язки

між ними. Крім того, при написанні дисертаційного дослідження автор використовувала проблемно-хронологічний метод викладення матеріалу, а при складенні таблиць, наведених у ньому, – методи узагальнення, статистики та порівняльної історії.

Зазначені методи дозволили здійснити історіографічний аналіз наукової літератури з проблеми, дослідити джерела, систематизувати й узагальнити отриману інформацію та забезпечити наукову вірогідність результатів дослідження.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає у тому, що у ньому вперше комплексно досліджена роль органів місцевого самоврядування Херсонської губернії у створенні ефективної системи медичного обслуговування сільського населення у пореформений період. Доведена відсутність організованої медичної допомоги сільському населенню губернії у доземський період. Встановлена недосконалість земської правової бази для організації нової системи медичного обслуговування населення. Виявлені особливості земсько-медичної діяльності повітових управ у 1865–1872 рр. Визначена й обґрунтована роль губерньського земства та його вплив на формування стаціонарної системи медичного обслуговування, а також доведена першість Херсонського земства у створенні медико-санітарної організації. Охарактеризована незадовільна реакція земств губернії на урядові зміни в правовому забезпеченні земської медицини у 90-х роках XIX ст. Простежена динаміка розбудови земських медичних установ губернії у 1890–1917 рр.

До наукового обігу введено низку рідкісних земських видань та архівних матеріалів, що не потрапили у поле зору дослідників.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони можуть бути використані при підготовці колективних та індивідуальних праць як з історії діяльності земських установ, загальної історії України середини XIX – початку XX ст. так і з історії медицини земського періоду, при розробці спецкурсів з історії медицини України та історії місцевого самоврядування окремих українських губерній, у процесі проведення адміністративно-територіальної реформи в Україні при визначенні напрямів діяльності органів місцевого самоврядування у сфері медичних послуг.

Апробація основних положень дисертації здійснювалася у формі виступів на звітно-наукових конференціях викладачів і аспірантів Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова, II з'їзді конфедерації істориків медицини (Москва, травень 2003 р.), Всеукраїнській науковій конференції “Україна і Росія: досвід історичних зв'язків та перспективи співробітництва” (Кривий Ріг, березень 2004 р.), 10-й Республіканській конференції з історії медицини і охорони здоров'я (Мінськ, вересень 2004 р.), міжнародній науково-теоретичній конференції “Знаки питання в історії України: українська історія у східноєвропейському контексті” (Ніжин, листопад 2005 р.).

Публікації. Основні положення дисертації викладені в одинадцяти публікаціях, шість з яких є науковими у фахових виданнях.

РОЗДІЛ 1

Історіографія та джерельна база проблеми

1.1. Стан наукової дослідженості проблеми

Діяльність земських установ з початку їх виникнення привернула увагу істориків і громадських діячів. Земства стали новим явищем у суспільній практиці. Їх багатогранна діяльність характеризувалася результативністю, а роль у суспільно-політичному, економічному та культурному житті країни зростала з кожним роком. Земства були одним з найвидатніших явищ тогочасного суспільства, тому об'єктивна оцінка їх діяльності на сучасному етапі є особливо важливою і актуальною.

Історіографія обраної проблеми умовно розділена на три періоди, за якими визначаються напрями і формуються загальні підходи науковців до висвітлення питань теми дисертації. Перший період – об'єднує публікації дореволюційної доби, видані напередодні та після заснування земських органів самоврядування (1864–1917 рр.), другий – праці дослідників радянських часів (1918–1991 рр.), третій – напрацювання науковців на сучасному етапі (1991–2006 рр.). Кожен із запропонованих періодів має внутрішній поділ на етапи чи групи за напрямками досліджень без чіткого хронологічного визначення.

Для першого періоду (дореволюційного) характерною була поява наукових праць, предметом розгляду яких стало земство, його структура, різні сторони діяльності, у тому числі й медична. Більшість розробок не мають близького відношення до теми нашого дослідження, проте вони допомагають скласти загальне уявлення про описуваний період та містять величезний інформаційний і краєзнавчий матеріал.

Напрацювання науковців цього періоду у дослідженні розділено на кілька груп, що об'єднують роботи громадських діячів і окремо представників наукової медичної еліти.

Першу групу становлять праці, присвячені діяльності земств, що з'явилися вже на початковому етапі їх формування – у 60–70-х роках XIX ст.

У дослідженнях цього періоду міститься аналіз проблем підготовки та проведення земської реформи, розглядається структура новостворених органів місцевого самоврядування, підбиваються перші підсумки діяльності земств. Не оминули увагою науковці і таку важливу галузь земської діяльності як медична.

Зокрема, у праці О.А. Головачова “Десять лет реформ 1861–1871 гг.” (1872 р.) [207], частково знайшли відображення окремі сюжети теми дисертації. Автор обґрунтував незадовільний стан міських лікарень та відсутність лікарської допомоги у повітах у доземський період. У той самий час земські установи, за твердженням цього вченого, отримали незавершену законодавчу базу для вирішення місцевих проблем. До того ж, законом обмежувались і кошти земств. О.А. Головачов також ставить під сумнів сам принцип самоврядування земств, стверджуючи, що “...ми ніяк не можемо визнати ці установи органами самоврядування” [207, с. 189].

Всупереч цьому дослідженню барон М. Корф у праці “Как наше земство зарождалось и подрастало” (1881 р.) на прикладі 14 – річної діяльності Олександрівського земства Катеринославської губернії доводить доцільність існування земських установ і прогресивність їх діяльності. Його дослідження викликає особливий інтерес, оскільки у ньому проведено різнобічний аналіз земської діяльності (у тому числі й медичної) одного повітового земства за більш як десятирічний період. Автор наголошував, що “...від ознайомлення з частиною організму виграє знайомство з цілим організмом” [170, с. 59].

Серед ранніх праць наукової літератури слід виділити також тритомну монографію князя О.І. Васильчикова “О самоуправлении. Сравнительный обзор русских и иностранных земских и общественных учреждений” (1872 р.) [199]. У ній автором проведено порівняльний аналіз організації місцевого самоврядування в Росії, Англії, Франції і Пруссії. Значну увагу в дослідженні князь О. Васильчиков приділяє становленню та розвитку земської медицини. Він виносить на загальне обговорення досить важливе питання про незадовільний стан медичного обслуговування населення і безпосередньо санітарної справи в Росії, підкреслюючи, що “...жодна галузь громадського благоустрою не знаходиться в такому грубому й первісному занепаді, як народне здоров'я...” [199, с. 87]. Цей дослідник вперше висловив думку про необхідність започаткування і проведення губернських лікарських з'їздів.

Особливий інтерес у контексті порушеної дисертантом проблеми становить дослідження Я.В. Абрамова “Что сделало земство и что оно делает” (1889 р.) [196]. На відміну від наведених вище напрацювань, автор займав активну ідеалістичну позицію у характеристиці здобутків земств і висловлював впевненість, що у недалекому майбутньому земська медицина повністю задовольнить потреби сільського населення в лікарській допомозі. “Результати, досягнуті земством, – зазначав Я.В. Абрамов, – повинні бути визнані надзвичайними...” [196, с. 67].

У переліку досліджень земської тематики на увагу заслуговує об'ємна праця Гр. Джаншиєва “Эпоха великих реформ” (1898 р.) [212], один з розділів якої присвячений земському самоврядуванню. Значну увагу автор приділяє тут проблемним моментам, що передували введенню земських установ, а також правовим колізіям, які виникли потому. Поряд з цим Гр. Джаншиєв вказує на здобутки земств, які “...з нічого створили народну школу, народную медицину...”. Останні автором поставлені як заслуга “...живильної й плодотворної ідеї самоврядування...” [212, с. 356].

Викладені вище праці допомагають скласти загальне уявлення про роль і місце земських установ у державній структурі Російської імперії досліджуваного періоду, а також передають настрої тієї епохи. Їх об'єднує об'єктивний підхід у висвітленні правової недосконалості Положення про земські установи і документів, якими воно вводилося в дію. Стосовно результатів діяльності земств у поглядах авторів переважає ідеалістична позиція, яка більшою мірою проявляється в працях кінця 80-х – початку 90-х років XIX ст., коли земством вже було досягнуто певних успіхів.

Більш наближеними до запропонованої нами проблеми є дослідження з історії медицини, що в означеному періоді становлять найбільшу групу наукових праць. У цьому контексті слід відзначити монографію Вільгельма Ріхтера “История медицины в России” (1820 р.) [246], що містить цінний описовий та багатий статистичний матеріал з організації і структури доземської медицини і дозволяє скласти уявлення про історію виникнення і безпосередню діяльність таких установ доземського періоду як Прикази громадської опіки й Виховні будинки.

На увагу заслуговують і дослідження, в яких висвітлюються окремі медичні проблеми доземського періоду: медична допомога на селі, знахарство тощо. Серед них доробки В. Дерикера “О знахарях и врачебной помощи в деревнях” (1865 р.) [211] і В. Попова “Деревенские знахари и шарлатаны в России” [243]. Ці праці дозволяють скласти уявлення про структуру і напрями доземської медицини, що важливо з огляду на виконання порушених у дослідженні завдань, однак, у них відсутні матеріали стосовно організації доземського медичного обслуговування в Херсонській губернії.

Питаннями дослідження безпосередньо земської медицини займалися такі відомі земські діячі-лікарі як: А.А. Гільдебрандт “О народном здравии. Из земской деятельности” (1874 р.) [206], Д.М. Жбанков “Quasi-практическая и полезная организация земской медицины и фельдшеризм” (1882 р.) [161], “Общественная медицина в России” (1897 р.) [160]; М.Я. Капустін “Очерки земской медицины” (1875 р.) [169]; С.М. Ігумнов “Земская медицина в Харьковской губернии” (1908 р.) [168]; В. Португалов “25-летие земской охраны народного здравия” (1889 р.) [182].

Слід вказати, що наведені вище дослідження лише сота доля напрацьованого за роки існування земської медицини безцінного матеріалу як оглядово-аналітичного характеру, так і того, що стосується розгляду окремих важливих питань, що турбували медичну громадськість у цей період

. Серед них питання земської санітарної діяльності, фельдшерства, земського досвіду опікування божевільних. Остання проблема знайшла висвітлення у праці відомого санітарного лікаря Херсонської губернії Є.І. Яковенко “Обзор деятельности всех земств по призрению душевнобольных со времен передачи им больниц Приказами общественного призрения”, опублікована в журналі “Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии” (1897 р.) [195]. В ній автор, зокрема, висвітлює і діяльність Херсонського земства у справі опікування божевільних. Зазначене дослідження стало першим вагомим здобутком у цьому напрямі.

Своєрідним підсумком напрацювань учених з історії земської медицини на першому етапі існування земських установ стало видання “Земско-медицинского сборника”, укладеного Д.М. Жбанковим із цифрових та текстових повідомлень, надісланих земськими дільничними лікарями. У “Збірнику” міститься інформація про роботу лікувальних установ, структуру медичних організацій, про витрати на утримання медицини, а представлений матеріал розділений по губерніях, включаючи й Херсонську, і окремо по повітах, узагальнений повітовими чи санітарними лікарями, що підвищує його наукову та практичну цінність. Праця має наукову значимість для дослідників через узагальнений в ній матеріал щодо першої половини земсько-медичного періоду (закінчувався 1888 р.) [84]. Однак, під час опрацювання зазначених у доробку даних встановлено певні невідповідності з більш точною інформацією, що міститься у збірниках Херсонського земства, тому використання їх вимагає перевірки і уточнення.

Не менш важливим дослідженням із земсько-медичної історії стала праця “Русская земская медицина”, видана у 1899 р. Пироговським Товариством до дванадцятого Міжнародного медичного конгресу. Її укладачі Є.О. Осипов, І.В. Попов і П.І. Куркін поряд із загально статистичними даними про адміністративний поділ Росії, територію, населення, характер та устрій земських установ, подали досить об’ємний матеріал про земську медицину, починаючи з висвітлення стану доземської медицини і закінчуючи 90 – роками ХІХ ст. Правда, акцент було поставлено на детальне висвітлення земсько-медичної діяльності у Московській губернії, посилаючись на її передові позиції щодо інших земських губерній. У той самий час автори згадують і досягнення Херсонського губернського земства, побіжно вказуючи на його передові позиції з окремих питань [248].

Великий інформативний матеріал про досягнення земської медицини в період її найбільш успішного розвитку – перші роки ХХ ст. – в окремих губерніях, у тому числі й Херсонській, міститься у праці “Очерки земско-врачебного санитарного дела” З.Г. Френкеля (1913 р.) [256]. У ній автор використав матеріали губернських і повітових земств у вигляді графіків і діаграм для Дрезденської (1911 р.) та Петербурзької гігієнічних виставок (1912 р.). У цьому доробку висвітлюється, в основному, позитивна сторона діяльності земств у медичній сфері, які відгукнулися на відповідне прохання організаторів виставок і надіслали необхідні для експозиції дані.

У цілому, представлені у другій групі дослідження є більш наближеними до означеної проблеми. Їх кількісний доробок і якісне інформативне наповнення підвищують їх цінність. Однак, авторам-лікарям не вдалося уникнути тієї ідеалізації земсько-медичної дійсності, яка була притаманна і їх колегам-науковцям історикам.

До наступної групи досліджень, на нашу думку, належать праці: Г.Є. Львова і Т.І. Полнера “Наше земство и 50 лет его работы” (1914 р.) [232], М. Слобожанина “Из истории и опыта земских учреждений в России: К 50-летию земских учреждений” (1913 р.) [249]. У них науковці, досліджуючи діяльність земських установ за півстолітній період, не обійшли увагою і найбільш успішну галузь – медичну, значною мірою відтворивши реальну картину земсько-медичного життя на основі опрацювання змістовного місцевого матеріалу. Ці праці стали досить помітним явищем в історичній науці свого часу, залишаючись і дотепер найбільш фундаментальними дослідженнями земсько-медичної діяльності. У переліку наведених вище праць на особливу увагу заслуговує дослідження знаного земського історика Б.Б. Веселовського “История земства за сорок лет” [202], один із розділів першого тому якого присвячений питанням медицини. У ньому розглядається стан доземської медицини, зроблена характеристика етапів земсько-медичної діяльності та основних систем земсько-медичної організації (роз’їзної і змішаної), проведено аналіз окремих проблем земської медицини, характерних для усіх земств (відносини між земськими управами та лікарями, значення діяльності з’їздів лікарів, фельдшерське питання, санітарна організація земств, фінансування земської медицини).

Це перше дослідження, яке з позицій історика характеризує діяльність земств у організації дієвої медичної допомоги сільському населенню. Автор зробив спробу виділити результати медичної діяльності окремих земств, відносячи до них і Херсонське губернське земство.

Зокрема, відзначаючи досягнення санітарної роботи Херсонського земства, автор навіть певною мірою ідеалізує його, порівнюючи за розмахом діяльності з передовими земствами Центральної Росії – Московським та Петербурзьким.

Доречно зауважити, що в 1911 р. на Дрезденській гігієнічній виставці праця Б.Б. Веселовського була нагороджена почесним дипломом. Саме на цій виставці передова Європа вперше дізналася про існування та досягнення російської земської медицини.

У цілому, заслуга цього дослідника полягає у тому, що він одним із перших став послідовним у доказах прогресивності діяльності земств, у той самий час, він зробив значний крок вперед в оцінці їх ролі, без надмірної ідеалізації. Зокрема, визначаючи досягнення земств у медичній галузі, автор вказував на нерозуміння багатьма земствами свого місця і ролі у питанні медичного забезпечення на початковому етапі їх діяльності (до початку 70-х років XIX ст.).

Важливу роль при дослідженні теми дисертації відіграв двотомний бібліографічний покажчик дореволюційної літератури із земсько-медичних

проблем, укладений Д.М. Жбанковим [214-215]. Ця праця особливо цінна і важлива для дослідників історії земської медицини тим, що охоплює період 1865–1905 рр. і включає близько 5 тис. найменувань. Бібліографічний покажчик складається з п'яти розділів, кожен з яких містить підрозділи (від трьох – до шістнадцяти) і об'єднує перелік монографій, публікацій у періодичній пресі, земсько-медичні статистичні матеріали, а також праці лікарських громад (товариств). Один з підрозділів дає перелік літератури, що висвітлює земсько-медичну діяльність у Херсонській губернії.

Отже, огляд наукових досліджень дореволюційного періоду, присвячених історії земства і земсько-медичній діяльності, свідчить про певну ідеалізацію земських зусиль в усіх галузях народного господарства якими воно опікувалося. На нашу думку, причини такого явища полягають у тому, що:

- написані праці були у період активної діяльності земств і відображали погляди учасників руху, а це виходило за рамки об'єктивної оцінки;
- наявність царської цензури унеможливлювала критичний аналіз певних сторін багатогранної земської діяльності, особливо тих, які могли набути або набували політичного забарвлення.

Що стосується узагальнених праць, то їх автори прагнули різнобічно розкрити усі напрями діяльності земських установ, а тому об'ємний спектр їх дослідження не давав змоги висвітлити розвиток медичної справи на місцях, де безпосередньо і творилася земська медицина.

Серед позитивних сторін проаналізованих наукових доробків слід відзначити об'єктивний характер багатьох з них, а також широке використання авторами краєзнавчого матеріалу і вперше введення його до наукового обігу.

Історіографія досліджуваної проблеми радянського періоду (другий період) поділена автором на два підперіоди (етапи). Перший характеризується появою у пожовтневий період наукових статей у періодичній пресі, в яких автори, відомі земські лікарі, наголошують на доцільності використання за нових історичних умов здобутків земської медицини. Зокрема, у статті “О судьбе русской общественной медицины” (1919 р.) [159] відомий лікар і громадський діяч Д.М. Жбанков вказав на основні постулати земської медицини і їх практичне значення за нових умов: загальнодоступність лікарської допомоги, безоплатність для населення, завідування лікарсько-санітарною справою з боку представників місцевого населення при допомозі лікарів.

Не менш значущою з огляду на констатування здобутків земської медицини і переваг її втілення за нових умов, стала стаття С.М. Ігумнова “Идеология земской медицины” (1919 р.), в якій автор наголошує на тому, що “...майбутнє повинно прийняти земську медицину, як дорогий спадок, як маячні вогні, що вказують шлях, і лише доповнити, виправити попередні методи вирішення поставлених завдань, відповідно до умов, що змінилися й ускладнилися” [167, с. 369]. Зазначені праці були першими і останніми дослідженнями на цьому етапі, в яких, з одного боку, підбивалися підсумки

створеної земствами медичної організації (в основному її позитивні здобутки), з іншого – ігнорувалась роль земств у цьому процесі. Така позиція дослідників була виправдана з огляду на професійну належність авторів і відповідно до поставленої мети, яку при написанні переслідували науковці. Тим більше, що з ідеологічних міркувань визнання заслуг за земствами було недоцільним за умов, коли піддавалося критиці все, що існувало до революції, а тим більше діяльність буржуазно-поміщицьких установ, що мали позитивні надбання і певні заслуги перед народом у багатьох сферах життєдіяльності.

Слід наголосити, що ідеологічні застереження стали причиною відсутності наукової зацікавленості земською історією у дослідників-істориків до початку періоду “відлиги” у радянському суспільстві. Тільки з початку 50-х років ХХ ст. земству почали приділяти увагу, оскільки тема була визнана не розробленою і перспективною. Погляди науковців почали зосереджуватися на історії земств та земському законодавстві, однак то були ще несміливі спроби осмислення значення земств.

Незважаючи на послаблення інтересу до загальної земської історії, у наукових колах медичної громадськості у 30 – 40-х роках спостерігалася певна активність у дослідженні історії земської медицини.

За підтримки науковців Українського інституту охорони здоров’я відомий земський санітарний лікар Сергій Миколайович Ігумнов у 30-х роках розробив програму, за якою розпочалося дослідження земсько-медичної справи на території України від введення земських установ до Першої світової війни. Результати доробку були оформлені у восьми нарисах машинописного тексту. На жаль, після смерті цього лікаря вони загубилися в архівах інституту. Надбанням громадськості став лише невеликий за обсягом “Очерк развития земской медицины в губерниях вошедших в состав УССР, в Бессарабии и в Крыму”, що вийшов у 1940 р. під редакцією С.С. Кагана [221].

У нарисі автор у загальних рисах проаналізував стан доземського медобслуговування, подав порівняльну характеристику різних напрямів земсько-медичної діяльності в українських губерніях. Однак, не всі губернії були представлені однаковою обсягом матеріалу. Впадає у вічі вибірковість і висвітлення лише окремих напрямів медичної діяльності у тих губерніях, де результати виявились кращими. Монографія багата на статистичний матеріал щодо земсько-медичної діяльності Херсонського губернського земства, який наводиться в порівнянні з показниками діяльності інших українських губернських земств. У праці недостатньо висвітлений матеріал щодо системного аналізу окремо взятих губерній та діяльності повітових земств і саме ці питання, як зазначав С.М. Ігумнов і деякі земські лікарі до нього, повинні стати предметом спеціальних наукових досліджень майбутніх істориків медицини.

Вказана монографія – це перший найбільш наближений до теми нашого дослідження доробок серед праць дореволюційного і першого етапу радянського періодів. Вона започаткувала новий підхід до вивчення земсько-

медичної історії – її регіональне висвітлення, ставши найвагомим дослідженням з історії земської медицини в українських губерніях.

Другий етап радянського періоду (початок 50-х – кінець 80-х років) з огляду на представлений у ньому кількісний і якісний науковий доробок, відповідно до теми обраного дослідження, становить особливий інтерес.

У цьому контексті слід відзначити колективні праці, що вийшли друком напередодні та після святкування сторічного ювілею від дня заснування земських установ, де науковці вперше значну увагу приділяють земсько-медичній діяльності Херсонського земства, в основному позитивно оцінюючи її санітарно-профілактичний напрям. Однак це були лише пробні статті, а не серйозні монографічні дослідження, де Херсонське земство представлено лише у порівнянні з іншими.

З огляду на означену нами проблему на увагу заслуговують опубліковані у “Матеріалах до історії розвитку охорони здоров’я на Україні” (1957 р.) статті дослідників історії медицини. У збірнику статей “Очерки истории русской общественной медицины (К столетию земской медицины)” (1965 р.) привертає увагу стаття відомого дослідника земської медицини С.С. Кагана “К столетию земской медицины на Украине” [223], в якій автор продовжує накреслені С.М. Ігумновим проблеми земської медицини в українських губерніях. Дослідник наголошує, що земські інститути, у тому числі й земська медицина, в різних губерніях створювалися в різні періоди і у неоднаковій формі. Місцеві особливості накладали відбиток на земсько-медичну діяльність. У цьому контексті учений наводить яскравий приклад Херсонської губернії, особливості економічної і господарської діяльності якої мали тісний зв’язок із визначенням напрямку медичної діяльності земства

Висвітлення позитивних досягнень санітарної організації Херсонського земства знайшли продовження в статтях відомого історика медицини І.Д. Страшуна: “Об истоках земской санитарии на Украине (Полтавско-Херсонский период)” [251], опублікованій у “Матеріалах к истории гигиены и санитарии на Украине” (1962 р.) та “Полвека земской медицины (1864–1914 гг.)” [252], надрукованій у збірнику “Очерк истории русской общественной медицины” (1965 р.). Вказуючи на позитивну роль Херсонського земства у становленні і розвитку земської санітарної організації, автор наголошує, що з’ясування результативності його медичної діяльності – завдання спеціального дослідження. І.Д. Страшун вперше піддав критиці ідеалізацію дослідниками ролі земського лікаря, вказавши, що лише зусиллями лікарів без підтримки (в основному фінансової) з боку передових земців про досягнення земської медицини можна було забути.

Окрім перерахованих публікацій для цього етапу притаманною є поява кількох дисертаційних досліджень медиків, присвячених організації охорони здоров’я. Серед них наближеною до теми нашого дослідження є науковий доробок Л.М. Карпова “Возникновение земской санитарной организации в России и работа первых санитарных врачей” (1954 р.) [265]. У ній в контексті висвітлення виникнення та діяльності санітарної організації у Росії акцент

зроблено на особливостях становлення земської санітарії в українських губерніях і, зокрема, в Херсонській. У дисертаціях І.Д. Хороша “Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в Украинской ССР” (1965 р.) [273] та В.Я. Когана “Материалы к развитию больничного строительства в сельских местностях УССР (В дореволюционный период и за 50-лет Советской власти)” (1968 р.) [266], авторами зроблено екскурс в історію медицини доземського і земського періодів в українських губерніях. Не оминають увагою дисертанти і досягнень Херсонського земства у сфері медичного обслуговування сільського населення, наголошуючи на його передових позиціях поміж інших українських земств. У той самий час дослідники не зупиняються на детальній характеристиці результатів його земсько-медичної діяльності і не вдаються до аналізу причин досягнень та успішності Херсонського земства у цій справі.

У цей самий період відомі історики медицини видали кілька монографій, у яких акцентується увага на загальній структурі та результатах діяльності земсько-медичної організації і визначено місце земської медицини у системі загальнодержавної медицини Росії. Це праці П.Ю. Заблудовського “Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены. Вопросы общественной медицины” (1956 р.) [218], Л.М. Жука “Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60–70 гг. XIX века” (1963 р.) [216], Л.М. Карпова “Земская санитарная организация в России” (1964 р.) [224], М. М. Левіта “Становление общественной медицины в России” (1974 р.) [230], Б. Д. Петрова “Очерки истории отечественной медицины” (1962 р.) [240]. У цілому ці здобутки мають певне відношення і до досліджуваної проблеми.

Слід наголосити, що зацікавленість з боку науковців і одностороннє висвітлення ними позитивних моментів медико-санітарної діяльності Херсонського земства були для цього етапу й періоду у цілому не випадковими і мали ідеологічне підґрунтя. Саме санітарна діяльність Херсонського земства отримала схвальну характеристику у праці В. Леніна, “Развитие капитализма в России”, де він позитивно оцінює діяльність багатьох земських лікарів Херсонської губернії, характеризуючи її як прогресивну і таку, що відповідає потребам народних мас та ін. У зв’язку з цим висвітлювати позитивні моменти Херсонської земської санітарної організації та зосереджуватись на її досягненнях було престижно і перспективно.

У цілому, для наукових досліджень як цього етапу, так і дореволюційного періоду, була притаманна ідеалізація результатів земсько-медичної діяльності. Якщо у першому періоді (дореволюційному) цю ідеалізацію підтримували через дворянсько-поміщицький склад земств, то у другому (радянському), коли основні постулати земської медицини були перейняті радянською медициною, остання просто не могла успадкувати негативні моменти. Червоною ниткою через історико-медичні дослідження цього періоду проходить ідея, що земську медицину і її діячів слід оцінювати з ленінських позицій, тобто, виявляти, що нового вона привнесла порівняно з попереднім періодом.

За радянських часів земською проблематикою займалися й історики. Так, В.В. Гармиза у праці “Подготовка земской реформы 1864 г.” (1957 р.) [203] порушив проблему юридичних аспектів підготовки земської реформи. Політику уряду Російської імперії напередодні, в момент та після буржуазних реформ простежує у своїй монографії В.Г. Чернуха “Внутренняя политика царизма с середины 50-х до начала 80-х гг. XIX в.” (1978 р.) [258]. Л.Г. Захарова вдалася до комплексного вивчення реформи 1890 р. [220]. Час ліквідації земських установ ґрунтовно розглянув Г.А. Герасименко [204-205]. Відмінною рисою цих досліджень є те, що в них проаналізовані суто історичні питання підготовки та введення земської реформи, політика царизму щодо земств, структура й призначення земських установ.

У цей період було захищено і кілька дисертаційних досліджень з історії земств окремих губерній. Цінність і важливість їх полягає у тому, що вперше діяльність окремих губернських земств стала об’єктом уваги дослідників-істориків. Вони проаналізували великий масив статистичних матеріалів, що характеризують результати окремих сторін земської діяльності кількох губерній: Смоленської, Бессарабської, Таврійської та Правобережної України [261; 262; 268; 272]. Основним недоліком дисертацій цього періоду була їх заідеологізованість і висвітлення переважно соціального складу та фінансової сторони земств і лише побіжно автори торкалися практичної земської діяльності.

Поza увагою науковців-істориків цього періоду залишилося дослідження такої важливої галузі земської діяльності як медична, незважаючи на той факт, що історики дореволюційного періоду, зокрема, Б. Веселовський і медики у радянський період наголошували на важливості розгляду цієї проблеми у розрізі окремих губерній і повітів.

На значну увагу в контексті досліджуваної теми заслуговує праця, яка стала гідним продовженням праці Д.М. Жбанкова – бібліографічний покажчик літератури з історії медицини з 1789 до 1928 р., складений Д.М. Російським (1928 р.) [247]. Література земського періоду у ньому згрупована в окремий розділ. Це єдина такого роду розвідка, написана в радянський період.

Дослідження історії становлення і розвитку земсько-медичної організації у радянський період проводилося переважно лікарями, які висвітлювали цей процес здебільшого з точки зору історії медицини та організації охорони здоров’я, тому в їх наукових доробках не достатньо приділялась увага визначенню ролі і місця земських установ у впровадженні системи земської медицини. Позитивним моментом цього періоду було те, що в цей час з’являються невеликі за обсягом публікації, в яких автори розглядають окремі аспекти медичної діяльності українських земств, у тому числі й Херсонського. Однак, спеціальних праць (ні монографій, ні статей), що безпосередньо торкалися теми обраного нами дослідження, в цей період, як і у попередній, друком не вийшло.

На сучасному етапі розвитку незалежної України дослідження історії земств та земської медицини значно розширилися й активізувалися.

Серед таких публікацій слід відзначити комплексну працю з історії України професора В.Й. Борисенка “Курс української історії” (1998 р.) в якій автор, характеризуючи, зокрема, різносторонню земську діяльність, справедливо наголошує на тому, що земства брали активну участь у організації не тільки освітньої системи, а й у створенні дієвого медичного забезпечення населення. При цьому цей знаний учений стверджує, що у своїй діяльності земства виходили за визначені законодавством межі, керуючись місцевими потребами і вимогами часу, і цим самим відіграли важливу роль у громадській діяльності з організації системи медичної допомоги населенню на засадах доступності і безоплатності [197, с. 463].

Наближеною до теми нашої дисертації є праця М.Б. Мирського “Медицина России XVI – XIX вв.” (1996 р.) у якій автор досить фахово дослідив процес становлення та розвитку медицини в Росії від Івана Грозного до імператора Миколи II. Показово, що дослідник увів до наукового обігу цілу низку нових джерел, підкреслив оригінальні риси та самобутність російської медицини, зокрема, земської. Хоча автор і не ставив за мету висвітлення земсько-медичної діяльності українських губерній, створена Херсонським земством санітарна організація була визнана ним однією з кращих в Росії [236, с. 325].

З історії медицини України (у тому числі земського періоду) на особливу увагу заслуговують наукові роботи Б.П. Криштопи [227-228], в яких автор аналізує документальний і монографічний матеріал з історії медицини, акцентує увагу на особливостях її становлення та розвитку земської медицини в українських губерніях.

Близьке відношення до обраної нами проблеми має праця В.С. Єрмілова “Медицинское страхование в Южной Украине (1890–1930 гг.)” (1997 р.), в якій науковець акцентує увагу на історії зародження та становлення страхової медицини на Півдні України (зокрема у Херсонській губернії) у 90-х роках XIX – 20-х роках XX ст., пов’язуючи її з інтенсивним розвитком у цьому регіоні земської системи медичного обслуговування [213].

За останні роки предметом наукових досліджень все частіше стає практична діяльність земств у різних її виглядах: освітня, культурно-освітня, соціально-економічна, тощо. [263; 264; 267; 269]. З’являються також праці з близької до нашої дисертації проблематики. Зокрема, вивченню історії медицини земського та “приказного” періодів присвячені наукові доробки відомого в Україні історика медицини Ф.Я. Ступака [253-255]. Проблеми становлення української інтелектуальної еліти, утому числі й медичної, знайшли своє висвітлення у публікаціях професора О.О. Рафальського. [244-245].

На особливу увагу заслуговують і дисертаційні дослідження О.М. Рогози “Діяльність земств України по створенню і розвитку системи охорони народного здоров’я (1864–1917 рр.)” (2002 р.) [270] та Н.М. Рубан “Розвиток земської медицини в Україні (1865–1914 рр.)” (2004 р.) [271], присвячені розгляду діяльності земств України в організації медичної допомоги. Вказані праці – перші у вітчизняній історіографії доробки саме істориків, які

простежують діяльність українських земств у галузі медичного обслуговування населення. Автори вперше дали історичну оцінку земсько-медичної діяльності українських земств, обґрунтували їх роль у цій галузі, розкрили специфіку становлення земсько-медичної організації та окреслили шляхи її розвитку з зазначенням причин успішності. Однак, науковці не ставили за мету дослідити роль і внесок Херсонського земства у забезпечення населення медичною допомогою і не приділили висвітленню цього питання належної уваги.

1.2. Джерельна база проблеми

Джерельну базу дисертаційного дослідження становить значний і різноплановий масив документів, що зберігаються в архівосховищах Херсонського, Кіровоградського, Одеського, Миколаївського обласних архівів та ЦДІА України в м. Києві, а також Російського державного історичного архіву у Москві та Санкт-Петербурзі. Більшість архівних джерел до наукового обігу вводиться вперше, у зв'язку з чим мають значну цінність.

Для зручності наявні джерела автором поділені на кілька груп. До першої групи віднесено архівні джерела. Вони суттєво доповнюють зібраний і узагальнений вченими науковий доробок у вигляді статей, монографій, дисертаційних досліджень.

Наявний архівний матеріал даної групи нами розділено на два підперіоди – доземський і земський.

Слід зазначити, що у доземський період у Херсонській губернії, як і у цілому по всій Російській імперії, медична справа знаходилася у підпорядкуванні багатьох відомств і установ. У зв'язку з цим у нашому дослідженні опрацьовано велику кількість архівних матеріалів, що висвітлюють організацію медичної частини у різних відомствах.

Загальне уявлення про організацію відомчої медицини в Росії можна скласти з аналізу положень Лікарських статутів. Суттєво доповнюють існуючі джерела статті Положення про приказ громадської опіки, а також знайдені автором у фондах Російського державного історичного архіву Санкт-Петербурга “Правила про улаштування приймальних відділень по відомству Міністерства державного майна” (1865 р.) (Ф. 383. – Оп. 7. – Од. зб. 3566).

Матеріали місцевого характеру доземського періоду, що відтворюють стан піклування різних відомств про здоров'я підвідомчого населення, сконцентровані у сховищах Державного архіву Одеської області. Зокрема, справи Одеської міської думи (1822–1871 рр.) (Ф. 4. – Оп. 16. – Од. зб. 206, 321, 324; – Оп. 121. – Од. зб. 26), містять інформацію про кількість медичного персоналу, про затрачені на лікування населення кошти.

У фонді Піклувального комітету про іноземних поселенців (1805–1867 рр.) (Ф. 6. – Оп. 1. – Од. зб. 119; – Оп. 2. – Од. зб. 10223, 11882; – Оп. 4. – Од. зб. 19654, 23049) переважають справи про медичне обслуговування

населення в колоніях Новоросійського краю, про віспощеплення, статистичні дані про кількість лікарського та фельдшерського персоналу. Доповнюють наведений вище матеріал справи фонду Канцелярії Одеського управління іноземних поселенців (Ф. 252. – Оп. 1. – Од. зб. 169, 352, 388, 911).

У фонді Управління головного начальника Південних поселень (перетвореного із управління начальника Південного військового поселення резервної кавалерії у 1857 р. у зв'язку з ліквідацією військових поселень. Підпорядковувалося Міністерству державного майна, ліквідованого у 1866 р.) (1857–1867 рр.) (Ф. 7. – Оп. 1. – Од. зб. 88, 95, 205, 487, 522, 562), зосереджені справи про народонаселення колишніх округів Новоросійських військових поселень, закриття фельдшерських шкіл при госпіталях військових поселень і розподіл учнів за здібностями, а також продаж майна фельдшерських шкіл і залишків скелетів та фантомів для навчання поселянок повивальному мистецтву, про віспощеплення та ін.

Статистичні дані про населення Новоросійського краю, стан його здоров'я, господарство, побут, зосереджені в особистому фонді А.О. Скальковського (Ф. 147. – Оп. 1. – Од. зб. 77).

Незначна кількість матеріалів доземського періоду з досліджуваної проблематики міститься у фондах державного архіву Херсонської області (ДАХО), а саме: у фондах Канцелярії Херсонського цивільного губернатора (1805–1917 рр.) (Ф. 1. – Оп. 1. – Од. зб. 34, 37) та Херсонського губерньського правління (Ф. 3. – Оп. 1. – Од. зб. 38, 40, 50, 55).

У фондах державного архіву Кіровоградської області (ДАКІРО) важливий матеріал знаходимо у справах Єлисаветградської міської думи (Ф. 18. – Оп. 1. – Од. зб. 1, 3, 134, 223, 263, 274, 303, 387, 403, 487, 498).

Цей масив матеріалу є особливо цінним для теми нашого дослідження, оскільки допомагає сформуванню уявлення про стан медичного забезпечення в губернії у доземський період і провести відповідність між тим, якою була медична організація найчисельнішої і найбільшій маси населення до введення земств і що було зроблено земствами за період свого існування для покращення медичного обслуговування селян.

Фонди зазначених обласних архівів містять змістовний матеріал і земського періоду. У цьому контексті найбагатшими, на нашу думку, є сховища державного архіву Одеської області. Опрацьовані нами в ДАОО документи допомагають скласти загальне уявлення про стан медичного обслуговування населення Херсонської губернії і окремо в Миколаєві та Одесі, про інфекційні захворювання та епідемії у губернії. Вказані матеріали містяться, зокрема, у фонді Управління тимчасового Одеського генерал-губернатора (Ф. 5. – Оп. 1. – Од. зб. 4, 7, 38, 158, 730, 943, 1503, 1805/6, 1805/8). У фонді Новоросійського генерал-губернатора зосереджені звіти про стан народного здоров'я, облаштування сільської лікарської частини, запровадження періодичних з'їздів лікарів (Ф. 1. – Оп. 83. – Од. зб. 153; – Оп. 85. – Од. зб. 19; – Оп. 174. – Од. зб. 6, 15; – Оп. 147. – Од. зб. 127; – Оп. 197. – Од. зб. 108). Суттєво доповнюють ці матеріали документи фондів установ міських і земських самоврядувань (Ф. 4, 16, 17, 91, 359, 437, 447, 754),

медичних установ (Ф. 276, 322, 438, 453, 730, 748).

У фондах державного архіву Херсонської області зосереджені звіти про діяльність Херсонської губернської земської управи за період з 1865 до 1917 р. (Ф. 5. – Оп. 1. – Од. зб. 1, 2, 27, 31, 37, 39), особові справи земських лікарів і фельдшерів, їх дипломи і свідоцтва (Ф.6. – Оп. 1. – Од. зб. 48, 49, 53, 70, 90, 92), листування лікарів із земською управою, рапорти, прохання, клопотання лікарів і фельдшерів (Ф. 3. – Оп. 1. – Од. зб. 38, 40, 50, 55, 56, 60). Ці джерела дозволяють знайти відповідь на проблемні моменти діяльності земств, пов'язані з плинністю кадрів як лікарських, так і фельдшерських, розкривають причини цього явища.

Фонди державного архіву Миколаївської області (ДАМО) містять справи про організацію лікувальних і благодійних установ, про відкриття і закриття лікувально-продовольчих пунктів у Миколаєві, постанови нарад земських і міських лікарів (Ф. 216. – Оп. 1. – Од. зб. 262, 911, 1025, 1025, 1164, 1456, 1624, 3929, 3944, 3948). Зазначені документи суттєво доповнюють дані Лікарських хронік більш детальною інформацією про персональний склад лікарських нарад та сутність обговорюваних на них питань.

Цінний матеріал зберігається у сховищах державного архіву Кіровоградської області: про протихолерні заходи в Єлисаветграді, епідемічні захворювання і заходи проти їх поширення, листування між земською і міською управами з питань санітарії і ветеринарії, про службу в земстві земських лікарів, фельдшерів, акушерок (Ф. 78. – Оп. 3. – Од. зб. 454, 455, 468, 483, 506, 556, 847; – Оп. 7. – Од. зб. 337, 108, 74; – Оп. 8. – Од. зб. 8, 17; Ф. 18. – Оп. 1. – Од. зб. 1, 3, 134, 223, 263, 274, 303, 387, 403, 487, 498; Ф. 78. – Оп. 8. – Од. зб. 8, 14, 17, 60, 86; Ф. 20. – Оп. 1. – Од. зб. 28, 829, 834, 837, 844, 848, 852).

До наступної групи джерел відносяться законодавчі акти та нормативні документи, які становлять правову основу діяльності земств. До них належать, насамперед, “Положення про губернські та повітові земські установи” 1864 та 1890 рр., “Тимчасові правила для земських установ у справах про земські повинності, народному продовольстві та громадській опіці”, що містяться в Матеріалах із земського громадського устрою [87], опрацьовані автором у бібліотеці ЦДІА України в м. Києві, а також “Правила про введення в дію положення про земські установи” і ряд розпоряджень та циркулярів до цих документів, зосереджених у Російському державному історичному архіві: у фондах Департаменту загальних справ МВС (Ф. 117. – Оп. 91. – Од. зб. 1), Господарського департаменту Міністерства внутрішніх справ (Ф. 1287. – Оп. 91. – Од. зб. 22) [66-67]. Ці законодавчі акти органів державної влади Російської імперії сприяють з'ясуванню сутності діяльності, завдань та компетенції земств.

Наведену групу джерел суттєво доповнюють положення Лікарських статутів 1857 та 1905 рр. [138], Статути лікувальних закладів відомства Міністерства внутрішніх справ 1851 і 1893 рр., інструкція з управління лікувальними закладами МВС 1894 р. [134, 137], які формували правові засади земської медицини протягом тривалого періоду і були основними

регламентуючими документами із медичної справи. Особлива увага приділяється аналізу правового забезпечення земсько-медичних питань і їх відповідності існуючим проблемам на місцях, зокрема у Херсонській губернії. Встановлено, що земські положення і положення медичних статутів та інструкції у земсько-медичній практиці використовувалися мало, оскільки були суперечливими за змістом і не відповідали тодішньому стану речей.

Наступну, найбільш об'ємну групу опублікованих джерел за темою дисертації становлять матеріали діловодства земств Херсонської губернії, поділені нами для зручності їх характеристики на кілька підгруп:

1. Збірники губернського та повітових земств (помісячні і узагальнені річні), в яких поданий матеріал засідань земських управ, питання, які розглядалися на засіданнях і прийняті з них рішення, у тому числі з земсько-медичних проблем. Вони містять також звіти управ про санітарно-гігієнічний стан територій, кількість лікувальних закладів та їх медичний персонал.
2. Земсько-медичні статистичні збірники, нариси та звіти, складені, як правило, значними діячами земської медицини, вченими, лікарями – статистами і санітарними лікарями за дорученням губернських земських управ. Це праці Д.М. Тезякова, Є.І. Яковенко, І.Н. Козубова, П.М. Діатроптова, В.І. Маркелова, О.І. Улибашева та ін. Вони є цінним додатковим матеріалом, який допомагає відтворити цілісну картину земської медицини у Херсонській губернії, містять великий описовий та статистичний матеріал.
3. Матеріали губернських з'їздів земських лікарів Херсонської губернії, фельдшерських з'їздів, доповіді і постанови повітових зборів і з'їздів земських лікарів, роботи санітарних губернських з'їздів. Саме з'їзди у земський період стали генераторами ідей лікарів, об'єднували між собою прогресивних лікарів-практиків, допомагали у вирішенні наболілих і злободенних питань, були одним з видів і доказів активної діяльності лікарської спільноти.
4. Доповіді та звіти дільничних земських лікарів губернським з'їздам, повітовим та губернським земським зборам і управам. Вони містять цінну інформацію про стан лікарських дільниць, статистичний матеріал щодо кількості хворих, якості проведеного лікування, відомості про заходи з припинення епідемій, медико-топографічні описи окремих територій, медичне оснащення лікарень та ін.
5. Дослідження і звіти земських санітарних лікарів, що знайомлять з особливостями місцевості, життям і побутом селян; містять відомості про переважаючі у даному регіоні хвороби, статистичний матеріал про епідемії, що відбулися і рекомендований перелік попереджувальних заходів при епідемічній загрозі. Особливе значення у санітарних дослідженнях надається матеріалам вивчення умов проживання сезонних робітників у місцях їх перебування, а також надання медичної допомоги і забезпечення їх засобами для існування. Слід врахувати і доповіді про санітарний стан шкіл, виховних дитячих закладів, притулків для неімущих

6. Лікарські хроніки, які виходили в Херсонській губернії з 1892 р. як доповнення до Збірників губернського земства. На сторінках Хронік публікувались матеріали з'їздів лікарів та нарад, праці лікарів оглядового характеру і їх наукові дослідження, постанови губернських та повітових зборів з питань медицини, урядові документи щодо протиепідемічних заходів тощо.

До окремої групи в дослідженні ми віднесли статистичні документи, довідкові матеріали різних відомчих установ. Це й документи Міністерства внутрішніх справ (МВС) довідкового характеру: звіти Медичного департаменту МВС [85; 116], щорічні Російські медичні списки, звіти про стан народного здоров'я і організацію лікарської допомоги в Росії [121-123], Земсько-статистичний збірник (матеріали щодо розвитку земської медицини в Росії за перших 25 років (1865–1890 рр.) [84]. Розгляд цих та інших довідкових і статистичних документів дозволяє проаналізувати відповідність звітів земських і державних установ з медицини і дає підстави для комплексного аналізу стану доземської і земської медичних організацій.

Наведену групу джерел суттєво доповнюють чисельні публікації у періодичній пресі того часу. Відомими діячами-практиками земської медицини і просто лікарями представлені матеріали, що містять широкий спектр питань – від констатації наболілих практичних питань, до серйозних аналітичних розробок. Своєчасно і гостро реагуючи на злободенні проблеми земської медицини, преса відтворила увесь спектр напрямів земсько-медичної діяльності – від публікацій стенографічних звітів земських з'їздів до статистичних медичних оглядів, від аналітичних робіт про санітарно-епідемічний стан до публікацій урядових та земських розпоряджень із облаштування медичної частини.

Із періодичних видань з медицини слід виділити: газети “Врачебные ведомости” (ред. П.А. Ільїнський), “Медицинский вестник” (ред. А.Я. Чистович), “Врач” (ред. В.А. Манасеїн), “Современная медицина” (ред. О.І. Вальтер), “Московская медицинская газета” (орган Общества русских врачей в Москве), “Фельдшер” (ред. Б.А. Окс); а також журнали: “Архив судебной медицины и общественной гигиены” (ред. Г.І. Архангельський), “Медицинское обозрение” (ред. В. Спримон), “Здоровье” (ред. О.П. Доброславін).

На належну увагу заслуговують мемуарні матеріали земських діячів і лікарів: М. Рудинського, В.М. Хижнякова, М.І. Тезякова, З.Г. Френкеля, Є.І. Яковенко [149-151]. У цих спогадах підкреслюються характерні деталі земсько-медичної практики. Вони є не тільки суттєвим доповненням, а й оригінальним видом джерел за темою дисертації.

Таким чином, у дореволюційний, радянський і сучасний періоди вітчизняної історії написано значну кількість праць про багатогранну діяльність земських установ. Серед них певне місце посідають і праці з історії земської медицини, у тому числі й на території України. У них є тільки окремі дані з нашої проблематики, що не дозволяє скласти її цілісну

картину. Сьогодні відсутні окремі узагальнюючі наукові розвідки про роль Херсонського земства в медичному обслуговуванні населення у 1865–1917 рр. На нашу думку лише регіональний підхід до висвітлення проблеми земської медицини може дати найефективніший результат у визначенні шляхів, закономірностей та особливостей її розвитку.

При цьому тема дисертації забезпечена широким колом джерел, насамперед архівних, які досі не були введені до наукового обігу. Крім них, цінні для нас відомості містять законодавчі акти, нормативні документи, матеріали діловодства, статистики, публікації у тогочасній пресі, мемуарна література, що тільки фрагментарно використовувалася нашими попередниками.

РОЗДІЛ 2

Становлення земської медичної допомоги сільському населенню губернії у 1865–1872 рр.

2.1. Особливості медичної допомоги населенню у доземський період

Херсонська губернія утворилася 15 травня 1803 р. у результаті переведення губернського правління з м. Миколаєва до Херсона, заснованого у 1778 р. на місці військового укріплення, яке існувало ще з 1737 р. Кількість її повітів у 1834 р. досягла шести. У 1865 р. з перенесенням повітового управління із Бобринця до Єлисаветграда закінчилися адміністративні перетворення у складі губернії. Крім шести повітів: Херсонського, Олександрійського, Ананьївського, Єлисаветградського, Одеського і Тираспольського, у губернії налічувалося 18 міст, м. Одеса мало самостійний статус і управлялося Одеським градоначальником, а м. Миколаїв з передмістям знаходилося у підпорядкуванні Миколаївського військового губернатора [124, с. 4]. Загальна площа губернії становила 62519,1 кв. верст, з населенням 778 тис. жителів, густина населення 12 осіб на 1 кв. версту [84]. Переважну більшість населення становили селяни (84,98% – зосереджені у повітах) [124, с. 7].

Становлення Херсонської губернії, як адміністративної одиниці, відбувалося за умов намагань російського уряду проводити наприкінці XVIII – на початку XIX ст. окремих державних заходів щодо удосконалення медичної допомоги населенню. До них слід віднести насамперед видання у 1775 р. Закону “Учреждения для управления губерний Всероссийской империи”, згідно з яким у Російській імперії, поряд з іншим, запроваджувались перші органи державного управління медичною справою у містах – Прикази громадської опіки, а також введення у 1797 р., з метою децентралізації управління медичною справою медико-адміністративних органів на місцях – Лікарських управ, яким Медична Колегія делегувала функції безпосереднього оперативного управління медичною частиною у межах губернії.

Крім того, Херсонська губернія утворилася через рік після проведення у Російській імперії державної реформи центральних органів управління – скасування Колегій і введення нової форми галузевого управління – міністерств (1802 р.), у результаті чого у 1804 р. Медична колегія була ліквідована, а управління медичною справою передавалося Міністерству внутрішніх справ, у структурі якого тільки з 1829 р. з’явився Медичний департамент. Відповідно до Лікарського Статуту (1857 р.) йому підпорядковувалися лікувальні заклади Приказів, а “...місцевий нагляд за ними покладался на губернські Лікарські управи” [134, ст. 583, с. 103].

Безумовно, вказані нововведення не могли не позначитися на організації медичної допомоги у Херсонській губернії, яка з часу її утворення будувалась відповідно до Положення про Прикази громадської опіки, що поклало початок, як і у всій Російській імперії, так званій приказній медицині

У дореформений період прикази відіграли важливу роль у становленні губернської, міської та повітової медицини, у зв'язку з чим аналіз їх діяльності потребує детального висвітлення.

Засновані як державні органи громадської опіки на самостійних началах і незалежно від загальнодержавних джерел фінансування, прикази у обов'язковому порядку повинні були "...улаштувати та утримувати: народні школи, сирітські будинки, лікарні, аптеки, будинки для невиліковно хворих та психічнохворих і "работные дома"..." [172]. У ст. 308 Положення про Прикази зазначалося також, якою повинна бути організація цих закладів, зокрема: для "...установлення і нагляду шпиталів чи лікарень для лікування хворих належить Приказу громадської опіки намагатися засновувати останні для багатолюдних міст...", "...за містом, але близько від річки", "...не вище міста", "...на високому місці та свіжому повітрі", щоб "...будівля була не тісною й не низькою..." [172, с. 533].

Незважаючи на державну належність і самостійність, прикази були громадськими організаціями, а не спеціальними урядовими органами. Згідно з Положенням про Прикази громадської опіки, до їхнього представницького складу входили: губернатор – голова, два засідателі верхнього земського суду (із дворян), два засідателі губернського магістрату (від купецтва і міщан), і два засідателі верхньої розправи (селяни). Зазначене представництво "потреб і користі" від усіх станів покликане було внести у справу допомоги бідним громадський елемент і зацікавленість опікою усіх станів. Щоправда, вказане представництво виявилось не вибірним і не підзвітним виборцям, що у кінцевому результаті стало одним із факторів занедбаності діяльності приказів [172, с. 534].

З перших років існування прикази займалися головним чином опікою, а лікування вважалось справою другорядною. Лікарні приказів (перша в Україні відкрита в Чернігові у 1786 р.) розраховувалися на надання допомоги обмеженим верстам населення. У ст. 584 Статуту громадської опіки зазначалося: "В лікарні приказів приймати хворих і неімущих людей безоплатно; 2) імущих хворих, у тому числі селян і дворових людей, за помірну плату і тільки тоді, коли є вільні місця" [134, ст. 584, с. 103]. "Помірна" плата для чиновників, купців, міщан з інших губерній, поміщицьких селян і служителів становила 7 крб. 50 коп. за місяць [134, ст. 585, с. 104]. Існували лікарні на кошти від сплати за лікування переважно з осіб військового відомства і пожертвування, але навіть ті мізерні асигнування, які відводилися на їх утримання, за прямим призначенням витрачалися не повністю, оскільки частина їх спрямовувалась на прибутки безпосередньо приказів як органів управління [3, арк. 31; 33, арк. 1-26].

Місткість перших лікарень не перевищувала 20 ліжок [1, арк. 18; 2, арк. 65]. Згодом вона зросла, особливо у губернських містах, які уособлювали комплекс закладів з лікування і опіки і об'єднувались назвою “богоугодних” (лікарня, будинок для психічно хворих, богадільня й притулок).

“Учреждением о губерниях” чітко визначався склад службовців при лікарнях Приказу та їх обов'язки (при кожній лікарні: головний наглядач, лікар-оглядач, лікарі й підлікарі, штат службовців) [172, с. 548]. Особливою постаттю приказних лікарень був наглядач – особа без медичної підготовки, але наділена широкими адміністративними повноваженнями.

Згідно зі штатним розписом у губернських лікарнях Приказів одна посада лікаря встановлювалась з розрахунку на 50 ліжок, однак на практиці цього не дотримувались.

“Порядки”, що існували в приказних лікарнях, досить влучно охарактеризував лікар С.М. Корженевський, вказавши, що “...лікарні були не лікувальними закладами, а казематами, куди могли загнати людину лише скрута та безвихідне становище, за умови, що з неї взяти нічого, у тому числі й плати за лікування” [202, с. 267].

Наведені та ще кілька інших об'єктивних і суб'єктивних причин під кінець існування “приказної медицини” призвели до того, що переважна більшість лікарень приказів занепали, навіть ті, які свого часу вважались кращими. Сучасники, характеризуючи стан губернських і повітових лікувальних закладів та богаділень, зазначали: “Дахи протікали, стіни були тріснутими. Що стосується тих, кого доля посилала в стіни цього закладу, то вони, здебільшого, дивились на необхідність йти в лікарню як на божу кару” [248, с. 63-64].

Про незадовільний їх стан був поінформований уряд, про що свідчить, зокрема, звіт міністра внутрішніх справ за 1856 р.: “...лікарні, через відсутність власних приміщень, розміщувалися в найманих будівлях, зовсім не пристосованих і у той же час потребуючих великих витрат... відкриті несправності свідчили як про брак коштів, так і піклування місцевого керівництва” [85, с. 17-18]. Однак дієвих заходів щодо покращення стану приказних лікарень і у цілому приказної медицини урядом не проводилося.

Аналогічний незадовільний стан приказних лікарень був і у Херсонській губернії. Херсонський Приказ мав найнижчі показники серед українських губерній щодо кількості як богоугодних закладів, так і лікарень та ліків у них. Динаміка розвитку лікарняної мережі приказів у повітових українських містах з початку і до середини ХІХ ст. подана у табл. 2.1 [266].

Таблиця 2.1

Лікарняна мережа у повітових містах України (до середини ХІХ ст.)

Приказ	Лікарень			
	1802 р.	1810 р.	1819 р.	1852 р.
Волинський	1	2	2	2
Катеринославський	1	1	1	7
Київський	1	2	2	11

Подільський	1	1	3	12
Полтавський	-	-	3	17
Таврійський	-	-	1	9
Харківський	1	1	1	10
Херсонський	-	-	-	6
Чернігівський	-	2	2	16
Усього	5	9	15	101

Як бачимо з даних табл. 2.1, на середину ХІХ ст. на долю Херсонського Приказу припадало лише 6% усіх приказних повітових міських лікарень України, а їх кількість була майже утричі меншою порівняно із сусіднім Полтавським.

У підпорядкуванні Херсонського Приказу перебували лікарні: Херсонська (60 ліжок), Бериславська (24 ліжка), Дубоссарська (13 ліжок), Ананьївська (16 ліжок), Бобринецька (17 ліжок), Олександрійська (30 ліжок). Крім того, у Херсоні знаходилися будинок для психічнохворих і богадільня на 200 ліжок, а також сирітський будинок на 50 місць [80, с. 193].

Утримувалися лікарні переважно за рахунок власних прибутків: допомоги від міст, плати за лікування військових чинів (70-80 коп. за добу) від різних відомств, та селян (7 крб. 50 коп. за місяць), а при нестачі коштів, витрати покривалися із сум приказу. Аналіз контингенту хворих свідчить про їх належність до міст і військового відомства, селяни у них майже не лікувалися. Причиною останнього була як надто висока плата, так і обов'язковість її внесення у повному обсязі незалежно від кількості проведених у лікарні днів [80, с. 193]. Більш чітко уявлення щодо способу оплати за хворого можна скласти з виявленого нами відношення Новоросійського і Бессарабського генерал-губернатора по Дубоссарській лікарні (31 жовтня 1861 р. № 10357), в якому зазначалося, що користувачів міської лікарні після одужання направляли до поліції для отримання з них плати за лікування, або, за відсутності коштів, до моменту пред'явлення благодійного поручительства чи засвідчення доказу про бідність [80, с. 200; 33].

Як свідчать дані канцелярії губернатора, у лікарнях Херсонського Приказу в середньому лікувалося щоденно до 90 осіб [84, с. 4; 26, арк. 1-6]. Усі лікарні, за винятком губерньської, знаходилися в надзвичайно непривабливому стані. Херсонський губернатор Клушин та інспектор Лікарської управи, відвідавши лікарню у Бериславі зазначали: "...хоч приміщення і зручне, але утримується грязно, повітря важке, білизна грязна... Немає уваги і співчуття до хворого ні від лікаря, ні від наглядача разом із фельдшером..." [80, с. 200]. Бобринецька міська лікарня розміщувалася в старому будинку, лише з чоловічими палатами. Післяопераційні хворі знаходилися поряд з інфекційними. Подібна ситуація була і у Дубоссарській та Очаківській лікарнях.

Отже, практична сторона діяльності Херсонського Приказу вказує на те, що медична допомога надавалася обмеженому контингенту хворих

переважно військового відомства, а стан лікарняних приміщень і якість обслуговування у них виявилися вкрай незадовільними.

У цілому Прикази громадської опіки існували в Україні 120 років до прийняття 2 квітня 1903 р. закону про їх скасування. За 83 роки до введення земства у губернських та повітових містах ними була створена певна мережа медико-благодійницьких закладів: 101 лікарня (всього у Росії – 519) на 3508 ліжок, 9 богаділень (у Росії – 107) на 909 ліжок, 8 (33 у Росії) будинків для психічнохворих на 382 ліжка [266, с. 34]. Херсонська губернія у переліку українських губерній займала не перші, але й не останні позиції: 6 лікарень (з 62 у повітових українських містах) на 169 місць (2675) і богадільня (10) на 200 місць (952) [84, с. 1-2].

За період існування прикази, як органи управління, неодноразово зазнавали змін. Їх доля, як і інших такого роду структур, залежала від монаршої “прихильності”, що було не на користь останніх. Підпорядкування приказів Міністерству внутрішніх справ (1802 р.) позбавило їх самостійності і призвело до зростання бюрократичної сутності, що проявилось, зокрема, у безкінечному листуванні між інстанціями та паперовій звітності про стан лікарняних і богоугодних приміщень. За висловом В.Я. Канеля, “...медицину цього періоду справедливо називали паперовою. На папері існували і лікарні і лікарі і фельдшери..., а насправді не було нічого...” [266, с. 35].

Одночасно з введенням приказів законодавчо була започаткована повітова медицина. Згідно з Указом “Учреждения для управления губерний Всероссийской империи. Часть первая” (1775 г.), у кожному повіті передбачалась наявність посад лікаря, двох підлікарів і двох лікарських учнів. Необхідність запровадження повітової медицини в українських губерніях обумовлювалась відсутністю будь-якої медичної допомоги сільському населенню, оскільки після введення кріпосного права у 1783 р. припинили діяльність поодинокі сільські шпиталі, а надання медичної допомоги кріпакам не входило до обов’язків новостворених Приказів громадської опіки [254, с. 26].

Цим самим Указом дозволялося відкривати повітові лікарні, що змусило прикази відійти від надання медичної допомоги виключно міському населенню у губернських та інших містах і перейти до заснування повітових благодійних закладів, у тому числі й лікарень.

Вказане слід розглядати як позитивне явище, що сприяло відкриттю наприкінці XVIII – на початку XIX ст. перших лікарень на 25 ліжок в українських повітових містах, зокрема: Золотоноші, Миргороді, Прилуках, Переяславі, Гадячі, Пирятині, Херсоні, Ново-Миргороді, Бобринці, Єлисаветграді й Олександрії (на 50 ліжок) та інших містах.

Перші призначення повітових лікарів в Україні відбулися у 1797 р., тобто, через 20 років після введення їх посад, згідно з указом Сенату від 7 листопада 1775 р. Але укомплектування ними викликало значні труднощі для України, де і у подальшому не виконувались урядові укази про відкриття медичних факультетів університетів у Катеринославі (1784 р.), Чернігові (1786 р.) і Сімферополі (1786 р.) [257, с. 27].

Повіти Херсонської губернії лише у 50-х роках ХІХ ст. були укомплектовані медичним персоналом: лікар у кожному повіті, при ньому один-два фельдшери та учні [80, с. 195]. До їх непрямих обов'язків входило, зокрема, виконання судово-медичних функцій, які мали пріоритетне значення й домінувати над іншими. Враховуючи величину повітів губернії, низьку щільність населення, розселеного на сотні кілометрів та за відсутності транспортних засобів, повітові лікарі не могли значною мірою вплинути на покращення медичної допомоги населенню, особливо при епідеміях, проте, вони стали першими представниками наукової медицини у сільській місцевості.

Однак, заснуванням приказів і введенням штату повітових лікарів реформування медичної справи наприкінці ХVІІІ ст. не завершилось. Після проведеної у 1797 р. в Російській державі адміністративно-територіальної реформи, поряд з приказами були введені нові органи управління медичною справою – губернські Лікарські управи, до складу яких входили: інспектор, оператор, акушер. Лікарським управам підпорядковувалися міські й повітові лікарі, лікарські учні, повитухи, військові та госпітальні лікарі, полкові лазарети, лікарні, а також “казенні і партикулярні” аптеки. До обов'язків управ відносилися: “1) інспекція та нагляд за особами й установами, що завідували в губернії медичною справою; 2) народне здоров'я в прямому розумінні цього значення; 3) санітарія, гігієна й ветеринарія; 4) обов'язки, пов'язані з судово-медичною справою”, а також складання щорічних медико-топографічних описів губернії, або окремих міст [210, с. 1455-1458].

Відношення лікарської громадськості до введення Лікарських управ було неоднозначним. Наприклад, відомий історик медицини Я.Чистович вважав його негативним явищем [193, с. 37], однак з цим погодитись не можна. Якщо врахувати, що до їх заснування медичною справою займалася лише місцева адміністрація й органи поліції, а лікарі позбавлялись будь-яких адміністративних прав, то з введенням Лікарських управ лікарі вперше увійшли до місцевих органів управління, тобто, медична справа отримала в губернському адміністративному апараті своїх представників, які одночасно були й виконавцями накреслених заходів.

Херсонська Лікарська управа завідувала медичною частиною у всіх містах губернії, крім Одеси (Лікарська управа була заснована в 1824 р.) [37, арк. 16] та Миколаєва. Кількісний склад міського медичного персоналу, що підпорядковувався Херсонській Лікарській управі, налічував 20 лікарів, дев'ять повитух та 19 фельдшерів [84, с. 5]. Матеріальні умови служби медичного персоналу виявились незадовільними: лікарі отримували заробітну плату 257 крб. [60, арк. 3-6]; фельдшери, учні та повитухи від 42 до 56 крб. на рік. Значно вищою оплата праці була тільки у лікарського персоналу губернської лікарні (від 250 до 500 крб.) [84, с. 5].

Отже, на початку ХІХ ст. єдиними представниками державної влади на місцях у структурі медичної справи стали губернські Лікарські управи, а в містах – повітові й міські лікарі.

Однак, започаткувавши витoki медичної допомоги в сільській місцевості, уряд не передбачав спеціального органу управління нею. Тільки в 1851 р., тобто за десять років до скасування кріпосного права, при двох урядових органах – Відомстві майна і Відомстві наділів – був створений перший у царській Росії орган управління медичною справою у сільській місцевості – Медичне управління з організації медичної допомоги державним селянам.

Аналіз діяльності медичної мережі відомства Міністерства державного майна (далі – МДМ) свідчить про фактичну відсутність у його розпорядженні лікарень. Воно спромоглося відкрити лише дві лікарні на 50 ліжок у Харківській губернії. Основними його закладами з надання медичної допомоги стали приймальні відділення, відкриття яких передбачалося Правилами облаштування приймальних відділень по відомству МДМ (1856 р.) [65, арк. 117-119]:

1. Приймальні відділення відкривати "... тільки у волостях, де є волосні аптечки й фельдшери”;
2. Відділення упорядковувати "...в окремих вільних приміщеннях, чи громадських будинках волосних або сільських розправ”;
3. "...особливої прислуги призначати не слід, тобто відділення ці упорядковуються не для постійного користування, а тільки, щоб мати можливість надавати поселянам першу допомогу при захворюваннях, доступних знанням фельдшерів”;
4. У відділенні мати чотири-п’ять ліжок і необхідні речі на суму – не більше 30 крб.;
5. “...усувати... будь-яку формальність у цій справі, упорядковувати відділення враховуючи кошти селян і не вимагати для цього зайвих затрат”.

Згодом саме таку організацію на перших порах взяли за основу земства, однак, з огляду на практичну діяльність медичної мережі відомства МДМ, вона була далеко не ідеальною, оскільки не мала у своєму розпорядженні лікарень, а невелика кількість приймальних відділень на три-шість ліжок з фельдшерською допомогою, які були погано укомплектовані і здебільшого існували тільки на папері, не могли повною мірою задовольнити потреби селян. Існування відділень за рахунок громадського збору є лише зайвим доказом намагань адміністрації відомства Міністерства державного майна перекласти тягар витрат з медичної частини на самих селян.

Проте, не створивши власної мережі сільських лікарень, вказане медичне управління стало біля витоків запровадження певної системи організації медичної допомоги у сільській місцевості й управління нею. Ним був введений новий для того часу принцип розподілу губерній на медичні округи, які склалися з трьох-п’яти повітів і у медичному відношенні підпорядковувались окружному лікарю. У волостях встановлювались посади фельдшерів, при деяких з них створювались приймальні відділення. У губерньському місті знаходився старший лікар, який наглядав за сільською медичною частиною губернії [134, ст. 3, с. 4].

Впровадження такої системи надання медичної допомоги сільському населенню потребувало значної кількості медичних працівників. Основними з них стали допоміжні працівники – фельдшери, посади яких і найменування спеціальності були введені в Україні у 1841 р. Проте, відсутність спеціальних державних навчальних закладів при значній потребі у фельдшерах призвели до масової підготовки фахівців вкрай низької кваліфікації. Є.О.Осипов (1899 р.) вказував: “...Фельдшери готувались із хлопчиків удільних селян в школах цих відомств, що знаходилися в деяких губернських містах, де їх навчали будь-як і будь-чому, а потім відправляли в села у вигляді самостійних медичних практиків...” [248, с. 58]. Саме вони заклали те негативне явище в сільській медицині, яке згодом, у період земства, отримало назву “фельдшеризму”.

Медичною допомогою державних селян Херсонської губернії, кількість яких за результатами десятої ревізії становила близько 96 тис. осіб, забезпечувало Відомство Палати державного майна [80, с. 195], що не мало власних лікарень. Увесь лікарський персонал складався з трьох лікарів: губернського з місцепроживанням у Херсоні, який наглядав за медичною частиною відомства; старшого Тираспольського окружного лікаря і молодшого Ананьївського. Підпорядкована їм мережа та персонал подана у табл. 2.2 [60, арк. 5]. Оплата праці лікарів становила від 350 до 500 крб. на рік. Старші фельдшери отримували 40 крб. на рік; молодші – 30, а віспощепії – по 17 крб. 50 коп. на рік. Крім того, фельдшери отримували в сільських магазинах пайок (три четверті жита і дві четверті ярого хліба) та безкоштовно користувалися житлом. На утримання медичного персоналу кошти вираховувалися шляхом громадського збору з державних селян (по 2 коп. з людини) [60, арк. 6].

Таблиця 2.2

**Мережа та персонал Відомства Палати державного майна
у Херсонській губернії**

Повіт	Прийм. відділень	Фельдшерів старших	Фельдшерів молодших	Віспощепіїв
Ананьївський	3	2	1	1
Єлисаветградський	-	-	1	-
Одеський	5	2	3	6
Олександрійський	-	-	-	1
Херсонський	1	3	2	2
Разом	9	7	7	10

Дані табл. 2.2 вказують на те, що державні селяни, які населяли чотири з шести повітів губернії, отримували медичну допомогу від фельдшерів (один-два на повіт) у приймальних відділеннях. Останні влаштовувалися як на мирські капітали, так і на натуральні податки общин. Аптеки відкривалися лише у волостях, де були фельдшери, а на їх обладнання та закупівлю ліків кошти витрачались із того самого громадського збору по 60 крб. на рік [105, с. 328].

Таким чином, на прикладі діяльності Відомства Палати державного майна в Херсонській губернії чітко відслідковується реальний незадовільний стан охоплення медичною допомогою державних селян, усвідомлюються як переваги, так і недоліки окружної системи.

Якщо для державних селян передбачалися хоча б якісь урядові заходи стосовно надання їм медичної допомоги, то поміщицькі селяни, кількість яких у Херсонській губернії, за даними десятої ревізії перевищувала 321 тис. чоловік, фактично були їй позбавлені [80, с. 196].

Лікарським Статутом (1857 р.) передбачалось лікування селян і дворових людей у підвідомчих Приказу громадської опіки лікарнях за помірну плату тільки при наявності вільних місць [134, ст. 584, с. 104].

Відкриття окремими поміщиками на власні кошти лазаретів з фельдшерською, рідше лікарською допомогою породило існування так званих поміщицьких (економних) лікарень. Прикладом цього в Херсонській губернії були “економні лікарні” у маєтку Фундуклея (Єлисаветградський повіт), Його Високості Великого Князя Михайла Миколайовича (с. Грушівка) та Князя Кочубея (с. Загрядівка) [60, арк. 7].

Крім того, як правило, майже у кожного поміщика знаходилася аптечка, а окремі з них мали спеціальних дворових людей, які надавали медичну допомогу. Така медицина домашнього формування в якісному відношенні мало поступалася організованій медицині інших класів сільського населення, однак вона не могла протистояти частим епідеміям, тому найчисельніша маса сільського населення (кількість поміщицьких селян дорівнювала сумі інших класів сільського населення губернії) була найнезахищенішою.

Після реформи 1861 р. поміщицькі селяни були переведені у розряд тимчасовозобов’язаних, а піклування про їхнє здоров’я покладалось на громадські організації – повітові Комітети громадського здоров’я, засновані 24 січня 1852 р. у всіх губерніях з метою “охорони народного здоров’я, для своєчасного виявлення всього того, що загрожувало здоров’ю й прийняття одноразових заходів для попередження епідемічних хвороб” [138, ст. 836, с. 146]. До Комітету входили представники вищої губернської та повітової адміністрації, дворянства й духовенства під головуванням губернатора. На випадок появи епідемій на них покладалася обов’язки губернських санітарно-виконавчих комісій [138, ст. 837-839, с. 146-147].

У той самий час, створені як суцільно бюрократичні органи без залучення до них представників від лікарської громади, Комітети громадського здоров’я не могли впливати на покращення медичної допомоги сільському населенню. Єдиними виконавцями їхніх розпоряджень були повітові лікарі, фактична діяльність яких обмежувалася виключно контролем за віспощепленням.

З питань віспощеплення комітети взаємодіяли з губернськими Віспяними комітетами, заснованими в 1811 р. на чолі з губернатором, та повітовими Віспяними комітетами, які безпосередньо контролювали прищеплення віспи учнями-віспощепіями під наглядом лікарів [138, ст. 966, с. 170]. Крім того, щепленням віспи повинен був займатися також увесь

медичний персонал повіту, навіть лікарі військового відомства, яких залучали для екзамнування майбутніх віспощепіїв. Однак система заохочення за кращі показники із щеплення віспи враховувала лише кількісну їх сторону [138, с. 170-185], а безконтрольність за діяльністю основної маси сільських віспощепіїв призвела до дискредитації системи у цілому внаслідок постійних приписок і низької якості самих щеплень.

Загалом же, засновані у ХІХ ст. різні структури для боротьби з епідемічними хворобами (в основному тільки для контролю), існували незалежно одна від одної, характеризувались обособленістю, часом навіть не погоджуючи дії у спільних питаннях боротьби з епідеміями, що не приносило користі ні окремим відомствам, ні загальній справі оздоровлення населення.

Однією з особливостей Херсонської губернії, починаючи з 1817 р., стало розміщення на її території військових поселень: І Українського уланського полку (березень 1821 р.) та ІІІ кірасирської дивізії в Олександрійському повіті (листопад 1821 р.) із специфічною організацією, підпорядкованою військовим порядкам та адміністрації [208, с. 111-117]. Зокрема, заснування за проектом графа Вітте військового поселення в Олександрійському повіті передбачало скорочення на нього витрат з боку казни й утримання за рахунок місцевих жителів. Вказане негативно позначилося на економічному становищі повіту, у тому числі й на організації медичного обслуговування військово-поселянського населення, яка мала свої особливості.

Характеризуючи облаштування медицини доземського періоду, Є. Осипов, І. Попов і П. Куркін зазначали: “Ймовірно, більш діяльне улаштування медичної допомоги існувало у відомствах військових поселень, іноземних колоністів і євреїв-землеробів в Херсонській губернії” [248, с. 62]. З огляду на викладене, вважали за доцільне більш детально розглянути положення медичної частини в зазначених відомствах.

Аналіз джерел інформації свідчить, що усі 36 волостей військових поселення, кількість яких за даними десятого перепису перевищувала 275 тис. осіб, Управлінням південних поселень поділялись на три лікарські дільниці (табл. 2.3) [80, с. 196; 51, арк. 43].

Таблиця 2.3

Дільниці та медичний персонал військових поселень Херсонської губернії

Дільниця	К-ть лікарів	К-ть фельдшерів	К-ть віспощепіїв	Волостей у обслуговуванні лікарів
Нова Прага	1	11	46	11
Новомиргород	1	12	48	12
Вознесенськ	1	13	53	13

Дані табл. 2.3 вказують на те, що 36 волостей військових поселення, хоча й неоднаковою мірою, поділялись між трьома лікарями та 36 фельдшерами.

Оплата праці лікарів здійснювалася із громадського збору з селян (по 735 крб.). У кожній волості існувало приймальне відділення на чолі з фельдшером, послуги якого оплачувалися з сільських мирських капіталів, які знаходилися у розпорядженні громад. Віспощепії (по 4-5 на волость) наймалися сільськими громадами і теж утримувалися коштами з мирських капіталів [53, арк. 6; 55, арк. 43]. Кількість медичного персоналу військових поселень мало чим поступалася іншим відомствам. Власних лікарень військові поселення не мали, обмежуючись приймальними відділеннями при волосних правліннях, або у окремих будинках. Лікарі відвідували приймальні відділення рідко, виключно під час рекрутського набору. На придбання ліків та іншого медичного обладнання приймальному відділенню виділялося по 40 крб. з коштів мирських капіталів громад, з яких оплачувалось також навчання кількох молодих людей у фельдшерській школі при Київському військовому шпиталі [81, с. 719-720; 52, арк. 23].

Селяни волостей, де розквартирувалися військові поселення, як пільгу отримували право безкоштовного користування казенними ліками [208, с. 98]. Про незадовільне оснащення приймальних відділень свідчить те, що земству, прийнявши в завідування медичну військово-поселенську частину, довелось фактично організувати її заново. Посилаючись на висловлювання земських зборів про організацію медичної допомоги у військових поселеннях, відомий санітарний лікар М.І. Тезяков наголошував: "... південні поселення, де фельдшери перебувають під наглядом і військового керівництва й лікаря, не користувалися достатнім медичним матеріальним утриманням" [139, с. 1-5].

Військово-поселенська організація проіснувала у Херсонській губернії близько 40 років і у 1858 р. була ліквідована, а поселення підпорядковані загальним установам, хоча у господарському відношенні продовжували залишатися у віданні військово-поселянського керівництва. Військові шпиталі в Новогеоргієвську, Новостародубі, Куцовці були закриті, а приймальні фельдшерські відділення залишалися, здебільшого, для рахунку [139, с. 6].

Медична військово-поселенська частина Херсонської губернії, як і округна, характеризувалась відсутністю лікарень, безконтрольною діяльністю фельдшерів у приймальних відділеннях, епізодичними наглядами лікарів, незадовільним станом відділень на час їх передачі земству. Єдиним позитивним її моментом була вища оплата праці лікарів та фельдшерів, але при цьому слід врахувати, що утримання персоналу покладалось на поселення.

Про медичну частину колишніх колоністів – іноземних поселенців (близько 53 тис. осіб) і євреїв-землеробів (понад 15 тис.), які проживали на території Херсонської губернії відомо, що вона була подібна до округної [80, с. 196]. Лікар при Піклувальному комітеті іноземців-колоністів і лікар при єдиній лікарні у єврейській колонії Великому-Нагартаві утримувалися за рахунок коштів Міністерства державного майна, а фельдшери працювали за окремими угодами з громадами, отримуючи плату з громадських зборів від 25 до 108 крб. на рік, крім того, за віспощеплення – від 15 до 20 коп. за

дитину, а повитухи – добровільні пожертвування від породіль [60, арк. 10-11; 48, арк. 7; 50, арк. 67].

На лікарню євреї-землероби вносили щорічно 15 копійочний збір з людини за що лікувалися безоплатно, а хворі іншого відомства платили від 70 до 80 коп. на день. Ліки з аптеки відпускалися згідно з укладеною угодою. Нагляд за медичною частиною у колоніях відносився до обов'язків окружних і сільських старшин, а головні функції належали колоніальному лікарю [60, арк. 12; 47, арк. 31].

У цілому, аналіз діяльності відомств, у яких за твердженням відомих земських діячів Є. Осипова, І. Попова та П. Куркіна існувала краща медична частина засвідчив, що їх медична організація була подібною до “окружної”. Маючи розгалужену мережу приймальних відділень, відомства недостатньо дбали про їх якісний стан, а поодинокі лікарні не поступалися “приказним”.

Отже, у доземський період у Херсонській губернії медична справа знаходилась у віданні багатьох відомств: Херсонського Приказу громадської опіки, Лікарської управи, Відомства Палати державного майна, Управління Херсонськими військовими поселеннями та Піклувального комітету про іноземних поселенців Південної Росії. Крім того, “піклуванням” про здоров'я у Миколаєві займалося військово-морське відомство, а в Одесі – особлива Лікарська управа.

Існування такої кількості відомчих установ, що більшою чи меншою мірою опікувалися здоров'ям підвідомчого населення, було характерною рисою усієї доземської організації медичного обслуговування, а особливості соціально-економічного розвитку та територіального розташування Херсонської губернії накладали свій відбиток на їх перелік та функціонування.

Діяльність цих структур носила винятково автономний характер, що унеможливило взаємодію між ними у вирішенні важливих питань “народного здоров'я”. Тому здоров'я, а часом і життя найчисельнішої групи населення було віддане на відкуп сільським знахарям і народним цілителям.

Відсутність єдиної і завершеної системи медичної допомоги сільському населенню у Херсонській губернії у доземський період була характерною і для усієї Російської імперії.

2.2. Правове забезпечення та перші проекти організації земської медицини

Особливості історичного розвитку Російської держави в першій половині XIX ст., становлення капіталістичних відносин, а також вимушена для царського уряду революція “згори” призвели до відміни 19 лютого 1861 р. кріпосного права.

Ще напередодні селянської реформи імператор Олександр II, виступаючи в лютому 1860 р. на прийомі в Зимовому палаці перед представниками губернських комітетів, наголосив: “Я хочу, щоб покращення побуту селян було не на словах, а на ділі, і щоб переворот відбувся без

потрясінь. Без деякої пожертви з вашого боку не обійтися. Я хотів, щоб ці жертви, на скільки це можливо, були менш обтяжливими для дворян...” [238, с. 87].

Бажання зберегти спокій у державі, залишити за дворянством – основною опорою самодержавного правління, якомога більше прав і привілей і по можливості мирно провести перетворення суспільного устрою, супроводжувало імператора і під час розробки та проведення в 1862–1874 рр. ряду реформ: земської, міської, фінансової, судової, військової.

Причинами, а водночас і мотивами, що спонукали Олександра II і правлячу верхівку імперії вдатися до найкардинальніших за всю історію Росії реформ стали:

- намагання уникнути загальноросійського революційного вибуху і повалення самодержавства;
- бажання повернутися до великої європейської політики, з якої Росію було усунуто внаслідок програної нею Кримської війни (1854–1856 рр.);
- ліквідація загальноекономічної та військово-технічної відсталості Росії як головної перешкоди проведенню експансіоністської зовнішньої політики;
- врятування російського дворянства і поміщиків – головної соціальної бази самодержавства – від занепаду і розорення, які вже реально загрожували їх існуванню;
- намір ліквідувати застарілі феодальні адміністративно-правові засади та форми державного управління, які були нездатні ефективно діяти за нових соціально-економічних умов.

Підтвердженням наведеному може бути точка зору Олександра II про те, що потрібно “...намагатися поступово, не торкаючись основ монархічного й самодержавного правління, виправляти ті недоліки у нашій адміністрації, які усі відчують” [212, с. 26]. Вказане багато в чому й визначило характер земської реформи, розробленої кабінетом Валуєва за принципом “...потрібно дати дещо” з метою, насамперед, “покласти край розпаленим з приводу заснування земських установ нездійсненим очікуванням і вільним прагненням окремих станів” [212, с. 27].

Впровадження земського принципу управління стало об’єктивною необхідністю для Російської держави, стрімка бюрократизація державного апарату якої до середини XIX ст. загрожувала повному підпорядкуванню суспільства владі чиновників, вимагала введення нових органів управління на місцях.

Згідно з урядовим “Положением о губернских и уездных земских учреждениях” від 1 січня 1864 р., влада на місцях передавалася новим органам місцевого самоврядування – губернським і повітовим земствам, що передбачало побудову системи управління всіма сферами діяльності згідно з новими принципами ведення економічного та політичного життя.

При цьому йшлося не про заміну в цілому самодержавно-бюрократичної системи управління, а лише про введення до неї нового інституту – загальностанового самоврядування, тобто надання певної автономії в

управлінні. “...Не тільки народ, – заявив у серпні 1863 р. Олександр II, – а й вищі класи не досягли ще культурного рівня, необхідного для представницького правління” [258, с. 37]. Ліберальні публіцисти досить гірко іронізували з цього приводу: “...нове вино було влите в старі міхурі” [241, с. 203]. Влада російського імператора залишалась необмеженою, а вищі державні органи оберігали привілеї дворянства й потужної бюрократії. У той самий час у цілому для держави і для України зокрема, більшість якої становили селяни, що тільки-но звільнились від кріпосної залежності, введення органів самоврядування стало значним кроком у розвитку соціально-економічного й культурного життя.

Але за поняттям “самоврядування” крилося й інше, що свідчило, по-перше, про незавершеність нової системи управління, оскільки земства, як органи місцевого самоврядування, вводились лише на рівні губерній і повітів без наявності їхніх структур у волостях, а також без центрального земського представництва на державному рівні (сучасники називали земство “будівлею без фундаменту й даху”); по-друге, земствам не делегувались з боку уряду свобода і самостійність, у результаті чого їхні управлінські рішення та інша діяльність вимагали додаткового затвердження губернатором або міністром внутрішніх справ, а будь-яка постанова земства могла бути опротестована й скасована губернатором [241, с. 205].

Більше того, представникам земств різних губерній категорично заборонялось спілкуватись між собою навіть з питань, які вимагали спільного вирішення, наприклад, у боротьбі з епідеміями. Таким чином, сфера діяльності земської системи у державному механізмі Росії виявилась досить обмеженою [241, с. 205].

Однак земства стали досить життєздатною системою місцевого самоуправління, а найзначніші їх досягнення відносились до сфери освіти й медицини, а також земської статистики, у тому числі й санітарної, яка виконувала для них роль інформаційної бази з формування системи земської медицини та управління нею.

У 1865 р. “Положення” було введено в Харківській, Полтавській, Чернігівській і Херсонській губерніях, у 1866 р. – у Катеринославській та Таврійській.

Характерно, що за первісним задумом “Положення про земські установи” (1864 р.) розв’язання питань медичної допомоги не входило до компетенції земств. Визначивши, що основна мета земства ”...завідування справами, що відносяться до місцевих господарських потреб і користі кожної губернії й повіту”, “Положенням” [126, ст. 2] на них, на правах не обов’язкової повинності, покладалося: “...піклування в межах, визначених законом і переважно в господарському відношенні про народне здоров’я, прийняття заходів з поширення віспощеплення, а також ...завідування земськими благодійними закладами в губернії і повітах та інші міри піклування” [126, ст. 1-2]. Лікувальною базою для виконання цієї повинності повинні були стати передані у відання земств лікарні Приказів громадської опіки, а фінансовим їх забезпеченням – переданий земствам “приказний”

капітал [126, ст. 114].

І лише розуміння провідними земськими діячами важливого економічного та соціального значення заходів з охорони здоров'я сільського населення і тогочасний вкрай його незадовільний стан призвели до того, що земські збори все-таки висловились за організацію власних медичних установ.

У “Тимчасових правилах для земських установ у справах про земські повинності, народному продовольстві та громадській опіці” (1864 р.), медичні питання виділялись уже в окремий розділ. Вони підтвердили передачу обов'язків у справах громадського піклування від приказів і лікарських рад губернським і повітовим земським установам і, відповідно, перехід “приказних” лікарень у відання земств. При цьому відомчі, приватні й лікарні, що фінансувалися з міського бюджету, не передавалися [126, ст. 74].

Проведення заходів у частині громадського піклування передбачалося строго в рамках попередніх медичних статутів із збереженням колишніх штатів, фінансування тощо, при повному збереженні нагляду за земсько-медичною діяльністю з боку губернських адміністративних і лікарських органів [126, ст. 75, 76, 89]. Земствам дозволялося призначати додаткові зібрання на медичні потреби і приймати приватні пожертвування [126, ст. 80-81].

Отже, в остаточній редакції “Положення” більш чітко передбачались обов'язки земств у частині піклування про здоров'я населення, що відіграло значну роль у подальшому розвитку напрямів медичної допомоги в Україні. Воно заклало основу організації якісно нового типу медичної допомоги – земської медицини, яка являла собою систему лікарсько-медичного обслуговування сільського населення, створену земським самоврядуванням. На відміну від західноєвропейської приватної медичної допомоги, земська медицина вже з самого початку мала громадський характер, що витікало з самої природи земства.

Слід підкреслити, що громадська дискусія стосовно реформування медичної частини і основних принципів її організації відбулася на початку 60-х років XIX ст., тобто ще до введення земства. Аналіз літературних джерел засвідчує, що серед її учасників найбільш прогресивними поглядами виділялися А. Забелін, В. Єльцинський, Я. Чистович, М. Мілютін, І. Новодворський, П. Любимов, що підтверджується витягами з запропонованих ними проектів:

– “Лікар народу повинен бути нагороджений не з рук убогого хворого, а з рук здорового суспільства, щоб хворий бачив у ньому не мироїда, а брата милосердя” (А. Забелін) [163, с. 395];

– “Ми віддаємо голос за збір громадський і визнаємо невивідним для справи брати платню безпосередньо з хворого селянина; в останньому випадку збір буде не під силу більшості селян і відіб'є в них будь-яке бажання користуватися допомогою лікарів” (В. Єльцинський) [157, с. 62-64];

– “Селянам потрібні лікарі – люди, а не лікарі – слідчі чиновники. Вони потребують від лікарів турботи, співчуття і знання своєї справи” (проф. Я.О. Чистович) [193, с. 37];

– “Призначення дільничних лікарів з одночасним упорядкуванням повітових лікарень... є одним із найкращих проєктів улаштування сільської медицини, який, по можливості, повністю задовольнить потреби сільського народонаселення... Бажано було б, щоб відстань від найвіддаленішого поселення до центру дільниці, де знаходиться лікарня й лікар, не була більшою за один переїзд, тобто приблизно 20 верст” (П. Любимов) [171, с. 86].

Результати дискусії свідчать насамперед про гуманний підхід її учасників до вирішення долі сільської медицини, яку б вони хотіли бачити лікарською, безоплатною і дільничною. Напрацьовані ними підходи можна з певною долею умовності розглядати як перші теоретичні обґрунтування законодавчої розробки розподілу земських обов’язків у медичній сфері та становленні земсько-медичної організації.

Як відомо, згодом земські установи вперше у світі проголосили принцип безоплатності надання медичної допомоги сільському населенню. Підставою для цього стали не тільки загально гуманні підходи, на які наголошували учасники дискусії, а й розуміння з боку земств того, що встановлення навіть мінімальної плати за лікарську пораду, ліки, лікування в лікарні знизить частоту звернень населення за медичною допомогою. Крім того, платність позбавляла б можливості, зокрема, земських лікарів, своєчасно виявляти інфекційних хворих і ефективної боротьби з епідеміями, тобто підривала саме громадсько-санітарне значення системи земської медицини. На початку ХХ ст. принцип її безоплатності був законодавчо стверджений урядом Російської держави.

Функція земств у поліпшенні здоров’я населення полягала в трьох основних напрямках: надання медичної допомоги сільському населенню, проведення протиепідемічних і санітарних заходів, а також опіка окремих верств населення з залученням до цього благодійництва.

Про необхідність вжиття радикальних заходів у напрямі поліпшення стану здоров’я населення України того часу, перш за все сільського, свідчать, зокрема, демографічні показники в українських губерніях кінця 60-х – 70-х років ХІХ ст., тобто та спадщина, яка діставалась майбутній земській медицині від Приказів громадської опіки, зокрема, надзвичайно високі рівні загальної (понад 30 %) і дитячої (169 – 216%) смертностей.

Земська медицина в Російській державі, у тому числі й в Україні, нараховує два періоди свого розвитку: 1865–1890 рр. – час дії Положення про земські установи 1864 р. і 1890–1917 рр. – розвитку земської медицини після прийняття в 1890 р. нового Положення про земські установи.

Головним завданням першого періоду діяльності земств в організації медичної допомоги на нових засадах стали насамперед упорядкування мережі лікарняних закладів, які діставались їм від Приказів громадської опіки, перетворення опікувальних-лікувальних закладів на якісно нові і власне

лікувальні, викорінення існуючих у них приказних казенних порядків, а найголовніше – формування нової системи земської медицини при відсутності світових аналогів.

Порядок передачі земствам майна й капіталів Приказів громадської опіки визначався тими ж “Тимчасовими правилами...”, згідно з якими їх розподіл між губернськими і повітовими земськими управами контролював міністр внутрішніх справ, який також затверджував рішення губернських земських зборів про розподіл обов’язків у справах громадської опіки і віспощеплення [87, т. 2, с. 493-494].

Механізм введення земств був викладений у Височайше затверджених 25 травня 1864 р. (за старим стилем) “Правилах про порядок введення в дію положення про земські установи”. У шостій і сьомій главах правил про прийняття у завідування земств справ, майна і капіталів Приказів громадської опіки зазначалось [66, арк. 183-198]:

- 1) “Прикази громадської опіки, після відкриття губернських земських управ, передають їм усі справи, документи і суми, за винятком справ із кредитної частини, які залишаються у віданні приказів. Підвідомчі приказам лікарські ради передають... свої справи, документи і суми повітовим земським управам” (ст. 116);
- 2) “Разом з передачею в підпорядкування управ передається усе майно, яке знаходилося до цього у віданні приказів.” Примітка: “Справи, документи і суми, що належали лікарням, утримуваним на міські капітали, так як ... і самі лікарні, передаються у завідування міських дум” (ст. 117);
- 3) “Забороняється змінювати, до відповідної постанови губернських земських зборів, визначені кошторисами приказів витрати на утримання лікарень. У всьому іншому слід керуватися статтями Положення і Тимчасових правил для земських установ” (ст. 118, 121);
- 4) “З передачею у відомство земських установ... закладів, що нині знаходяться у віданні Приказів громадської опіки, особи, які служать в цих закладах (наглядачі, лікарі, фармацевти та ін.) користуються правами держслужбовців на існуючих умовах, до перегляду загального статуту про цивільну службу” (прим. до ст. 126).

Аналіз земсько-медичних положень трьох вказаних документів вказує на те, що земствам належало прийняти у своє завідування медичні й богоугодні заклади колишніх Приказів громадської опіки та удільних маєтків, утримувати їх у межах попередніх штатів і у рамках чинного медичного статуту (1857 р.), а також сприяти розвитку віспощеплення, використовуючи для вирішення цих завдань суми з відсотків переданих їм капіталів приказів, капіталів губернських віспяних комітетів і лікарських зборів із селян [126, с. 11].

Таку стриманість законодавців при розробці медичних аспектів земської правової бази можна пояснити лише другорядною роллю, яка відводилась земським установам у загальній державній структурі управління, що підтверджується архівними матеріалами. Так, у листі директора Медичного Департаменту МВС М. Розова начальникам губерній (1865 р.) зазначалося:

1) ”...члени земських управ ...повинні входити до складу Комітетів Громадського Здоров'я, повітового й губернського”; 2) ”члени земських управ ...повинні взяти на себе обов'язки запровадження їх постанов у дію”; 3) на випадок появи епідемій (епізоотій) земські збори повинні передбачити “...в кошторисах додаткові статті витрат: а) на винагороду медичним чинам (для епідемій); б) на роз'їзди їх; в) на приміщення та медикаменти, на їх утримання і найом прислуги; г) на знищення наслідків і дезінфекцію”. Крім того, в кінці зазначалось: “Усі ці витрати, на думку Медичного Департаменту, повинні бути обов'язковими для земства” [67, арк. 4-6].

Вказане підтверджує намагання уряду підпорядкувати земсько-медичну діяльність органам губернської адміністрації, подавляючи при цьому самостійність земств.

Аналіз медичних положень земської правової бази дозволив виявити невідповідність деяких статей регламентації земсько-медичної діяльності, на що одним з перших звернув увагу і виніс на загальне обговорення редактор “Медичного вісника” професор Я.О. Чистович, пізніше підтвердив у дослідженнях Б.Ю. Укке. У своїх публікаціях вони констатували неузгодження і суперечності в змісті земських положень, зокрема, медичних обов'язків земських установ [192, № 33, с. 287-291; 189, №83, с. 91-93]:

1) у “Тимчасових правилах...” і “Правилах про порядок...” містяться несумісні один з одним правила земської служби лікарів – в одному випадку це короткостроковий контракт управи і лікаря, що не мав державних пільг і гарантій; в іншому – лікарському персоналу надавалися “права держслужбовців на існуючих засадах”; 2) статті витрат по медичних кошторисах мають різну ступінь відповідності, наприклад, витрати на віспощення та припинення епідемічних хвороб, на утримання “приказних” лікарень віднесені до обов'язкових, а інші питання медичного обслуговування і громадської опіки (найом медичного персоналу, заснування аптек, лікарських і фельдшерських пунктів та інші) – до необов'язкових; 3) законодавчо не визначені відношення урядової і земської медицини (хто за що відповідає), особливо у таких важливих напрямках як припинення епідемій та епізоотій, поширення віспощення; 4) вказано, що “... уряд покладає на себе нагляд” за діяльністю земсько-медичної структури, але при цьому не було визначено його порядок тощо.

Однак найголовнішим у процесі передачі медичної справи від однієї управлінської структури до іншої поставало, поряд з удосконаленням законодавчої бази, питання напрацювання основних положень земської медичної організації при відсутності, як уже вказувалося, світових взірців. За таких умов земствам і насамперед лікарям, довелося самим розробляти концептуальні підходи до побудови медичної справи на засадах самоврядування.

Першим проектом земсько-медичної організації Є.О. Осипов, І.В. Попов і П.І. Куркін (1899 р.) називали пропозицію гласного Московської губернії В. В. Ільїна (1866 р.), згідно з якою кожен повіт мав поділитися на округи з населенням близько 10 тис. осіб на чолі з лікарем, двома фельдшерами та

повитухою у кожному з них [248, с. 217-218].

Однак хронологія свідчить, а історична справедливість вимагає визнати, що пальма першості у цьому належить Полтавському земству, предводителем дворянства якого з 1865 р. став доктор медицини князь М.О. Долгоруков. На пріоритетності Полтавського земства наголошує і А. Малаксіанов у статті “Земство і медицина”, опублікованій у журналі “Архів судової медицини і громадської гігієни” [173, с. 135].

Необхідність зупинитися на діяльності Полтавського земства обумовлюється тим, що напрацьовані ним основні засади земської медицини, зокрема, в частині санітарної діяльності, згодом були використані Херсонським земством, а сумісні напрацювання двох українських земств увійшли в історію медицини під назвою “Полтавсько-Херсонського періоду”.

До першої спроби М.О. Долгорукова щодо медичного обслуговування селян за нових умов відносяться викладені ним у 1865 р. у доповіді зібранню Полтавського земства основні вимоги:

- безоплатне обслуговування сільських жителів у земських лікарів;
- безкоштовне забезпечення ліками найбідніших селян;
- нагляд за віспощенням з боку земських лікарів;
- достатньо високе матеріальне утримання земських лікарів [178, с. 30-33].

Більш конкретні рішення були прийняті у тому самому році на зборах по другій доповіді М. Долгорукова “По боротьбі з сифілісом”, що виявилось досить актуальним, оскільки на цю хворобу хворів кожен десятий житель Полтавської губернії. З метою боротьби з сифілісом М.О.Долгоруков пропонував:

- відрядити до кожного повіту лікаря і 3-х фельдшерів з ліками для безоплатного лікування хворих на сифіліс;
- запровадити інформування з боку волосних управ і поліцейних управлінь земських лікарів про наявність і місцеперебування хворих на сифіліс;
- улаштувати в селянських хатинах особливі приміщення для перебування хворих;
- компенсувати витрати на лікування за рахунок півкопійчного збору з десятини;
- покласти на лікарів здійснення контролю за дотриманням гігієнічних вимог у виділених приміщеннях;
- завідування справою доручити губернській управі, а виконання – повітовим [187, с. 1-4].

Досягнувши певних успіхів у боротьбі з сифілісом, хоча проблема залишилась, Полтавська протисифілітична організація розширила свою діяльність у частині лікування інших захворювань. Оцінюючи її значення, С.М. Ігумнов наголошував: “Викорінення сифілісу не відбулося, проте прийняті міри поклали початок дільничній земській медицині взагалі” [222].

Продовженням пошуків обґрунтування основ земської медицини стала постанова Полтавських губернських земських зборів про заснування у грудні 1867 р. постійної медичної комісії під головуванням М.О. Долгорукова у складі лікарів Жуковського, Синадського і Розбираєва з метою розробки

проекту улаштування земської медицини в губернії [187, с. 1].

У 1869 р. вона закінчила свою роботу і опублікувала “Праці постійної медичної комісії при Полтавській губернській земській управі”, в яких наголошувалось, що земську медицину слід розуміти як необхідну гарантію громадського здоров’я, без якої населення обійтися не може. Її завдання полягають як у попередженні захворювань (забезпеченні необхідних умов домашньої та суспільної гігієни, віспощепленні, прийнятті заходів проти сифілісу та ін.), так і наданні хворим раціональної медичної допомоги і ліків (громадське лікування – стаціонарна медицина), а також в опіці непрацездатних (громадська опіка). “Праці” були викладені на 365 сторінках і поділялися на три частини: 1) “Огляд стану губернії в санітарному відношенні до відкриття земських установ” (укладач – А.М. Жуковський), 2) “Огляд улаштування земської сільської медицини в повітах з 1865 по 1869 рр.” (укладач – А.І. Синадський), 3) “Проект улаштування земської медицини в Полтавській губернії” (укладачі – М.О. Долгоруков і А.М. Жуковський) [187, с. 2, 4-11].

“Проект” складався з 175 пунктів, що торкалися як особливостей улаштування земських установ у губернії, так і багатьох загальних положень. Згідно з проектом загальне улаштування, завідування і управління земською медициною покладалося на земство, спеціальна її частина – на лікарів на засадах колективного управління нею [187, с. 6].

В основу проекту покладался дільничний принцип. Виходячи з місцевих умов, автори запропонували організацію однієї лікарсько-санітарної дільниці на кожних 25-30 тис. жителів, хоча не вважали це оптимальним. При цьому, дільниця повинна була бути укомплектована одним лікарем, двома фельдшерами і однією повитухою. Передбачалось, що центром дільниці стане сільська лікарня на 15 ліжок з аптекою, а у її підпорядкуванні – два приймальні відділення – амбулаторії: лікарська – при лікарні, фельдшерська – у віддаленому районі дільниці. Лікар визначався повним розпорядником у своїй дільниці, зобов’язувався знайомити населення з причинами захворювань і заходами щодо їх попередження, а також вивчати територію й населення дільниці у медико-топографічному відношенні, а фельдшери й повитуха – як помічники лікарю і виконавці його доручень та вказівок [187, с. 7-8].

“Проектом” передбачалось також відкриття у містах земських лікарень з амбулаторією й аптекою. На повітові лікарні покладалося надання консультативної допомоги сільським амбулаторіям [187, с. 7].

Функції головного центру медичної допомоги у губернії покладались на губернську земську лікарню з будинком для психічнохворих, амбулаторією, пологовим притулком, аптекою з фармацевтичною лабораторією, фельдшерською та акушерською школами. Її призначення полягало у ліквідації недоліків повітової медицини і наданні допомоги тим хворим, яким не змогли кваліфіковано допомогти в повітах. У лікарні передбачалась наявність спеціалізованих відділень з ординаторами – спеціалістами, а очолювати її повинен був головний лікар, обраний закритим голосуванням

лікарів-ординаторів і членів губернської лікарської ради на три роки. Утримання в лікарні за винятком породіль, – платне [187, с. 8-9].

Вирішення повітовими та губернськими земськими управами спеціальних медичних питань покладалось на лікарські ради, у розпорядженні яких знаходиться уся земська медицина. До повітових лікарських рад входили всі лікарі повіту, а до губернської лікарської ради – обрані губернськими земськими зборами.

“Праці” були схвалені Полтавськими губернськими зборами 1869 р. і розіслані для ознайомлення в усі губернські та повітові управи Росії. Позитивна рецензія на них з’явилася в журналі “Архів судової медицини та громадської гігієни” (1869 р.), в якій зазначалося: ”Серед губерній, в яких існують земські установи, навряд чи знайдеться інша, яка б з таким співчуттям і розумінням сутності предмета поставилася до народного здоров’я як земство Полтавської губернії... воно мало на увазі народне здоров’я в повному розумінні цього слова, намагалось зменшити смертність, продовжити життя своїх членів, поширити здорові ідеї, знищити пересуди і допомагати народній освіті, на скільки це можливо при допомозі медичної науки. ...Ми від душі бажаємо, щоб земські діячі інших місцевостей познайомилися з працями Полтавської комісії і, пристосовуючи до місцевих умов, наслідували приклад Полтавської губернії при улаштуванні земської медицини” [187, с. 8-9].

Високу оцінку “Працям” дав М.І. Пирогов, наголошуючи, що “...для охорони народного здоров’я одне лікування хворих без дотримання гігієнічних умов недоцільне”, “...земській медицині доведеться боротися з неосвіченістю народних мас і змінити їх світогляд” [242, с. 13].

Погляди М.І. Пирогова поділяли більшість передових діячів земства, як лікарів, так і прогресивно налаштованої громадськості.

Таким чином, “московський тип санітарної організації” був розроблений лікарями Полтавського земства раніше, ніж він виник у Московському земстві. Запропоновані Московському земству проекти організації земської медицини гласних В.В. Ільїна і П.М. Голєніщева-Кутузова-Толстого набагато бідніші за своїм змістом і зводяться до висновку про те, що “...селянин не піде у спеціалізовані лікарні, для селян необхідно організовувати лікування в чистих селянських хатинах” [84, с. 11, 14].

Якщо медична комісія Полтавського земства напружувала найпередовіші для свого часу глибоко продумані положення санітарного напрямку земської медицини, то полтавські земці, навіть частина лікарів, поставились до них вороже. Характеризуючи основні положення комісії, Полтавська губернська управа зазначала: ”Праці медичної комісії – памфлет...; будь-яке намагання улаштувати раціональну медичну допомогу сільському населенню в теперішній час передчасно; самостійна діяльність фельдшерів у сільській місцевості необхідна” [175, с. 12]. Управа відхилила пропозиції комісії і не сприйняла облаштування земської медицини на напрацьованих нею засадах.

Негативну оцінку “Працям” дали, зокрема, полтавські лікарі Хрептович та Родлінський, назвавши їх “недозрілим плодом”, наголошуючи, що спочатку потрібно “просвітити і збагатити маси”, а потім вводити земську медицину, тобто відкласти вирішення проблеми на невизначений час [257, с. 28-29]. На сторінках журналу “Архив судебной медицины и общественной гигиены” лікар губернської земської лікарні Ф.П. Цитович виступив із закликом до читачів не витратити марно часу “...на читання цього зверхнього, непослідовного... твору”, тобто “Праць комісії”, а потім звернувся до земської управи з проханням “відновити істину шляхом судового переслідування членів комісії” [190, с. 37-38].

Полеміка з приводу “Праць” і проекту будівництва земської медицини врешті-решт призвела до ліквідації медичної комісії згідно з постановою Полтавських губернських земських зборів від 2 жовтня 1871 р. Зазнали гоніння й автори “Проекту”: А.М. Жуковський змушений був виїхати з Полтави, а М.О. Долгоруков помер у віці 40 років, ставши ще й свідком розколу й занепаду у лютому 1870 р. створеного ним Товариства полтавських лікарів [234, с. 65].

Так, у результаті впертості, відсутності бажання зрозуміти і недооцінки з боку керівництва Полтавського земства, була втрачена корисна для охорони здоров'я народу справа. Проте історико-медичне значення діяльності Полтавської губернської медичної комісії (1868–1871 рр.) важко переоцінити. Її історична роль полягає у тому, що вона першою наблизилась, як засвідчив час, до вирішення проблеми побудови самобутньої земської медичної організації і запропонувала для цього принципи, які відповідали поглядам передових лікарів і були на той час прогресивним явищем. “Вона перша, – писав Є.О. Осипов, – заклала фундамент для всебічної розробки питання про організацію земської медицини” [248, с. 139].

“Праці” Полтавської комісії, незважаючи на певні недоліки (відокремлення санітарної діяльності від лікувальної роботи, планована оплата лікарської допомоги, розподіл губернських лікарів на розряди залежно від оплати та інших), суттєво вплинули на формування прогресивних принципів організації медичної допомоги у Російській державі, на багато років визначивши напрям зусиль кращих представників медицини того часу.

Московське губернське земство, яке після 1875 р. цілеспрямовано насаджувало дільничну земську медицину, розпочало свою діяльність у цьому напрямі пізніше за Полтавське і розвивалося фактично за полтавською програмою. Отже, “Праці” і “Проект” Полтавської постійної медичної комісії стали документом не тільки місцевого українського, а й загальнодержавного значення, хоча вплив Московської земської медичної організації надовго став провідним загально земським.

Всупереч Полтавському земству, яке запропонувало перший проект побудови земської медицини, Херсонське більш відоме ідеями створення земської санітарної організації, про що буде викладено далі. Проте внесок Херсонського земства безпосередньо до лікувальної земської медицини теж

досить значний. І пов'язаний він, на відміну від Полтавського з тим, що в Херсонському земстві активну участь у вирішенні питань оздоровлення населення відіграли поряд з земськими лікарями і члени управ, які мали прогресивні для свого часу погляди.

2.3. Організація повітовими земствами медичної допомоги населенню

Перші розпорядження про введення земських установ у Херсонській губернії відносяться до середини 1864 р. (серпень-листопад). На це вказує доповідь імператору генерал-губернатора Новоросійської і Бессарабської канцелярії генерал-ад'ютанта Коцеба датована листопадом 1864 р.: "Земські установи вводяться цього року в одній Херсонській губернії і поки зроблено ще тільки підготовчі розпорядження до виборів. В інших Новоросійських губерніях вказані установи будуть, відповідно до височайшого повеління Вашої Величності введені, коли до цих губерній дійде черга, установлена Міністерством внутрішніх справ..." [34, арк. 24].

Наголошуючи на важливості проведеної реформи для усіх станів громадськості, генерал-губернатор підкреслював: "Самоуправління розвине в громад усвідомлення своїх прав, почуття власної гідності, з яким потрібно вміти поводитися... Потрібно щоб ці установи дійсно заслужили повагу і для цього необхідно по-перше, щоб вони мали такий склад, який давав би їм можливість виконувати як слід своє призначення, по-друге, щоб службові місця були наділені таким змістом, який давав би можливість вишукувати на ці місця людей надійних..." [34, арк. 25].

Архівні матеріали вказують на те, що від першого розпорядження про заснування земства, до перших виборів до місцевих органів самоврядування пройшло щонайменше півроку, тому у нашому дослідженні висвітлення діяльності земств Херсонської губернії ми почали безпосередньо з моменту скликання перших зборів. Адже саме проведення перших засідань губерньських земських зборів завершило процес заснування земських установ, які на початковому етапі проходили без урахування представницького складу

Прикладом наведеному можуть бути перші вибори в Єлисаветградському повітовому земстві, розпочаті 2 березня 1865 р. На засіданні повітової управи, що відбулося вже 4 березня, після обговорення кошторису управи та кількісного складу членів управи, постало питання про якісний (представницький) склад. Збори порушили питання про те, чи можуть гласні від сільських громад бути обраними до членів управи. З цього питання журнал засідання зберіг цікаву, на нашу думку, точку зору гласного А.А. Шафонського: "Усіма силами бажаю уникнути роздору серед громади, яка вперше об'єдналася без різниці у правах із усіх елементів російського населення для представництва своїх інтересів у земстві. Необхідно звільнити земство від докорів у навмисному усуненні від дійсного права тієї частини населення, яка століттями не допускалася до участі у справах, що найбільше її стосуються" [73, с. 113-114].

Подібні виступи були непоодинокими, проте, домінуючою на цих зборах стала протилежна точка зору, у результаті чого питання було зняте з обговорення тільки після телеграми від губернатора в якій роз'яснювалося, що "...сільські гласні можуть бути обраними на усі посади, ценз установлено не для них. Положення не допускає сумніву" [73, с. 114]. Гласні від землевласників і міст Бобринецького повіту взагалі досить пасивно віднесли до виборів і незважаючи на те, що більшість виступаючих були проти балотування представників від сільських громад, земські повітові збори першого скликання обрали усіх членів управи із малоосвічених селян, у тому числі й голову зборів – Мойсея Албула. У такому складі управа проіснувала місяць, не прийнявши жодного рішення, а після письмової пропозиції губернатора щодо виборів нового складу управи, збори визначили: "...так як обрані раніше члени управи не можуть вести письмові справи, а при таких обставинах гласний, на думку зборів, не може виконувати важливих і складних обов'язків члена управи, потрібно прийняти заяву обраних на попередніх зборах в члени управи, як позитивну відмову від виборів у члени управи тільки від одного стану і, на основі незатвердженого губернатором обраного голови управи, приступити до виборів нового голови і управи" [73, с. 127].

Новий склад управи було затверджено з землевласників-дворян, але перші вибори, що тривали понад місяць, набули у той час значного розголосу в губернії і за її межами. Наведений приклад ще раз засвідчив недосконалість як земського законодавства, так і існуючої на той час системи інформування та необізнаність із законодавчою базою широкого загалу громадськості, яка безпосередньо чи опосередковано виступала суб'єктом земської реформи. Слід також додати, що найбільша пропорція дворянського стану поміж повітових гласних усієї Російської імперії виявилась саме в Херсонській губернії – 58%. Найменша пропорція гласних від селян була також у Херсонській губернії – 29% [238, с. 370].

Матеріали діловодства Херсонського губернського земства засвідчують, що однією з першочергових проблем губернських зборів став розподіл земських повинностей на губернські й повітові. Від рішення цього питання суттєво залежала й форма майбутньої організації медичної допомоги населенню губернії. Ініціатива висунення проекту розподілу повинностей належала Херсонській губернській земській управі. 4 травня 1865 р. вона представила на розгляд губернських земських зборів, які планувались на 15 жовтня 1865 р., перелік питань, у тому числі: 1) про розподіл предметів на губернські та повітові; 2) про допомогу хворим дворовим людям; 3) про злидні [71, с. 73].

У постанові зборів зазначалося, що будівлі Приказу громадської опіки після їх передачі земству будуть знаходитись у віданні губернських земських установ, а повітові заклади громадської опіки передавались повітовим земствам [71, с. 79].

Відповідно до накресленого попереднім розподілом, губернська земська управа вважала за необхідне провести розмежування коштів із губернського

збору стосовно об'єктів губернського чи повітового підпорядкування: асигнування на об'єкти губернського значення передавались губернським управам, а суми на повітові об'єкти – до повітових земських управ. Однак чіткого розмежування між повітовими та губернськими управами щодо медичної частини, окрім лікарняних приміщень, губернські земські збори не визначали за винятком віднесених до необов'язкових губернських грошових повинностей витрат на віспощеплення [71, с. 78-79].

Прийнявши у відання лікарняні заклади Херсонського Приказу громадської опіки, губернські земські збори постановили: завідування Херсонською лікарнею та будинком душевнохворих залишити за губернськими земськими установами, а лікарні в повітах і заштатних містечках передати у відання повітових управ. При цьому влаштування лікарської частини на селі залишалось у опікуванні повітів [80, с. 203].

Незважаючи на те, що відповідно до Положення про земські установи піклування про народне здоров'я відносилось до необов'язкових земських повинностей, обсяг завдань і надзвичайна важливість цього питання для суспільної економіки стали причиною того, що саме медична допомога посіла одне з провідних місць у багатогранній земській діяльності. При цьому слід наголосити, що турбота про народне здоров'я вже з самого початку повністю покладалась на земські установи, оскільки допомога уряду і діяльність міських установ майже не торкались маси сільського населення.

Хронологія становлення земської медицини в Херсонській губернії вказує на те, що губернське земство займалося переважно організацією лікарської допомоги для колишніх поміщицьких селян. Однак, з наведеного нами в другому розділі матеріалу доходимо висновку, що переважну більшість сільського населення губернії становили державні селяни і південні поселяни, на яких дія земського положення стосовно організації на території їх проживання медичної частини не поширювалася. Лише згодом, через два-три роки, до обов'язків земства входило забезпечення медичної частини державних селян та колишніх військових поселенців і земські установи почали опікуватися організацією медичної допомоги для усіх груп сільського населення. Цього вимагала також необхідність виконання Височайше затвердженої 11 лютого 1867 р. постанови Державної Ради: "...існуюча в поселеннях державних селян медична й ветеринарна частини підлягають введенню земських установ і необхідно їм зробити розпорядження стосовно нового улаштування медичної частини з початку 1868 року" [105, с. 331].

Щодо південних поселян, то передача їх справ, у тому числі й медичних, у відання губернських і повітових земських установ відбулася на основі Височайшого повеління від 10 серпня 1866 р. [105, с. 333].

Факт запізненої передачі земствам медичної частини державних селян та південних поселян позначився на активності земств у вирішенні цього питання та намаганні останніх перекласти утримання фельдшерів та віспощепіїв на рахунок громад, взявши на себе передачу приймальних відділень і поодиноких лікарень, а також запрошення лікарського персоналу.

Згідно з матеріалами земських звітів Херсонської губернії, перші земські збори, поряд із вирішенням, як уже вказувалося, загальних організаційних питань та розподілом обов'язків між губернськими й повітовими управами, значне місце відводили облаштуванню земської медицини, вважаючи себе морально зобов'язаними хоч щось вирішити у цьому не вивченому питанні. Незадовільний стан прийнятих від приказу лікарень і відсутність лікарської допомоги на селі привернули увагу земських управ і земство приступило до наведення порядку у лікарнях та організації медичної допомоги сільському населенню.

Лікарні приказу, особливо повітові, про що нами повідомлялося в другому розділі, знаходились у непривабливому стані як відносно приміщень, так і забезпечення їх усім необхідним. Слід послатись на описану вище ревізію лікарень Херсонської губернії губернатором Клушиним напередодні введення земських установ і ту убогість, сморід і духоту, виявлені в усіх повітових лікарнях.

При передачі лікарняних приміщень між місцевими адміністративними установами та новими місцевими громадськими установами склалися не прості відносини. Так, медичне відділення Херсонського губернського правління, повідомляючи 28 лютого 1866 р., що “Бобринецька міська лікарня розміщується в старому дерев'яному будинку, де є три чоловічі кімнати, жіноче відділення відсутнє, палати низькі, малі, без провітрювання і не пристосовані для розміщення хворих... білизна на хворих і ліжках стара... лікарня не має того благоустрою, яке передбачене статутом лікувального закладу”, просило земську управу негайно зробити розпорядження про усунення зазначених недоліків. Відповідь управи красномовно свідчила про її небажання вжити дієвих заходів: “У минулі часи лікарнею завідувала адміністрація. Йшли роки і лікарня відповідала вимогам статуту лікувального закладу. Лише після прийняття її земством, яке ще не встигло зробити відносно неї нічого – ні доброго, ні поганого, як адміністрація поспішила виставити усі недоліки лікарні, уже земської, вимагаючи негайного виправлення...” [80. с. 202].

Під час передачі лікарень приказу повітовим земствам передбачалося, що їх утримання повинно здійснюватися за рахунок прибутків від сплати за лікування багатих хворих та нижчих військових чинів, однак цих коштів виявилось недостатньо. За таких умов для покриття дефіциту з найнеобхідніших статей лікарняних витрат повітові земства змушені були брати позику із губернського земського збору, яка за 1866–1869 роки досягла майже 18 тис. крб.

Окрім нестачі коштів, земству довелося зіткнутися також з чималими труднощами і непорозуміннями при передачі лікарень і документів від приказу. У протоколі колишньої ради Бобринецької лікарні від 18 грудня 1865 р. зазначалося, що оскільки до приїзду члена земської управи прийом документообігу лікарні ще не закінчено з причини, що справи минулих літ знаходяться в безпорядку: не скріплені, без опису, не прошнуровані та не пронумеровані, немає розрахунків по коштах, що надходили за утримання

нижчих чинів військових та інші недоліки, необхідно зобов'язати наглядача лікарні привести все до порядку. Члену Єлисаветградської управи довелося кілька разів приїздити до Бобринця, однак кожного разу наглядач – адміністративна особа лікарні часів приказу – був відсутній, що вимагало вжиття заходів з боку губернської управи [80, с. 201].

Необхідність значних витрат на покращення умов у лікарнях приказу змусила Херсонське земство звернутися до уряду з пропозицією про закриття або перенесення в інше місце лікарень, зокрема, у Дубоссарах (Тираспольський повіт) та в Очакові (Одеський повіт), які мали жалюгідний стан. При прийомі Очаківської лікарні Одеська земська управа зазначала: “...будівля знаходилася в напівзруйнованому вигляді; лікарняних речей не було не тільки на 10 ліжок, але й на три ледве стало. Підрядчик не доставляв ні провізії, ні припасів, необхідних відповідно до угоди з конторою лікарні” [146, с. 6-7]. Крім того, Очаківська лікарня характеризувалась досить незручним для населення географічним розташуванням. Однак уряд не допустив закриття лікарень. Міністр внутрішніх справ повідомляв управу, що “...уряд, передаючи земським установам завідування богоугодними закладами, розраховував, що земство із співчуттям поставиться до цієї справи і прийме заходів для покращення і розширення цих установ, а тому, закриття земськими управами лікарень не може бути допущене, тим більше, що піклування про заклади громадської опіки, на основі п. IV ст. 2 Положення про земські установи, становить прямий і безпосередній обов'язок цих установ” [60, арк. 12].

Першими зібраннями повітових земських установ Херсонської губернії порушувались питання майбутньої організації медичної допомоги сільському населенню. При цьому, до першочергових з них, які потребували негайного вирішення відносились: розмежування обов'язків між губернськими та повітовими управами, передача лікарняних приміщень Приказу у відання губернської та повітових управ, розподіл коштів на їх утримання.

Перші спроби повітових земських управ Херсонської губернії щодо облаштування та налагодження медичної частини на селі відносяться до 1866 р. Спочатку майже усі повітові земства, за винятком Одеського та Олександрійського, намагалися організувати медичну допомогу шляхом залучення сільських громад до витрат по найму фельдшерів і утримання приймальних пунктів, залишаючи за собою лише запрошення лікарів, головним чином для нагляду за фельдшерами та забезпечення лікарів і фельдшерів медикаментами.

Аналіз становлення повітової земської медицини Херсонської губернії вказує на те, що за умов відсутності єдиного її зразка, земства вимушені були самі, на свій розсуд, шукати шляхів вирішення проблеми.

Так, земські збори Ананьївського повіту у 1866 р. прийняли рішення про створення особливої комісії за участю експертів для розробки проекту організації медичної допомоги населенню. Результатом стала пропозиція Комісії щодо: а) відкриття чотирьох лікарських дільниць з лікарем у кожній; б) улаштування в кожній волості за рахунок сільських громад при волосних

управліннях лікарень на чотири ліжка; в) кошти на харчування хворих у сумі 50 крб. у рік на кожного пацієнта залучати від земства; г) фельдшерів готувати з сільських юнаків [101, с. 9-10].

З розумінням поставившись до висновків комісії, земські збори Ананьївського повіту не змогли вирішити питання відкриття лікарень через брак коштів (12 тис. крб.). Тільки згодом, у 1866 р. на відкриття лікарні на 10 ліжок кошторисом передбачалося 3200 крб., а у 1867 р., на утримання медичної частини державних селян земство додатково виділило 1800 крб. На отриманий сумарний капітал земською управою в повіті відкрито три лікарські дільниці з приймальними відділеннями, за кожним з яких закріплювались по одному лікарю і фельдшеру [101, с. 11].

Звертає на себе увагу перелік обов'язків, які покладалися на лікарів:

- контроль за віспощепленням; прийняття заходів при появі епідемії;
- безоплатний, тричі на тиждень, прийом бідних хворих з видачею їм дарових ліків;
- обслуговування, в екстрених випадках, викликів місцевих жителів і надання їм дарової допомоги;
- відвідування, двічі на рік, усіх населених пунктів;
- складання звітів про проведену роботу і направлення їх до управи.

Аналіз звітів лікарів Ананьївського повіту за 1867–1868 роки свідчить про збільшення кількості жителів, які зверталися за допомогою до медиків, тобто і зростання довіри місцевого населення до лікарського персоналу [84, с. 64-65].

Олександрійське повітове земство розпочало організацію медичної допомоги населенню у 1867 р. Проте, ще у грудні 1866 р. земська управа звернулася до ради Київського університету з проханням підібрати кандидатуру для участі у конкурсі на заміщення вакантної посади повітового земського лікаря. Однак, рекомендований радою університету лікар Ф. Кістяківський після ознайомлення з місцем роботи від посади відмовився [139, с. 5].

За таких умов управа вдалася до самостійного запрошення лікаря А. Добровольського (червень 1867 – листопад 1869 р.), якому належить першість у складанні проекту організації повітової медичної частини. Його проектом передбачалось відкриття трьох лікарських дільниць (Новогеоргієвськ, Олександрія, Братолюбівка) з 15 фельдшерськими пунктами, про що управа повідомила громади і приватних осіб спеціальним циркуляром: “Волосним старшинам та сільським старостам. Олександрійська управа для організації медичної допомоги, згідно з постановою зборів, запросила трьох земських лікарів і 15 фельдшерів; ...кожен лікар завідує дільницею, яка складається з п'яти фельдшерських пунктів. При об'їзді лікар попередньо повідомляє волосного старшину, який у свою чергу – старост, щоб хворі, які потребують допомоги, знали про час приїзду лікаря... У випадках термінових: при важких пологах і травмах – волосне правління зобов'язане негайно повідомити лікаря” [139, с. 8-9].

Іншим шляхом, ніж перераховані земські управи, у пошуках варіантів облаштування медичної частини пішла Єлисаветградська земська управа. 21 грудня 1866 р. на своє перше засідання управа запросила міських лікарів з метою поради стосовно майбутньої організації медицини в повіті.

Результатом спільного обговорення стало прийняття постанови про конкурсний відбір на посаду лікаря відповідно до раніше розробленої управою угоди, яка визначала положення майбутнього кандидата:

- лікар за службу отримує 1500 крб. на рік і право безкоштовних роз'їздів у межах повіту;
- на допомогу лікарю виділяється по два фельдшери з оплатою у 200 крб. на рік кожному;
- при управі в підпорядкуванні лікаря знаходиться земська акушерка;
- постійне місце проживання лікаря у місті знаходження управи (тобто Єлисаветграді);
- земський лікар у справах, які відносяться до його компетенції, користується в управі правом голосу на рівні з іншими її членами;
- земський лікар повинен слідкувати за станом народного здоров'я в повіті, особливу увагу звертаючи на віспощеплення, припинення сифілісної хвороби й інші невідкладні справи;
- ознайомившись із повітом, лікар повинен скласти і пред'явити управі проект можливо правильної організації медичної частини у повіті...” [81, с. 720-726]

Однак, ні Рада Київського, ні Рада Харківського університетів, до яких Єлисаветградська земська управа направила вказану угоду, не вважали за необхідне оголосити у своїх стінах конкурси на наведених умовах. У той самий час управа, бажаючи довести свій намір до кінця, постановила: “Виконуючи свій обов'язок перед населенням, ввіривши йому піклування про благоустрій, наші земські збори звернули увагу на питання першої необхідності – народне здоров'я, а на що одного разу земство звернуло увагу, та справа повинна йти вперед, постійно розвиваючись” [81, с. 720].

За відсутністю вказівок з боку адміністрації з питання правильного облаштування медичної допомоги в повіті, Одеська земська управа доручила скласти її проект вільно практикуючому лікарю Гольду. Розглянутий на зборах у 1865 р. проект не був затверджений, оскільки управа визнала його занадто дорогим – 7200 крб. при загальному бюджеті у 23627 крб. Збори лише прийняли рішення: “...мати у кожному стані по лікарю і фельдшеру з утриманням відповідно 500 крб. і 200 крб. на рік, а також видавати щорічно по 150 крб. на закупівлю медикаментів для неімущих”. У 1866 р. повіт було розділено на три лікарські ділянки з трьома лікарями і трьома фельдшерами та асигнуванням на медикаменти по 300 крб. У такому вигляді організація земської медицини в Одеському повіті проіснувала до 1870 р. [146, с. 7].

Кожне з повітових земств Херсонської губернії, прийнявши у своє відання матеріальну частину доземської медицини (в основному лікарні приказів, приймальні відділення південних поселенців та державних селян) і не маючи зразків організації медичної допомоги за нових умов, приступили до

вирішення насамперед організаційних питань: запрошення лікарів, фельдшерів, акушерок та облаштування приймальних відділень. Особливістю їх організаційної діяльності стало те, що облаштувати медичну частину вони намагалися відповідно до раніше існуючої, створюючи лише, з одного боку, умови, які б дали змогу залучити до цієї роботи лікарів, підняти престиж професії земського лікаря (підвищуючи рівень їх утримання до 1200-1500 крб. на рік, що у 5-6 разів перевищувало оплату приказних лікарів); з іншого, – привернути увагу населення до лікувальних закладів, через надання безоплатних медичних послуг в амбулаторіях та безкоштовної видачі ліків. Однак, при цьому, методологічні основи побудови земської медицини залишились не вирішеними.

Що стосується Херсонського губерньського земства, то медична частина його земського господарства протягом перших 5-6 років після введення земського положення майже не привертала увагу губерньських земських зборів, а прийняті ним поодинокі постанови носили переважно випадковий характер. Власної ініціативи у справі облаштування лікарської допомоги безпосередньо сільському населенню губерньське земство не проявляло, обмежуючись незначною фінансовою допомогою повітам.

За таких умов більшість повітів губернії через відсутність достатніх фінансувань і досвіду в побудові нової системи, свою діяльність із медичної частини обмежували запрошенням двох-трьох лікарів, з яких одного для завідування повітовою лікарнею, а інших – для роз'їздів по повіту та контролю за діяльністю дільничних волосних фельдшерів, укомплектованість якими у розрізі повітів була досить нерівномірною. Так, за даними 1868–1869 рр., у Ананьївському повіті їх нараховувалось десять при п'яти лікарях, у Олександрійському від 13 до 18 при трьох-п'яти лікарях, у Херсонському – до 30 при 3-х лікарях, у Одеському – три лікаря і три фельдшери, Єлисаветградському – чотири фельдшери при двох лікарях [80, с. 202].

Про стан лікувальної частини у перших 5-6 років існування земства свідчать лише поодинокі посилення на її незадовільний характер, у результаті чого дільниці протягом тривалого часу перебували без лікарів, які до того ж часто змінювали місце свого перебування, а недостатньо фінансовані лікарні знаходилися у скрутному становищі.

Аналіз загальних підходів повітових земств у вирішенні питання забезпечення населення медичною допомогою свідчить про намагання кожного з них обирати власний шлях. Одні намагалися прискорити процес через залучення коштів і сил сільських громад на відкриття лікарень і найом фельдшерського персоналу; інші, навпаки, вважали, що земство може самостійно, хоча і повільніше, вирішити нагальні питання. Але єдиною для повітових земств стала точка зору про розподіл повіту на лікарські дільниці, запрошення лікарів і визначення їхніх обов'язків, укомплектування посад фельдшерів на фельдшерських пунктах.

Завдання, що стояли перед земствами в піклуванні про народне здоров'я населення за нових умов зводилися до негайного упорядкування мережі

переданих лікувально-опікувальних закладів Приказів громадської опіки шляхом не тільки перебудови окремих з них, а й будівництва нових, вишукування для цього необхідних коштів, перетворення опікувально-лікувальних закладів на власне лікувальні, викорінення існуючих в них приказних казенних порядків, запрошення на контрактній основі лікарів для обслуговування сільського населення тощо.

Але найголовнішим з завдань було обґрунтування, розробка і створення системи надання медичної допомоги сільському населенню за нових умов. Саме це і породило дискусії того періоду відносно шляхів розвитку земської медицини. Їх учасниками були, з одного боку, діячі земських установ, з другого – лікарі. Перші з них відстоювали принцип рівноправності і однакової досяжності медичної допомоги для земських платників податків, керуючись при цьому ідеєю земського урівняння.

Саме цей принцип, згідно з яким усі земські платники податків мають право на однакову медичну допомогу, а також запозичений повітовими земствами взірець колишньої окружної медицини відомства державного майна, при якому лікарі об'їздили фельдшерські дільниці у порядку контролю за роботою фельдшерів, і був покладений в основу так званої роз'їзної системи, з якої і почався перший етап земської медицини в Україні.

Лікарі, не маючи у своєму розпорядженні лікарень, зобов'язувались постійно об'їжджати села, наглядати за роботою фельдшерів, відшукувати хворих і надавати їм допомогу, а також відвідувати усі села, де виявлялись епідемічні захворювання.

Прояви роз'їзної системи мали різні форми:

- лікарі, які проживали у повітових містах, за графіком відвідували сільські населенні пункти де приймали хворих у визначені дні (в основному базарні);
- лікарі відвідували фельдшерські пункти в порядку контролю роботи фельдшерів та приймали хворих теж у визначений час;
- лікарі, що проживали при повітових амбулаторіях, відвідували населення своїх дільниць.

Такий порядок облаштування земської медицини вимагав від лікаря увесь час проводити в роз'їздах, розшукуючи хворих, у той час коли ті, хто дійсно потребував медичної допомоги, не могли знайти лікаря. “Загальна характеристика роз'їзної системи, – вказував відомий лікар і громадський діяч М.Я. Капустін, – у тім, що лікар завжди у повіті, а хворі ніколи його не можуть знайти”. Вказуючи на тісний зв'язок роз'їзної системи з фельдшеризмом, він підкреслював: “Роз'їзна система..., разом із фельдшеризмом, майже повсюди були першою стадією становлення земської медицини [169, с. 116].

Недоцільність роз'їзної системи, встановленої за прикладом окружної системи відомства державного майна, була очевидна вже з самого початку, але мало чисельні лікарі неспроможні були переконати у цьому верхівку земських закладів, які в їх доказах вбачали насамперед порушення земських принципів зрівнялівки, а також намагання лікарів полегшити свою працю.

Крім того, як підкреслює Є.О. Осипов (1899 р.), “...лікарі й самі ще тоді не з’ясували для себе бажаної організації земської медицини і тому не змогли розвивати ідею запропонованої ними стаціонарної системи в деталях” [248, с. 79].

Роз’їзна система, яка панувала в українських губерніях у 60 – 70-х роках ХІХ ст. і повільно здавала свої позиції, породила ще одне негативне явище, яке увійшло в історію медицини під назвою “фельдшеризм”, тобто максимальне залучення і надання права самостійної лікарської діяльності середньому медичному персоналу, який не мав для цього ні спеціальної підготовки, ні навіть елементарної загальної освіти.

Серед причин появи “фельдшеризму” слід виділити дві найголовніші: неможливість земськими діячами, в недалекому минулому поміщиками-кріпосниками, сприйняти своє зрівняння з селянами в правах на медичну допомогу, а також економічний аспект: утримання лікаря обходилося земству втричі дорожче, ніж фельдшера – “мужицького лікаря”. А те, що фельдшеризм підривав устої наукової медицини, до уваги не бралось, особливо на фоні мізерних коштів земств.

Безумовно, що однією з причин фельдшеризму була нестача лікарів, що особливо яскраво бачимо із викладеного вище матеріалу, коли запрошені земством лікарі, приїхавши на місце служби, відмовлялися навіть від виділених земством пільг і запропонованого високого рівня оплати праці. Наступною причиною було те, що за умов панування роз’їзної системи лікарі змушені були на час своєї відсутності залишати “на господарстві” фельдшерів. За образним висловлюванням проф. М.Я. Капустіна (1889 р.), “самостійна лікарська діяльність фельдшерів – зло, що виникло в земській медицині через непорозуміння і заважало розвиватися...” [169, с. 117].

Слід підкреслити, що зародившись на першому етапі земської медицини, фельдшеризм і на наступних етапах її розвитку, хоча й меншою мірою, але все-таки продовжував займати певне місце. За даними С.М. Ігумнова, під кінець земського періоду він повністю був ліквідований лише у трьох українських повітах – Слов’яно-Сербському Катеринославської губернії, Тираспольському Херсонській і Перекопському Таврійській губернії.

У ролі захисту фельдшеризму земські діячі наводили безліч доводів: по-перше, населення в обслуговуванні віддає перевагу фельдшерам (“мужицькому доктору”); по-друге, фельдшер необхідний для зв’язку населення з лікарем; по-третє – фельдшеризм обходився дешевше за лікарську допомогу і тільки він доступний земству. При цьому спрацьовували і стереотипи сільського населення, яке в особі лікаря вбачало царського чиновника, що приїздив виключно під час рекрутських наборів і на розтин убитих, у зв’язку з чим фельдшер сприймався як більш доступний і “свій” [221].

Точку зору про необхідність утворення фельдшерських пунктів як зв’язуючої інстанції між лікарем та населенням, захищали і деякі лікарі. Твердження про дешевизну фельдшерської допомоги земські діячі пропагували особливо завзято, оскільки значна частина витрат на утримання

фельдшерів весь час покладалася на сільські громади, зберігаючи при цьому власні кошти земства. Тільки після того, як повітові земства вимушені були взяти на себе утримання фельдшерів, їм стала очевидною непомірність дороговизни фельдшерської допомоги. Захищаючи роз'їзну систему, більшість земств виступали проти нарікань лікарів, дорікаючи останнім у намаганні отримання особистих вигод, прагненні до зручностей і більш спокійного життя, створенні “удільних князівств” [139, с. 99]. До поступової ліквідації самостійних фельдшерських пунктів земства приступили тільки наприкінці першого періоду земської медицини в Україні.

Досить вагомим аргументом на користь фельдшеризму, який перейшов від часів періоду “приказної” медицини, стало його пропагування офіційними урядовими постановами, які наголошували на “простоті народу”, його “простих хворобах”, “простих методах лікування” та інше. Так, у постанові “Про заснування лікарень у поселеннях державних селян” (1842 р.), підкреслювалося, що селяни “неохоче лікуються у лікарнях” [266, с. 50]. У “Положенні про медичну частину МДМ” (1851 р.) зазначалося: “...простота в обслуговуванні, через нескладні хвороби селян і більш обмежене вживання ними ліків, повинні бути першою умовою при лікуванні простих людей” [266, с. 51].

Відсутність світових взірців та очевидні недоліки роз'їзної земської медицини спонукали українські земства до пошуків більш раціональних шляхів її будівництва. Пріоритет у цьому безумовно належить двом земствам Полтавському і Херсонському, діяльність яких увійшла в історію земської медицини Російської держави під назвою “Полтавсько-Херсонського періоду”.

Отже, в доземський період у Херсонській губернії не існувало єдиної і широко розвинутої системи медичного обслуговування селян. Ця злободенна у селянській країні проблема була віддана на відкуп кільком відомствам, які з різних причин так і не змогли організувати доступну медичну допомогу на селі. Село в середині XIX ст. все ще знаходилось у тенетах знахарів і колишніх “ротних” фельдшерів. Обмежена кількість медичного персоналу і жалюгідний стан лікувальної мережі у повітах, платність усіх видів допомоги здебільшого лікувальних закладів і власне неучтвo відвертали селян від цивілізованої медицини, породжували недовіру до лікування в лікарнях і сприяли посиленню позицій знахарства на селі. Передані у відання Херсонського губернського земства “приказні” лікарні і капітали були вкрай недостатніми для організації фактично заново кваліфікованої медичної допомоги на селі.

Необхідність проведення докорінних змін у системі охорони здоров'я і створення сільської медицини стали предметом гострих дискусій на початку 60-х років XIX ст., коли до негативних наслідків звільнення селян (обезземелення, зубожіння) приєдналася ліквідація і без того слабкої поміщицької та удільної лікувальної мережі, що існувала безпосередньо в поселеннях.

Вирішенням цієї і багатьох інших проблем могло стати введення місцевого самоуправління. Визнанням існуючої реальності стало запровадження земського самоврядування в 34 губерніях Росії, у тому числі у семи губерніях на території України. У той самий час земства були цілеспрямовано розділені по губерніях і поставлені під жорстокий контроль центральної та губернської адміністрацій.

Заниження ролі земств проявилось навіть у тому, що на перших порах їм не ставилося в обов'язок вирішення такої проблеми як організація медичної допомоги сільському населенню. Лише у ролі необов'язкової повинності передбачалося утримання “приказних” лікарень і проведення віспощеплення в повітах.

Недосконалість і незавершеність земського “Положення” 1864 р. зумовили необхідність доповнення його рядом урядових документів, які регламентували механізм і порядок введення закону в дію. Жоден з законодавчих актів не визначав роль і місце земських установ в організації медичної допомоги населенню. У процесі законодавчої розробки розподілу земських обов'язків у медичній сфері не були враховані і проекти майбутньої медичної організації, напрацьовані в ході дискусії представниками медичної інтелігенції напередодні земської реформи. У результаті земствам довелося проявляти ініціативу в цьому питанні та діяти відповідно до потреб місцевого населення й умов його життєдіяльності.

Недостатньо розроблена законодавча база з питань охорони народного здоров'я, недоліки й суперечності якої надалі переросли на вузлові проблеми земської медицини, змусили передову громадськість докласти значних зусиль для їх подолання, розробляючи концептуальні підходи до побудови медичної справи на засадах самоврядування.

Повітові земства Херсонської губернії, всупереч губернському, на етапі становлення земської медицини виявились більш активними в організації медичної допомоги сільському населенню. Вони запрошували лікарів, наймали фельдшерів, ділили повіти на лікарські дільниці, приймали у відання лікарні, однак здійснені ними заходи протягом наступних 15 років не призвели до змін на краще. За основу в забезпеченні сільського населення медичною допомогою повітові земства взяли роз'їзну систему з фельдшерською допомогою, керуючись у своєму виборі суто практичними міркуваннями (дешевша, доступніша тощо). З часом земства дійшли висновку про шкідливість роз'їзної системи і вжили необхідних заходів щодо поступової її заміни спочатку змішаною, а згодом – стаціонарною.

РОЗДІЛ 3

Роль губернського земства в організації доступної населенню медичної допомоги у 1873–1889 рр.

3.1. Вплив губернського земства на формування стаціонарної системи медичного обслуговування населення

Поштовхом для напрацювання Херсонським губернським земством основних складових правильної організації медичної допомоги населенню стало клопотання повітових земств про фінансування заходів, пов'язаних із попередженням та недопущенням епідемії холери, яка загрожувала губернії у 1870 р. Практика попередніх років вказує на те, що повітові земства хоча й досягли певних результатів у наданні медичної допомоги сільському населенню, однак діяли відокремлено. Вже через кілька років їх напрацювання стали гальмом у подальшому покращенні медичного обслуговування населення.

За таких умов губернське земство прийняло рішення про необхідність активізації діяльності повітів та допомоги їм в організації повітової медицини і запропонувало повітовим земським установам висловити свою точку зору з таких питань:

- яким чином повинна бути організована медична частина у Херсонській губернії, щоб вона відповідала своєму призначенню?
- яку участь у цій справі повинно відігравати губернське земство? [80, с. 205-206].

Однак неузгодженість відповідей, надісланих на запропоновані питання унеможливлювала узагальнення й обґрунтування раціональних підходів до правильної організації повітової лікарської частини. У той самий час, це було вкрай необхідним. По-перше, для своєчасного реагування на можливий початок епідемії холери, що вимагало наявності не тільки єдиного медичного устрою, а й рівномірного розподілу лікарських сил у повітах, по-друге, для обґрунтування необхідності і доцільності фінансування повітових земств з боку губернського.

Губернські земські збори 1872 р. подали на розгляд об'ємний проект, яким пропонували "...для населення у 25 тис. осіб улаштувати лікарню на 10 ліжок з медичним і службовим персоналом; необхідні для цього витрати управа поділила на одноразові в 5500 крб. для улаштування і будівництва лікарні, які повинна була взяти на свій рахунок губернська управа, та на постійні – 3300 крб., необхідні для річного утримання повітової лікарні зі службовим персоналом. Останні витрати повинні були взяти на свій рахунок повітові земства" [80, с. 206].

Повітові земства, за винятком Олександрійського, перший з'їзд лікарів якого у 1872 р. встановив норму для лікаря у 33 тис. осіб, а для фельдшера – у 6500 осіб, підтримали в основному запропоновану норму чисельності населення. Але з питань щодо розподілу дотацій губернського земства не дійшли згоди [139, с. 46].

При цьому Одеське земство запропонувало покласти витрати на будівництво нових лікарень повністю на рахунок повітів, а їх утримання віднести на губернський збір. Херсонське повітове земство вважало за доцільне третину своїх витрат на лікарську частину віднести на губернський збір, а Ананьївське пропонувало дотацію губернського земства розподілити пропорційно чисельності населення в повітах. Тираспольське земство поклало усі витрати на медицину на рахунок губернського земства [101, с. 6-8; 104, с. 9-19].

Наведене свідчить, що, започаткувавши земську медицину на місцях, повітові земства намагалися облаштувати її кожне по-своєму. В цілому, її майбутній устрій вони вбачали близьким до запропонованого губернськими зборами, однак щодо фінансової допомоги від губернського земства висловили протилежні міркування.

Кошторисна комісія губернського земства винесла на розгляд губернських зборів клопотання про виділення 1/3 коштів капіталів богоугодних закладів (по 3000 крб.) на кожен повіт для відкриття лікарень із завідуванням земських лікарів, у яких хворі-арештанти повинні лікуватися безоплатно. Доповідаючи зборам, губернська управа вказувала: "...за постановою зборів... видати усім повітовим управам, крім Єлисаветградської (управа коштів не просила), по 4250 крб. на будівництво лікарень" [119, с. 9, 15].

Отримавши кошти, повітові управи розподілили їх на власний розсуд, виходячи із своїх першочергових потреб. Херсонське земство відкрило в передмісті Березнеговатому центральну лікарню на 15 ліжок; Одеське – дві лікарні (у Маяках на вісім ліжок, у Северинівці – на десять); Тираспольське запланувало будівництво лікарні у Тирасполі, Петрівці, Захар'ївці і Гросулово (плани залишилися на папері). Інші повіти відкривали лікарські дільниці і приймальні відділення: в Олександрійському – дві дільниці (с. Глинському і Боковому – на десять ліжок кожна); у Ананьївському – одну дільницю і три приймальні відділення [117, с. 725-727].

Виділивши повітам кошти на медичну частину в рівному співвідношенні, губернська земська управа не врахувала при цьому розмірів повітів, щільність населення, потребу в лікарнях, дільницях і відділеннях, не здійснила належного контролю за використанням коштів, у результаті чого більшість починань повітових земств залишилися на папері, а відкриті дільниці через недостатнє фінансування змушені були періодично міняти місце свого розташування. Таким чином, перший досвід практичної допомоги повітовим земствам з боку губернського виявився невдалим.

Обговорення доповіді управи на губернських земських зборах 12-ї сесії (27 жовтня – 7 листопада 1872 р.) про санітарну частину і організацію

медичної частини в губернії виявило діаметрально протилежні погляди гласних земства. Так, гласні Білоусович, Любович і Герценштейн висловили думку про те, що фінансування повітових земств з боку губернського повинне ґрунтуватися на вивченні потреб окремо кожного повіту, а допомогу потрібно надавати не тільки на будівництво, а й на утримання лікарень; гласні А. Ерделі, П. Фатуровський і Гальченко наполягали на неможливості чіткого розмежування коштів земства на губернські чи повітові, оскільки це єдиний земський збір. Вони висловили думку про те, що до цього слід залучити самих лікарів для проведення ними відповідних розрахунків щодо потреб раціонального облаштування медичної частини у губернії [111, с. 140-151].

У поглядах обох сторін були свої позитивні моменти, але найголовнішим стало те, що в ході дискусії гласні губернських зборів вперше поставили питання про необхідність проведення з'їздів земських лікарів як дорадчого органу.

Повторне обговорення у 1873 р. повітовими зборами аналогічного питання теж не дало бажаних результатів, внаслідок чого участь з боку губернського земства в організації медичної частини залишалась невизначеною.

Посилаючись на думки губернської управи і повітових земських установ, губернські збори сесії 1873 р. постановили: "...Одну третю постійних витрат кожного повіту віднести на губернський рахунок; при наданні позик на будівництво лікарень видавати одну третину безповоротно, а дві третини – у борг" [105, с. 343].

Збори 1873 р. доручили губернській управі скликати у м. Одесі з'їзд земських лікарів з запрошенням на нього по одному лікарю від кожного повіту і одного лікаря від губернської лікарні, а також членів губернської та повітових управ з метою детального обговорення питання організації медичної частини у губернії, що стало новим у підході до вирішення головної проблеми [105, с. 344].

Слід підкреслити, що питання проведення щорічних губернських з'їздів земських лікарів ще у 1870 р. порушувалось Херсонським товариством лікарів, яке головною їх метою передбачало обговорення загальних питань щодо народного здоров'я, а також тих, які земство передавало їм на розгляд з питань земської медицини. Однак, прийнявши пропозицію Товариства, губернське земство не забезпечило її виконання і жодного з'їзду лікарів не відбулося [117, с. 720].

Більш дієвими в організації з'їздів лікарів були повітові управи. У 1868 р., тобто ще за два роки до пропозиції Херсонського товариства лікарів, земські збори Ананьївського повіту постановили: "Скликати з'їзди земських лікарів два рази на рік для спільного з управою обговорення питань покращення медичного обслуговування населення повіту". Разом з гласними управи лікарі повіту розробили власне положення про з'їзди лікарів, визначивши у ньому їх мету і завдання, періодичність скликання, предмет обговорення, представницький склад делегатів та ін. [84, с. 70-71].

Положення Ананьївського повітового земства лягло в основу розробленого третім губернським з'їздом лікарів (1876 р.) загального положення про проведення губернських з'їздів [84, с. 71].

Одеська повітова управа у 1869 р. визначила роль повітових з'їздів земських лікарів як дорадчого органу при управі, а голова її раз на три місяці обговорював з делегатами з'їзду питання місцевого значення: відкриття приймальних відділень та лікарських дільниць, порядок медичної організації та лікарської звітності тощо [84, с. 94-95].

Перший з'їзд лікарів Олександрійського повіту (1872 р.), обговорюючи запропонований губернською управою устрій медичної частини, та з метою покращення лікарської частини у повіті, постановив клопотати перед управою:

- збільшити кількість лікарів у повіті за рахунок запрошення лікаря-гігієніста, який одночасно повинен обіймати посаду ординатора міської лікарні, допомагати дільничним лікарям під час ліквідації епідемій, вивчати кліматичні та інші умови, що сприяють розвитку епідемій;
- відкрити лікарню на 15 ліжок у Ново-Празькій дільниці;
- створити при кожній лікарській дільниці по одному приймальному фельдшерському відділенню на три ліжка;
- збільшити кількість фельдшерів і запросити повитух у кожну дільницю [139, с. 39-40].

Як бачимо з наведеного, Олександрійський повіт став першим у Херсонській губернії у частині пропозиції щодо запрошення санітарного лікаря (лікаря-гігієніста), що поклало початок характерної особливості медичної частини Херсонського земства – формуванню його санітарно-епідемічної спрямованості.

Перший з'їзд лікарів Тираспольського повіту (1873 р.) присвячувався питанням фінансування губернським земством медичної частини повітових управ [84, с. 98-99].

У цілому ініціативи повітових земств про скликання з'їздів земських лікарів і представлені лікарями на обговорення питання слід розглядати як революційне для того часу починання, прийняте за основу губернським земством.

Аналіз питань, порушених земськими лікарями і службовцями управ на повітових з'їздах вказує на те, що вони мали як організаційну, так і санітарну спрямованість. Майже всюди лікарі повітів виступали за необхідність проведення загальних губернських з'їздів лікарів "...для обміну думками і науковими спостереженнями, з метою обговорення нововведень у лікарській справі..." (Херсонське повітове земство), "...щоб ухвалені губернськими з'їздами рішення сприяли покращенню медичної справи на місцях і їх можна було застосовувати в місцевих умовах" (Олександрійські земські збори) [104, с. 10-19]; "...для обговорення об'ємної програми вивчення губернії в санітарному відношенні..." "...тільки єдність дій за одним загальним планом може мати успіх для справи" (Ананьївські повітові земські збори) [101, с. 8].

Однак рішення з'їздів не завжди належним чином сприймалися земськими урядовцями, у результаті чого більшість з них залишалися нереалізованими, а лікарям доводилося відстоювати перед членами управ їх правильність, доцільність і своєчасність прийняття.

Перший з'їзд земських лікарів та членів управ Херсонської губернії (з 15 по 20 червня 1874 р.) відноситься до числа перших аналогічних з'їздів у Російській державі (Тверський – у 1871 р., Нижньогородський, Пермський, Самарський, Казанський – у 1872 р. [248, с. 142]. Його особливістю слід вважати те, що серед першочергових завдань він вперше у тісному зв'язку з організаційними питаннями виніс на обговорення і санітарні: "...вирішено приступити до питання покращення лікарської частини в повітах, не випускаючи з виду вказаних земством необхідних і можливих покращень санітарних умов, в яких живе народ" [131, 1-17].

Крім того, з'їзд висловив колективну точку зору стосовно окремих розділів діяльності земської медицини, зокрема про:

- віспощення: "...віспощення проводиться фельдшером під контролем і завідуванням лікаря..." [131, с. 16];
- медичну організацію в повітах: "...правильна медична допомога народу з боку лікаря можлива лише у лікарнях";
- розмір медичної дільниці: "...відстань від місця перебування лікаря до кінцевого пункту дільниці не повинна перевищувати 30 верст, а кількість народонаселення не повинна бути більшою 20 тис. чол.";
- обов'язки земського лікаря: "...дільничний лікар, завідуючи лікарнею і віспощенням, зобов'язаний виїжджати у випадках: появи епідемії, при важких пологах і, коли в результаті отруєння, існує загроза життю людини..." [84, с. 31].

Перший губернський з'їзд земських лікарів та членів управ Херсонської губернії став значною подією для медичної громадськості, оскільки земські лікарі вперше за десятирічну діяльність земських установ отримали можливість колегіально обговорити питання організаційного й професійного характеру, накреслити план основних заходів покращення стану медичного обслуговування сільського населення губернії, скоординувати свої дії для спільної боротьби з епідемічними хворобами, привернути увагу з боку земських урядовців до покращення умов служби лікарсько-фельдшерського персоналу в губернії.

З'їзди земських лікарів не були випадковим і тимчасовим явищем, а стали породженням земської епохи. Покладений в основу земського та міського самоврядування принцип колегіальності, яким передбачалось вирішення багатьох питань суспільного життя шляхом колективного обговорення на рівні повітових і губернських управ, на сесіях земських зборів, стимулював об'єднання земських службовців за професійними ознаками для розгляду питань окремих галузей земського господарства. У Херсонській губернії з'їзди земських лікарів набули особливого значення і поширення, оскільки виступали дорадчим органом при губернській управі у вирішенні багатьох земсько-медичних питань [174].

Розглядаючи і ухвалюючи рішення щодо різних аспектів медичної діяльності, з'їзди вирізнялися своїми радикальними постановами в одному або кількох напрямках. Зокрема, другий губернський з'їзд земських лікарів і членів управ Херсонщини (1875 р.) значну увагу приділив санітарному питанню, а саме: правильній організації санітарного нагляду в селах, яка ставала можливою за умови вивчення Херсонської губернії в медико-статистичному та медико-топографічному відношенні за схваленими з'їздом формами [135, с. 51-55]. Розгляд на п'ятому губернському з'їзді доповіді щодо медичної статистики і топографії завершився його рішенням про створення спеціальної постійної медичної комісії для узагальнення цих матеріалів [128, с. 34-37].

На другому губернському з'їзді повітовим з'їздам було запропоновано розробити основні положення про пенсії медичного персоналу Херсонської губернії, клопотати перед урядом про порядок зарахування земських лікарів до емеритальної каси, мотивуючи тим, що лікарі на службі в земстві приносять користь і державі: "...вони, охороняють народне здоров'я, яке є джерелом достатку, сили і могутності держави" [135, с. 55].

Особливо результативним і прогресивним відносно організаційних напрацювань став третій з'їзд лікарів і членів управ Херсонської губернії (25-30 червня 1876 р.), який запропонував [136, с. 123-129]:

- замінити існуючі Комітети громадського здоров'я як залишки приказної медицини, санітарними комісіями (с. 3-6, 14-15, 18, 44, 80-82);
- переглянути Лікарський статут (с. 10-13, 17, 44, 87-92);
- проект нового пенсійного статуту;
- правила для губернських з'їздів земських лікарів (Додаток В) [99, с. 97-98];
- реєстраційні форми для збирання медико-статистичних матеріалів тощо [99, с. 97-99].

Наступні губернські з'їзди земських лікарів продовжували обговорювати організаційно-структурні та санітарні питання, але вже на нових рівнях, що відповідали новим життєвим потребам.

Поступово напрацьовуючи на своїх засіданнях питання більш раціональної організації лікарської допомоги сільському населенню, делегати з'їздів виступали за заміну роз'їзної системи медичного обслуговування на змішану, а згодом – стаціонарну. Зокрема другий з'їзд (1875 р.) прийняв досить чітку постанову: "...відмінити обов'язкові термінові роз'їзди лікарів у повіті" [84, с. 31]; третій (1876 р.) – "...земські лікарі при лікарнях на 30 ліжок повинні бути звільнені від обслуговування дільниць" [84, с. 32]. Крім того, делегати третього з'їзду досить категорично висловились за розширення прав і повноважень лікарів: "...приймати і звільняти волосних фельдшерів на службу мають право тільки земські лікарі" [129].

З'їзд лікарів Одеського повіту (5 травня 1888 р.) висловився за введення стаціонарної форми земської медицини, при якій виїзди лікарів передбачались лише у випадках складних пологів, тяжких поранень, отруєнь та на епідемії. За інших обставин лікар повинен особисто приймати рішення щодо виїзду чи направлення фельдшера. Однак повітова управа не затвердила таку постанову, мотивуючи її суперечністю основному закону (ст. 114 Лікарського статуту

т. XIII), який зобов'язує лікаря виїжджати на виклик хворого [144, с. 1-2].

Неодноразово на з'їздах предметом обговорення ставала доля фельдшерів, зокрема незадовільне їх утримання (третій з'їзд, 1876 р.); необхідність реорганізації фельдшерської школи у напрямі більш якісної підготовки фельдшерського персоналу (четвертий з'їзд, 1877 р.); започаткування шести недільних курсів підвищення їх кваліфікації (сьомий з'їзд, 1881 р.) [84, с. 32-35].

У цілому діяльність губернських з'їздів слід визнати прогресивним явищем, оскільки вони навіть при досить обмежених можливостях все-таки реагували на постійно виникаючі у земстві різного роду організаційні й санітарні питання, зближували своєю діяльністю віддалених на значні відстані лікарів як один з одним, так і з земськими урядовцями, сприяли науковому обміну думок і певній узгодженості дій.

Однак далеко не завжди рішення, прийняті на з'їздах, реалізувалися на практиці. Так, починаючи з 1874 р., на з'їздах неодноразово порушувалося питання про необхідність скасування роз'їзної системи надання медичної допомоги і перехід до стаціонарної, проте у більшості повітів вона продовжувала залишатися наближеною до роз'їзної. Погодивши проект організації медичної частини, запропонований губернським земством і схвалений черговим з'їздом, повітові земські установи не поспішали його реалізовувати на практиці.

Так, у Олександрійському повіті за 16 років (1873–1889 рр.) було відкрито лише дві лікарські дільниці (до 1873 р. відкрито шість дільниць); Ананьївський повіт протягом 20 років (1868–1889 рр.) залишався не тільки без змін (мав чотири дільниці), а й втратив одну лікарську дільницю; у Єлисаветградському повіті за період 1871–1887 рр. лише протягом двох років усі чотири лікарські дільниці були укомплектовані лікарями, з яких у 1887 р. залишився лише один. Правда, саме з цього року в повіті почалось реформування земсько-медичної частини: зокрема, запрошені п'ять лікарів з двома фельдшерами й акушеркою, відкриті п'ять приймальних відділень на чотири-вісім ліжок, повіт поділено на десять лікарських дільниць [80, с. 210].

У Тираспольському повіті спочатку були відкриті три дільниці, у 1872 р. відкрили ще одну. У такому стані медична справа перебувала до 1889 р., коли повітові земські збори постановили розділити повіт на сім дільниць. Одеський повіт до 1870 р. був розділений на три дільниці, у 1871 р. відкрили ще одну, а у 1880 р. діяло вже дев'ять дільниць. Херсонський повіт у 1867 р. розділили на дві дільниці; у 1873 р. відкрили третю, а у 1875 р. повіт було розділено на сім дільниць; у 1878 р. відкрили восьму дільницю і з 1886 р. у повіті нараховувалося десять дільниць [80, с. 210].

Наведені дані вказують на те, що лише у Одеському та Херсонському повітах медична організація розвивалась відносно рівномірно у часі, а решта повітів стали більш активними тільки після 1886 р., тобто із започаткуванням губернської санітарної організації. З кінця 80-х років XIX ст. у розбудові медичної справи Херсонським губернським земством було зроблено значно більше, як за минулих 20 років. Аналогічна тенденція спостерігалася і з відкриттям лікувальних закладів (табл. 3.1) [80, с. 213].

Кількість лікарень у повітах Херсонської губернії (1870–1889 рр.)

Повіт	1870-1874 рр.	1875-1879 рр.	1880-1884 рр.	1885-1889 рр.
Ананьївський	4	5	5	5
Єлисаветградський	2	6	4	7
Одеський	4	5	9	9
Олександрійський	5	5	5	7
Тираспольський	4	5	6	6
Херсонський	3	6	8	10
Усього:	25	33	37	45

Дані табл. 3.1 засвідчують, що найбільш послідовними в питанні раціонального облаштування медичної частини були знову-таки Херсонське та Одеське повітові земства. Загальне кількісне зростання лікарень вказує на те, що з 1885 р. у більшості повітів утверджується стаціонарна система надання медичної допомоги сільському населенню, поступово витісняючи роз'їзну і фельдшеризм.

Кількість фельдшерських пунктів у повітах у різні роки характеризувалась як збільшенням, так і зменшенням при найбільшій їх чисельності у Херсонському повіті (табл. 3.2) [80, с. 213]. При цьому, слід зауважити, що в Єлисаветградському повіті кількість лікувальних закладів була однаковою з Одеським, однак, стосовно відкриття фельдшерських пунктів земські управи зазначених повітів мали протилежні міркування. Земці Єлисаветградського повіту відрізнялися своїми прогресивними поглядами у питанні улаштування медичної частини для сільського населення і, починаючи з 70-х років XIX ст. активно стали на бік лікарської громади, виступаючи за відкриття невеликих лікарських дільниць (на чотири-п'ять ліжок) замість самостійних фельдшерських пунктів. Тільки в Тираспольському повіті за період існування земств не було створено мережі фельдшерських пунктів, однак і за кількістю лікарських дільниць він теж мав найнижчі показники. Тираспольський повіт став одним із не багатьох у Російській імперії, в якому, за свідченням Б. Веселовського, на початку XX ст. ствердилася стаціонарна система медичного обслуговування.

Таблиця 3.2

Мережа фельдшерських пунктів у повітах Херсонської губернії (1870–1889 рр.)

Повіт	1870-1874 рр.	1875-1879 рр.	1880-1884 рр.	1885-1889 рр.
Ананьївський	6	6	10	11
Єлисаветградський	-	-	23	14
Одеський	7	12	18	15
Олександрійський	13	15	19	24
Тираспольський	-	-	-	-
Херсонський	30	29	27	32

Усього	57	62	98	98
--------	----	----	----	----

Наведені нами у табл. 3.2 цифри вказують на те, що фельдшеризм не знайшов свого прояву у повіті протягом усього періоду існування земської медицини. Проте, земсько-медична діяльність у Тираспольському повіті за відсутності мережі фельдшерських пунктів не стала більш успішною, що підтверджує зроблений нами висновок про наявність комплексу показників, які впливали на результативність земської медичної допомоги.

Наведені в табл. 3.1 і 3.2 дані на перший погляд мають суперечливий характер: з одного боку, в Херсонському повіті система надання медичної допомоги під кінець XIX ст. найбільше наближалась до стаціонарної, з іншого - у повному розквіті фельдшеризм. З'ясування встановленої невідповідності, або скоріше дійсного стану справ із медичним забезпеченням потребувало спеціального аналізу чинників, від яких залежав рівень результативності медичної допомоги окремо у повітах і губернії у цілому, за допомогою методу порівняльних таблиць (Додаток А, табл. 1) [117, с. 734].

Якщо за рівень успішності земської медицини брати кількість хворих, що зверталися за допомогою, то в різних повітах, як свідчать дані таблиці (Додаток А, табл. 1), вона різна: у Херсонському, Олександрійському та Ананьївському повітах за нею зверталась 1/4 населення, в останніх – менше 1/6 та 1/8. Таке явище залежить від багатьох чинників, зокрема, забезпеченості лікарями і фельдшерами. Крім того, існує суттєва різниця у співвідношенні стаціонарних хворих до амбулаторних, яка неоднакова в кожному з повітів. У табл. 3.3 наводиться кількість населення, яка припадає на кожного лікаря в розрізі повітів губернії, а також площа дільниці [117, с. 735].

Таблиця 3.3

Кількість населення та площа дільниці на одного лікаря у Херсонській губернії (80 роки XIX ст.)

Повіт	Населення на одного лікаря	Площа дільниці на одного лікаря (у кв. верстах)
Одеський	14700	830
Тираспольський	27571	928
Ананьївський	31000	1316
Херсонський	32555	1766
Олександрійський	43000	1214
Єлисаветградський	78600	2720
У середньому	34386	1384

Дані табл. 3.3 засвідчують, що для всіх повітів закономірність проявляється в тому, що чим менше населення припадає на одного лікаря, тим менша за територією його дільниця і навпаки, що показує нерівномірність розподілу лікарської допомоги в повітах. Порівняння даних із відсотковими розрахунками щодо кількості хворих свідчить, що на Херсонський, Олександрійський і Ананьївський повіти, для яких показники (населення:територія) відносно несприятливі, припадає найбільший відсоток хворих, що зверталися за допомогою. Дані щодо кількості населення на одного

фельдшера подані у табл. 3.4 [117, с. 736].

Таблиця 3.4

**Кількість населення на одного фельдшера та площа його
обслуговування**

Повіт	Кількість населення на одного фельдшера	Територія обслуговування (у кв. верстах)
Одеський	6681	377
Херсонський	7146	388
Ананьївський	8087	343
Олександрійський	9729	274
Єлисаветградський	12281	431
Тираспольський	16083	541
У середньому по губернії:	9397	378

Наведені в табл. 3.4 показники засвідчують, що повіти, на які припадає найбільше звернень, знаходяться в середині за даними співвідношення населення:територія на одного фельдшера.

Порівняння за кількістю хворих, які отримали лікарську й фельдшерську допомогу, переконливо засвідчують, що остання в 1,5-2 рази перевищує питому вагу лікарської, тобто підтверджує наявність фельдшеризму (табл. 3.5).

Наведені в табл. 3.3 і 3.4 дані є досить відносними і залежать від багатьох чинників, зокрема, кількості та щільності населення в повітах, площі повіту. Однак, у таких повітах як Єлисаветградський та Тираспольський, де самостійна фельдшерська допомога була рідкісним явищем, представлені показники не є перебільшеними.

Наведені дані табл. 3.5 [117, с. 737] дозволяють стверджувати, що успішність земської медицини в повітах не спадає у тій самій послідовності, що й цифра хворих у фельдшерів. Так, наприклад, якщо у Єлисаветградському повіті кількість хворих, пролікованих у фельдшерів, становить удвічі більше, то за успішністю він посідає останнє місце, а Олександрійський повіт за тих самих умов – друге місце. У Херсонському і Ананьївському повітах спостерігається зворотне відношення.

Таблиця 3.5

Питома вага (%) медичної допомоги, наданої фельдшерами й лікарями

Назва повіту	Фельдшерська допомога	% до населення	Лікарська допомога	% до населення
Олександрійський	45122	15	26096	8,6
Херсонський	31214	10,6	40021	13,6
Єлисаветградський	26176	6,6	14452	3,6
Ананьївський	12228	6,5	28345	15,2
Одеський	8384	5,7	14311	9,7
Тираспольський	В одних і других разом – 17277			
	123124		123321	

У цілому по губернії				
----------------------	--	--	--	--

Звідси можна дійти висновку, що повіти, які характеризуються зручними для фельдшерів умовами, не становлять більшої кількості хворих у фельдшерів, ніж у лікарів.

Таким чином, кількість лікарів і фельдшерів, а також більша чи менша обтяженість лікарських сил територією чи населенням, не відігравали вирішальної ролі в успішності земської медицини у Херсонській губернії.

Вагомим чинником стала норма розподілу земсько-медичної допомоги, встановлена з'їздами губернських і повітових лікарів, на що вказувалося раніше. Передбачалося, що на одного дільничного лікаря повинно припадати 25 тис. осіб (рішення установчої комісії губернських зборів) з радіусом не більше 30 верст (рішення першого губернського з'їзду), а на кожного фельдшера – до 10 тис. населення. Дані табл. 3.3 стосовно кількості населення на одного лікаря в середньому по губернії вказують на наближення до передбачуваного, а за радіусом дільниці навіть менше встановленого – 21 верста, якщо вирахувати його за формулою πr^2 . Кількість населення на одного фельдшера в середньому по губернії (табл. 3.4) є меншою за прийнятий з'їздом показник, тільки в деяких повітах він перевищує встановлену норму та свідчить про викорінення фельдшеризму й перехід до стаціонарної системи медичного обслуговування сільського населення.

У той самий час в окремих повітах відзначалось перевищення нормативу, особливо у тих, де успішність земської медицини найменша – в Ананьївському і Тираспольському. Отже, встановлену земствами норму щодо кількості населення і території, яку обслуговує лікар і фельдшер, слід розглядати не як умову, що визначає успішність медичної допомоги, а лише як приблизну межу, значне відхилення від якої ускладнювало діяльність лікаря.

Про вплив щільності населення у повітах на частоту звернень за медичною допомогою свідчать дані (Додаток А, табл. 1), з якої бачимо, що Херсонський повіт, який за цим показником займав передостаннє місце (18,4 осіб на квадратну версту), характеризувався найбільшим рівнем звернень за медичною допомогою, а Олександрійський повіт з найвищою щільністю (35,4 особи на квадратну версту), посідає друге місце. Звідси можна дійти висновку, що між щільністю населення і успішністю земської медицини відсутня пряма залежність.

Безумовно, що на рівень успішності медичної допомоги найбільше впливало відкриття дільничних лікарень і їх раціональний розподіл у повітах, оскільки розширення саме лікарняної мережі поступово надавало земській медицині стаціонарного характеру, робило її більш досяжною для усіх верств сільського населення, незалежно від їх місця проживання. Однак, відповідно до наведених у таблиці (Додаток А, табл. 1) даних, кількість стаціонарних хворих була досить незначною, а чисельність амбулаторних набагато перевищувала показники стаціонарних. Відношення кількості стаціонарних і амбулаторних хворих (табл. 3.6) може лише деякою мірою визначити характер діяльності

медичного персоналу в кожному повіті [117, с. 738].

Таблиця 3.6

Відношення стаціонарних і амбулаторних хворих та забезпеченість ліжками (на 1000 жителів) у лікарнях повітів Херсонського земства

Повіт	Показник відношення (стаціонарних = 1)	Ліжок на (1000 жит.)
Тираспольський	1 : 17,7	0,29
Єлисаветградський	1 : 27	0,27
Одеський	1 : 31,6	0,4
Херсонський	1 : 34,2	0,44 - 0,51
Олександрійський	1 : 43	0,32
Ананьївський	1 : 64	0,3 – 0,4
У середньому по губернії	1 : 35,1	0,33

Дані табл. 3.6 засвідчують, що забезпеченість лікарняними ліжками коливалась від 0,29 ліжка на 1000 населення в Тираспольському повіті до 0,4-0,5 у Херсонському, а співвідношення між стаціонарними й амбулаторними хворими – від 1:17,7 у Тираспольському повіті до 1:64 в Ананьївському, при майже рівних співвідношеннях у межах 1:31,6 і 1:34,2 в Одеському і Херсонському повітах, при середньому по губернії 1:35.

Про бажання повітових земств організувати медичну допомогу населенню на нових засадах та ступінь уміння кожного з них вирішувати нагальні земсько-медичні завдання свідчать їхні витрати на медичну частину з розрахунку на одного жителя протягом року (табл. 3.7) [117, с. 738-739], з яких бачимо, що при середній по губернії сумі витрат на одного жителя 16,3 коп. на рік тільки в Одеському повіті вона перевищувала у 1,5 раза, а у Тираспольському і Єлисаветградському була в 1,3 – 1,2 рази нижчою. Наведені дані вказують на те, що сума витрат на одного жителя знаходиться у прямому відношенні із ступенем задоволення земською медициною.

У цілому, середня величина витрат на одного жителя губернії у розмірі 16,3 коп. була вищою, як у більшості українських губерній у цей період [221, с. 58].

Таблиця 3.7

Витрати повітових земств Херсонської губернії на медичну частину протягом року (80 – і роки XIX ст.)

Повіт	Витрати на одну особу (коп.)
Тираспольський	12,3
Єлисаветградський	12,9
Ананьївський	17,2
Олександрійський	17,2

Херсонський	17,5
Одеський	25
У середньому по губернії	16,3

Про реальні можливості кожного повітового земства в частині задоволення потреб на медичну допомогу свідчить рівень прибутку десятини, оскільки саме земля була його головним джерелом (табл. 3.8) [117, с. 739].

Таблиця 3.8

Прибуток з десятини землі в повітах Херсонської губернії

Повіт:	Рівень прибутку
Херсонський	3,08
Ананьївський	3,10
Одеський	3,48
Єлисаветградський	3,83
Олександрійський	4,27

Із викладеного вище доходимо висновку, що ступінь достатку повіту не є мірилом бажання земських урядовців задовольнити потребу населення в лікуванні.

Таким чином, успішність земської медицини, як свідчить наведений аналіз, не обумовлюється зовнішніми атрибутами земсько-медичного достатку, а саме: кількістю медичного персоналу, щільністю населення, кількістю ліжок. Витрати на одного хворого можуть слугувати деякою мірою показником успішності земської медицини, але не мають вирішального значення, оскільки багато залежить від уміння і бажання земства раціонально розпорядитися своїми коштами.

Не останню роль у визначенні успішності земської медицини у Херсонській губернії, як свідчать наведені вище дані, відіграло зменшення плати (згодом, її ліквідація) за лікування. Лікарні і лікарі стали доступнішими для усіх верств населення, особливо для незаможних.

Існуючий порядок оплати за утримання хворих цивільного відомства в лікарнях богоугодних закладів (7 крб. 50 коп. на місяць без урахування днів, проведених у лікарні) хвилював губернські збори з початку заснування земських установ. Визнаючи такий порядок незадовільним, гласні висунули клопотання про стягування з таких хворих плати за перший тиждень 2 крб. 50 коп., а за наступний період – 7 крб. 50 коп. за місяць [120, с. 57]. У зв'язку з ліквідацією урядом капіталів громадської опіки губернська управа повторно винесла на розгляд питання про зменшення плати за лікування заявивши, що "...робочі люди звертаються в лікарню в крайніх випадках, коли хвороба складніше піддається лікуванню..." [120, с. 58]. У такий спосіб у вигляді експерименту на один рік був запроваджений новий порядок розрахунку за лікування в губернській лікарні: за перебування хворого до 20 днів – 30 коп. за добу, понад 20 днів – 7 крб. 50 коп. [120, с. 59; 69, с. 18].

Нова система оплати послуг губернської земської лікарні була визнана раціональною і продовжувала існувати у майбутньому. Крім того, губернські

гласні майже одноголосно виступили проти підвищення вартості лікування. Висловлюючи загальну думку, гласний К. Мазаракій заявив: “Ми утримуємо богадільні не заради користі, а для того, щоб прийти на допомогу стражденному людству, допомогу бідним ... і тому підвищувати плату за лікування було б вкрай несправедливо” [78, с. 101].

Думка, висловлена гласним К. Мазаракієм, стала провідною ідеєю земських діячів Херсонської губернії щодо вартості медичного обслуговування. Починаючи з 1878 р., вартість лікування в губернській лікарні була зменшена з 30 до 25 коп. за добу.

Херсонське губернське земство взяло також на свій рахунок лікування хворих на сифіліс. Безкоштовна допомога надавалася й породіллям у пологовому будинку, відкритому при богадільні разом із пологовим інститутом 1 вересня 1874 р. [105, с. 337].

Розглядаючи запропоновані урядом правила по щепленню віспи, усі гласні як у повітах, так і у м. Херсоні, категорично висловились проти платності віспощеплень. “Саме через “непомірні побори” віспощепіїв, стверджували вони, населення часто уникає цього важливого профілактичного заходу” [79, с. 294].

Обговорюючи у червні 1876 р. на з’їзді лікарів і членів земських управ Херсонської губернії Статут земських лікарень, старший лікар богадільні М.П. Боголюбов запропонував звільнити незаможних хворих від плати за лікування. Як свідчить стенографічний звіт з’їзду, його пропозиція не викликала заперечень. Тим більше, що медичні заклади Одеського, Олександрійського (крім земської лікарні у м. Олександрія) та Херсонського повітів уже надавали безкоштовно допомогу хворим незалежно від їх майнового стану, щоправда, в останньому повіті тільки своїм мешканцям [129, с. 87].

Приводом для відміни плати за лікування в Олександрійському повіті стало намагання місцевих гласних підвищити з травня 1873 р. плату за лікування в повітовій лікарні з 25 до 35 коп., внаслідок чого лікарня за кілька місяців спорожніла. Тому вже у вересні на повітових земських зборах прийняте в травні рішення було скасоване.

Аналізуючи стан медичного обслуговування за 1877 р. у повітах Херсонської губернії, медична комісія констатувала, що там, де “...дарове лікування мізерне”, зростає чисельність хворих, які звертаються за допомогою до знахарів. Їм “краще мати справу із знахарем, розраховуючись з ним яйцями, мукою, хлібом та іншими подарунками, – вказувалось у звіті комісії, – ніж звертатися до офіційних медичних установ, де плата стягується “негайно і при тому грошима”. Зазначалося також, що бідність змушує хворих миритися навіть з таким явищем, як часті летальні випадки від знахарських кровопускань [118, с. 60].

Неспроможність через бідність значної частини сільського населення сплачувати послуги офіційної медицини позначалася і на особливому контингенті хворих із розладами психіки. Так, у доповіді управи губернським земським зборам за 1883 р. зазначалося, що “...багато сільських громад, щоб не

платити земству за утримання психічнохворих, не відправляли їх у лікарні, або забирали до повного одужання і намагалися стягнути плату за надану допомогу з рідні. Останні, у свою чергу, щоб не нести непомірних витрат, утримували нещасних у ланцюгах, піддаючи одиночному ув'язненню. Проблема з психічнохворими поставала настільки гостро, що збори одногolosно прийняли рішення про безоплатне лікування незаможних хворих у божевільні” [76, с. 163].

Набутий Херсонськими земськими установами майже 15-річний досвід діяльності медичної служби в умовах земства, дозволив наприкінці 80-х років ХІХ ст. земським лікарям разом із членами земських управ сформулювати основні принципи, на яких повинна базуватися земська медицина. Їх виконання потребувало вирішення з боку губернського і повітових земств, зокрема, питань безумовності безоплатної медичної допомоги населенню, а також укомплектування лікарень і дільниць медичним персоналом. На підтримку безоплатності медичних послуг виступали делегати з'їздів лікарів і членів управ губернії, які наполягали на безоплатності стаціонарного лікування, амбулаторного обслуговування, навіть на “даровій видачі ліків” для усіх станів населення. Крім того, наголошувалося на “недопустимості прийняття винагороди під будь-яким виглядом в особисту користь медичного персоналу” [75, с. 142].

Втілюючи у життя визначені принципи, земства Херсонської губернії на рубежі століть одними з перших в Україні звільнили населення від оплати за амбулаторну допомогу, лікування в стаціонарі та “медичні поради” усіх незаможних жителів, інфекційних хворих та заробітчан. Ананьївські повітові збори відмінили плату за лікування для усіх мешканців губернії, незалежно від їх матеріального стану, а Херсонське повітове земство встановило “повну безоплатність лікарняного обслуговування”. На нараді лікарів Херсонського повіту лікар І. Козуб заявив, що “...земський лікар не може виступати за платну видачу ліків у земській амбулаторії, його дії у такому випадку увійшли б у протиріччя з ідеєю земської медицини і загальними поглядами та прагненнями земських лікарів” [257, с. 32].

Як уже вказувалось, раціональний устрій земської медицини та її успішність значною мірою гальмувалися відсутністю достатньої кількості добре підготовленого середнього медичного персоналу. З часу відкриття земських установ попит на досвідчених фельдшерів і повитух був настільки великим, що спеціальні поодинокі школи не могли задовольнити потреби земської медицини, що розвивалась.

У вигляді експерименту, Херсонська губернська управа приймала рішення про призначення повітовим акушеркам додаткового утримання по 100 крб. на рік за підготовку хоча б однієї жінки з питань елементарного акушерства й віспощеплення. Однак це великої користі не дало, оскільки в деяких повітах взагалі не виявилось штатних урядових акушерок, а інші, отримуючи дотацію від земства, не виконували покладених на них обов'язків. У зв'язку з цим Ананьївська управа, підтримана губернськими зборами, порушила питання про виділення коштів тільки тим акушеркам, які їх заслуговують, але й

від цього справи не покращились [113, с. 122].

За таких умов Херсонському земству залишалося тільки на власні кошти відкривати навчальні заклади для підготовки фельдшерів і акушерок. У 1870 р. губернська управа разом із лікарями напрацювала проекти статутів фельдшерської школи і пологового інституту з допоміжним пологовим закладом, розглянуті губернськими зборами 7 листопада 1870 р. [147] і затверджені Міністром внутрішніх справ 13 жовтня 1871 р. [115, с. 244] (Додаток Д) [147].

Фельдшерська школа при губернській земській лікарні була відкрита 1 жовтня 1872 р., а інститут підготовки повитух – 1 вересня 1873 р. Обидва навчальні заклади розміщувались при херсонських богоугодних установах. Фельдшерська школа з чотирирічним строком навчання розраховувалась на 40 вихованців, трирічний інститут підготовки повитух – на 35 учениць. Утримання обох навчальних закладів покладалося на земства, а навчально-виховна частина контролювалася спеціальною радою, очолюваною старшим лікарем [105, с. 348].

Протягом першого року навчання до фельдшерської школи було прийнято 21 учня (дев'ять – за рахунок губернського збору і 12 – за рахунок повітових зборів). Навчальна програма передбачала вивчення 12 предметів (вісім викладачів), а програма повитух складалася з 3-х предметів, які викладали три лікарі-ординатори губернської лікарні. Інститутом повитух керував лікар Ракуза – колишній ординатор клініки університету св. Володимира, а теоретичні й практичні основи акушерства викладала акушерка Нікітіна, яка мала дипломи Казанського університету на звання повитухи і Санкт-Петербурзького Калінкінського інституту на право лікувати жінок і дітей хворих на венеричні хвороби [105, с. 349-356].

Окремі повітові управи у вигляді експерименту також відкривали при своїх лікарнях фельдшерські класи. Лікар Олександрійської земської лікарні М.М. Успенський прийняв 15 – річного юнака для навчання фельдшерській справі, що було підтримано повітовою управою, яка зазначала, що своїм починанням не має наміру підірвати значення школи при губернській управі. У 1872 р. Олександрійська земська лікарня відкрила власну фельдшерську школу, до якої вступили шість хлопчиків – переважно сироти і діти бідних батьків [139, с. 40-41]. Аналогічним чином вчинила Ананьївська земська лікарня.

Завдяки функціонуванню фельдшерської школи й інституту підготовки повитух у Херсонській губернії з'явилося нове покоління середнього медичного персоналу, здатне виконувати функції лікарських помічників і очолювати самостійні фельдшерські пункти. За рівнем підготовки випускники цих навчальних закладів суттєво відрізнялися від ротних фельдшерів минулого, що значно підвищило престиж самої професії і відношення до них з боку населення

Отже, підсумовуючи викладене вище, бачимо, що наприкінці 80-х років XIX ст. в усіх повітах Херсонської губернії ствердилась стаціонарна система надання медичної допомоги населенню, тобто у місці проживання лікаря

знаходилися лікарня, приймальне відділення, а постійні роз'їзди лікарів, проти чого так довго боролися лікарі з земськими урядовцями, обмежувалися екстреними випадками: викликами до особливо важких хворих, породіль, при виникненні епідемічних хвороб. Обов'язки дільничного медичного персоналу полягали у нагляді за появою епідемії, наданні хворим амбулаторної і стаціонарної допомоги та віспощеПЛенні. За 25 років існування земських установ кількість лікарів у Херсонській губернії зросла з восьми у 1865 р. до 64 у 1889 р., тобто у 8 разів; а фельдшерського персоналу з 61 до 160, тобто втричі [117, с. 723; 61, арк. 461; 43, арк. 13].

Херсонська губернія у цей період нараховувала 76 лікарських дільниць, у тому числі дві міжповітові дільниці, які знаходились на повному утриманні губернського земства; 75 дільничних лікарень та 14 приймальних відділень. За період існування земства кількість лікарняних ліжок у сільській місцевості зросла з 180 у 1864 р. до 700 у 1889 р., тобто майже у 5 разів. Виключно на губернські кошти утримувалися лікарня на 16 ліжок у м. Березнеговате Ананьївського повіту і амбулаторія у м. Казанці Єлисаветградського повіту. Крім того, у м. Херсоні функціонували: губернська лікарня на 100 ліжок і психіатрична лікарня з колонією, які утримувалися губернським земством. Із наведеної вище кількості лікарень 61 були стаціонарного типу [44, арк. 23-24, 210, 213; 45, арк. 157-158; 42, арк. 1-8].

Асигнування на медицину з боку губернського земства зросли в геометричній прогресії. Звітуючи перед урядом, херсонський губернатор зазначав: "...не можна не помітити, що земство звертає велику увагу на покращення медичної частини і не жаліє коштів на неї..." [39, арк. 98]. Якщо у 1878 р. витрати на медицину становили – 230 тис. крб., плюс витрати на громадське піклування – 55, 227 крб., то у 1881 р. відповідно – 265 тис. крб., [38, арк. 29; 41, арк. 48], а у 1883 р. – 284 тис. крб. [42, арк. 8].

3.2. Організація губернським земством санітарно-профілактичної допомоги

Зародження санітарної організації у Російській державі і в Україні зокрема нерозривно пов'язане зі становленням громадської гігієни, викликаной реформами 60-х років XIX ст., зростанням громадської думки, досягненнями медицини і диференціацією медичної науки, вимогами земської медицини, особливо у частині боротьби з епідеміями. "...У той час, – писав Є.О. Осипов (1899 р.), – і наукові інститути громадської гігієни проявили себе також досить успішно, спочатку звернули на себе увагу лікарів, а згодом набули поширення й серед ...інтелігенції. ...громадська гігієна в нас з'явилася під назвою санітарної медицини..." [248, с.119].

Побутує думка учених, що центром становлення ідеї громадської медицини були журнал "Архив судебной медицины и общественной гигиены", заснування якого у 1865 р. співпало з започаткуванням земської медицини, і Казанське медичне товариство, створене у 1868 р. Але при всій їх значущості історична справедливість потребує відмітити, що ідеї

громадської (санітарної) медицини висловлювались в Україні і раніше [248, с. 119-129].

Вказуючи на час зародження санітарного напрямку в земській медицині, відомі діячі земської медицини Д.М. Жбанков та Є.О. Осипов наголошували, що санітарні ідеї в земстві зародилися на початку його становлення.

“...Земські лікарі з самого початку зрозуміли, що, крім лікувальної медицини, необхідна попереджувальна медицина, необхідна санітарна робота, що потребує широкої громадської діяльності і єдності з народом” [248, с. 119].

Аналіз хронологічних подій, пов’язаних з розвитком санітарних ідей, свідчить, що першість у наданні їм пріоритетів належить Полтавському земству. Як уже вказувалось, у “Трудах постоянной медицинской комиссии при Полтавской губернской земской управе” (1869 р.), зокрема в “Проекте устройства земской медицины в Полтавской губернии”, наголошувалось на необхідності доповнення лікувальної організації санітарною. А відведення в Полтавській програмі першочергового місця розвитку громадської гігієни свідчить про її у цілому санітарну спрямованість.

На необхідності саме санітарної спрямованості у побудові земської медицини, що витікало з постулатів громадської медицини, неодноразово наголошували чисельні з’їзди земських лікарів та членів управ українських губерній. Але перше десятиріччя земства проходило переважно за умов першочергового створення системи лікувальної допомоги.

Першим в Україні та другим у Російській державі земством, яке приступило до практичного започаткування санітарної організації, стало Херсонське земство. Як уже вказувалося, на відміну від Полтавського земства, яке головною метою ставило побудову системи, розробку структури і визначення напрямів діяльності земської медицини взагалі, херсонські земці першочергову увагу приділили попередженню виникнення епідемічних захворювань, боротьбу з ними шляхом проведення санітарних заходів. Але все це налагодилося не відразу.

На першому етапі своєї діяльності Херсонське губернське земство та повітові, про що зазначалося раніше, були зайняті загальними організаційними питаннями, і лише з початку 70-х років XIX ст. губернськими земськими зборами поряд із питаннями лікувального характеру, предметом обговорення стали і санітарні питання, що обумовлювалось епідемією холери, яка з початку заснування земських установ у губернії з’являлася тричі: у 1866, 1871 та 1872 рр. [105, с. 339-341].

Однак у більшості повітів під час холерних епідемій жодних протиепідемічних заходів не проводилося, а поодинокі приймальні відділення були відкриті тільки у м. Маяки Одеського повіту, та м. Бобринець Єлисаветградського повіту. Губернська управа також обмежилась відкриттям особливих холерних відділень при богоугодних закладах та збільшенням кількості фельдшерського персоналу. Про наслідки епідемії холери свідчить хоча б те, що з пролікованих у липні – вересні 1866 р. у холерному відділенні 209 осіб померло 111, тобто більше половини [105, с. 338-339].

Враховуючи частоту епідемій у губернії, земські збори своїми постановами здійснили певні протиепідемічні заходи, зокрема губернська управа відкрила кредит Єлисаветградській повітовій управі на витрати з попередження епідемій, поклавши їх на рахунок губернського збору, тобто взяла витрати на себе [81, с. 730-731].

Справедливо вважаючи, що попередження та припинення епідемій тісно пов'язане з організацією земської медицини взагалі, губернські збори запропонували повітовим земським зборам і Товариству лікарів м. Херсона спільно обговорити це питання і внести свої пропозиції [105, с. 341].

На запит про покращення санітарної частини у губернії, Товариство лікарів Херсона висловило свою точку зору про те, що покращення гігієнічних умов життя населення стане можливим тільки при достатньому його матеріальному рівні і культурному розвитку, у зв'язку з чим у даний час, при досить не вигідних економічних умовах побуту селян, створення санітарної частини для них є передчасною мірою [103, с. 9].

Оцінку поглядам Товариства лікарів Херсона дали Є. Осипов, І. Попов, П. Куркін у праці “Російська земська медицина” (1899 р.), зарахувавши його до “...ревних супротивників будь-яких невідкладних санітарних починань в селах” [248, с. 151].

Міркування повітових земств носили полярний характер. Ананьївські повітові збори разом із земськими лікарями дотримувались точки зору про неможливість організації сільської санітарної частини у даний час. Головними перешкодами до цього, на їхню думку, були як нестача коштів, так і недостатня обізнаність земських діячів із умовами “громадського здоров'я”. Тому важливим підготовчим етапом у цьому напрямі вони вважали проведення досліджень місцевих умов (медико-статистичних та топографічних), які впливають на громадське здоров'я, що у свою чергу потребує розробки програми з вивчення губернії у санітарному відношенні та її обговорення на з'їздах земських лікарів, оскільки “...тільки єдність дій за загальним планом може відповідати за успіх самої справи” [105, с. 7-8]. У кінцевому результаті Ананьївські лікарі запропонували скористатися програмою медико-топографічного дослідження, розробленого лікарем Б. Укке й прийнятою багатьма земствами [105, с. 358-360].

Олександрійські повітові збори чітко висловились за запровадження сільської санітарії і у сесію 1872 р. прийняли рішення про введення посади лікаря-гігієніста, виділивши на 1873 р. для цієї мети 1200 крб. На їхню думку, на лікаря-гігієніста, крім обов'язків “запасного” лікаря, слід покласти обов'язки з вивчення у вільний час кліматичних та інших умов розвитку епідемій. Однак через нестачу коштів посада лікаря-гігієніста не була введена [139, с.41-43].

Повітові збори Херсонського, Єлисаветградського, Одеського та Тираспольського земств, взявши до відома думку Херсонського Товариства лікарів, дійшли висновку, що будь-які покращення санітарних умов сільського населення відбуваються тільки тоді, коли покращуються економічні умови краю [105, с. 356].

Більш послідовною у визначенні шляхів покращення санітарних умов населення стала Одеська управа, члени якої запропонували: організувати особливий нагляд за зведенням будинків (будувати зручні будинки замість сирих і не провітрюваних землянок), проводити очищення колодязів, щоб забезпечити населення чистою (здоровою) водою, створити в кожному медичному окрузі санітарні комісії, зобов'язавши їх діяти згідно з затвердженими для них правилами [105, с. 357].

Губернські земські збори доручили губернській управі розробити комплекс заходів, спрямованих на попередження та припинення епідемій. При обговоренні управа наголосила на тому, що "...успіх у справі з припинення епідемій необхідно обумовлювати правильною організацією медичної частини в губернії..." [103, с. 9].

Дисертант доходить висновку, що на початковому етапі становлення земської санітарної організації у Херсонській губернії ні лікарі (приклад Товариства Херсонських лікарів), ні земські діячі на губернському та повітовому рівнях не мали єдиного накресленого плану заходів із попередження та припинення епідемій. Визнавши, у цілому, необхідність проведення профілактичних заходів та вивчення губернії у санітарному відношенні, вони не передбачили засобів для їх реалізації. Тільки часті та загрозові холерні епідемії підштовхували до більш конкретних дій.

У 1872 р. епідемія холери у Херсонській губернії досягла небувалих розмірів, про що у звіті зазначалось лікарським відділенням. Вона мала "повертаючий" характер, "відвідуючи" деякі населені пункти по двічі-тричі на рік [105, с. 339].

Перший з'їзд земських лікарів Херсонської губернії у 1874 р. на першому засіданні порушив питання про покращення санітарних умов населення [131, с. 1]. Наступні засідання з'їзду були присвячені обговоренню, поряд із організаційними питаннями (доцільність лікарських роз'їздів, відкриття лікарень, амбулаторій, розмір та кількість народонаселення для однієї дільниці), розгляду особливо актуального питання про віспощення в губернії [131, с. 5].

Організація віспощення у пореформений період з самого початку покладалась на земські установи. Височайше затверджене положення Комітету міністрів від 6 серпня 1865 р. постановляло: "...покласти на медичну раду, згідно з першим пунктом положення Комітету міністрів 3/24 липня 1865 р., складати, для керівництва земським установам, загальні правила з віспощення, а найближчі розпорядження у цій справі представити... земським установам" [100, с. 30-31]. Міністр внутрішніх справ особливим циркуляром від 16 січня 1869 р. № 20 пропонував земським установам обговорити питання щодо введення обов'язкових щеплень, а також розмір штрафу з осіб, які їх уникають.

Проаналізувавши висновки повітових управ, Херсонська губернська управа констатувала, що "...віспощення, як обов'язковий захід для усіх станів, повинне бути безкоштовним" [100, с. 32-34]. Висновки губернських зборів, представлені у 10 пунктах, були спрямовані на розгляд уряду, але

відповіді управа не отримала. Збори неодноразово повторювали клопотання про затвердження законопроекту стосовно обов'язкового віспощеПЛення. У результаті, "Правила про віспощеПЛення для губерній, у яких введені земські установи", були складені Медичною радою Медичного департаменту МВС, відповідно до ст. 966 Лікарського Статуту, у 1876 р. (склалися разом із примітками із 15 пунктів, а також "Настанови для поширення віспи") [99, с. 132-133].

Прийняття Херсонським земством на губернський рахунок віспощеПЛення, а також повна його безкоштовність для усіх станів, дали свої позитивні результати. За період з 1870 до 1874 р. кількість щеплень у губернії зросла вдвічі (з 19679 у 1870 р. до 31596 у 1873 р.). Серед повітових земств особливо позитивною відзначалася динаміка Єлисаветградського повіту. Маючи найнижчі показники по губернії (1402 щеплення), повітове земство мобілізувало увесь медичний персонал і у 1873 р. довело кількість щеплень до 9561. ВіспощеПЛенням, за дорученням управи, займалися як громадські віспощепії і фельдшери, так і земські лікарі, фельдшери й акушерки. Лікар Соловейчик та голова Одеської повітової управи Карпов вперше склали форму відомостей з віспощеПЛення. Для забезпечення губернії свіжим віспяним детритом Тираспольське земство у 1872 р. відкрило перший у губернії віспяний телятник [105, с. 361-365]. Ці заходи мали позитивні результати, оскільки спрямовувались на попередження і припинення найнебезпечнішої епідемічної хвороби.

Із зачаткуванням у Херсонській губернії з'їздів лікарів та членів управ (1874 р.), з'явилася потреба у більш систематичному збиранні медико-статистичних та медико-топографічних даних, без яких, як зазначалося в доповіді другого з'їзду (1875 р.), "...земство не може знати куди і як спрямовувати свої сили і кошти на користь народному здоров'ю..." [135, с. 54-56]. На цьому самому з'їзді були напрацьовані форми і програми для збору медико-статистичних та медико-топографічних даних з введенням до статистичних бланків відомостей про вік, професію, національність і місце проживання хворих, що слід розглядати як зачаткування земської медичної статистики.

Однак, подальша доля медичної статистики у Херсонському земстві не відповідала такому успішному починанню. З першого року збирання статистичних відомостей, які були визнані вкрай необхідними, співчуття більшості земських лікарів проявилися лише на словах. У 1876 р. із 28 лікарів лише дев'ять, тобто третина, подали необхідні відомості [128, с. 35].

Узагальнення надісланих лікарями відомостей другим з'їздом лікарів та членів управ Херсонської губернії доручив особливому лікарю, проте губернська управа вирішила, що цієї роботи буде для нього замало і поклала виконання зазначених обов'язків на лікаря – члена статистичного бюро. Однак доля останнього виявилася сумною. У 1876 р. губернські збори прийняли рішення про ліквідацію статистичного бюро і посади особливого лікаря, одночасно постановивши про продовження збору матеріалів, поклавши на одного дільничного лікаря обов'язки щодо їх узагальнення, а

зведення загального по губернії звіту – на одного з трьох лікарів-ординаторів губернської лікарні за додаткову оплату [128, с. 34-37].

Збирання статистичних матеріалів за запропонованим губернськими земськими зборами порядком проводилося лише в Олександрійському повіті, а в інших матеріали якщо і збиралися, то не узагальнювалися і мали розрізнений характер. Відповідно до вимог медико-топографічні дані представив лише перший лікар Єлисаветградського повіту Ястржембський [128, с. 34-37].

До порядку денного другого губернського з'їзду лікарів та членів управ входило також питання правильної організації санітарного нагляду в губернії. У постанові з'їзду вказувалося, зокрема, на недоцільність введення при епідеміях карантинних заходів, віддаючи перевагу дезинфекційним. Зазначалося, що "...тільки правильно організований санітарний нагляд, при задоволенні найважливіших економічних потреб населення, може принести суттєву користь під час епідемії". Крім того, наголошувалося, що правильна організація санітарного нагляду в селах в даний час неможлива, оскільки "...початок організації санітарного нагляду може бути покладений організацією при управах санітарних комісій і виконанням лікарями санітарних обов'язків" [135, с. 51-52]. Питання санітарного нагляду розглядалися також на третьому (25-30 червня 1876 р.) і четвертому (1877 р.) губернських з'їздах [136, с. 123-127; 127, с. 73-77].

Зокрема четвертий з'їзд увійшов в історію земської медицини Херсонської губернії як ініціатор заснування центрального постійного медичного органу із сприяння участі губернського земства у відкритті медичної частини повітів. Учасники з'їзду порушили клопотання перед губернськими зборами про заснування постійної медичної комісії при губернській управі для напрацювання проекту розвитку земської медицини, а також про введення посади особливого лікаря при постійній медичній комісії для узагальнення медико-топографічних і медико-статистичних даних. У такий спосіб Херсонське земство використало досвід заснування аналогічної комісії Полтавським земством, яке відбулося на дев'ять років раніше (1869 р.). Клопотання четвертого з'їзду затвердили губернські збори і постійна медична комісія розпочала свою роботу в 1878 р., поновивши збір і узагальнення статистичних матеріалів [127].

Херсонська губернська управа разом із членами лікарської ради херсонських богоугодних закладів вибрали для постійної комісії особливого лікаря П.Г. Брюховського. Комісія відкрила свої засідання з 19 січня 1878 р. і, як свідчить земський щорічник 1878 р., за період до 15 серпня відбулося 22 її засідання, а до кінця року – 44 [179, с. 277].

Заснування комісії, як зазначалося в доповіді П.Г. Брюховського, було покликане необхідністю "об'єднати розрізнені погляди і дії з медичної частини в повітах, оскільки вони негативно впливають на діяльність медичних з'їздів, залишаючи їх рішення не виконаними"; "постійна медична комісія, зосереджуючи в собі усі думки й пропозиції, повинна служити дорадчим органом для земства і виконувати більшу частину підготовлених

робіт з різних медичних питань і не повинна мати вищої інстанції чи інспекційного органу... До складу комісії у ролі її членів можуть входити губернські та повітові гласні Херсонської губернії і земські лікарі. Постійний склад комісії повинен складатися з усіх членів губернської управи, всіх лікарів богоугодних закладів і особливого лікаря” [179, с. 278]. На постійну медичну комісію покладалася:

- розробка медико-статистичних і медико-топографічних даних;
- надання допомоги повітовим лікарям порадами, літературними та науковими матеріалами;
- нагляд за виконанням рішень з’їздів земських лікарів та членів управ, затверджених губернськими зборами;
- розробка запропонованих попередніми з’їздами питань і збір для них матеріалів [179, с. 278-279].

Заснування постійної медичної комісії, її колегіальний склад (земські лікарі та земські урядовці) і поставлені перед нею завдання слід розглядати як прогресивне і своєчасне явище для губернії. Як бачимо із викладеного вище, губернське земство неодноразово наголошувало на необхідності напрацювання єдиного проекту розвитку земсько-медичної організації. У свою чергу повітові земства, кожне окремо, підтримували порядок колегіального вирішення наболілих і насущних питань, що стало приводом для започаткування з’їздів лікарів на повітових та губернському рівнях. Але практика їх діяльності не принесла бажаних результатів, залишаючи на папері їх рішення. Вивчаючи постанови з’їздів та аналізуючи причини їх невиконання, постійна медична комісія дійшла до висновку, що “...багато поставлених медичних питань не виконуються через брак знань про положення медичної справи в повітах”, у зв’язку з чим одним з перших її кроків стала розробка уніфікованої програми щодо збору даних про стан медицини на місцях і направлення їх у повіти [179, с. 279].

Заснована майже на десять років пізніше від Полтавської комісії, медична комісія Херсонської губернії мала характерні особливості, а у своїй діяльності більше відмінностей відносно попередниці. На відміну від Полтавської комісії, яка складалася виключно з лікарів, херсонська комісія була колегіальним органом з представників від губернських і повітових земських урядовців та усіх лікарів губернії і виникла з ініціативи більше земців, ніж лікарів.

Ініціювання багатьох важливих медичних питань діячами земських управ стало особливістю, яка вирізняла Херсонське земство серед інших губернських земств Росії й України. Однак така турбота з боку земських діячів була не випадковою, оскільки Херсонське земство характеризувалося майже 100% представництвом дворян, зацікавлених в усуненні дефіциту робочої сили і необхідності її оздоровлення.

Аналіз основних завдань, які ставила Полтавська медична комісія, свідчить про їх актуальність для усіх земств того часу, але їх реалізація Херсонським земством до створення власної медичної комісії відбувалася дещо іншими шляхами. Якщо питаннями розподілу земсько-медичних

обов'язків на губернські та повітові у Полтавському земстві займалася медична комісія, то у Херсонському – перші губернські земські збори. Визнаючи пріоритетність за напрацюванням заходів з віспощеплення, боротьбі проти поширення сифілісу та припинення епідемічних хвороб, Полтавське земство віддавало перевагу організації насамперед лікувальної справи, а Херсонські губернські збори вже у 1869 р. постановили віспощеплення проводити безоплатно, з 1867 р. витрати на лікування сифілісу, як і на припинення епідемій взяла на себе губернська управа, підтвердивши першочерговість саме санітарної справи. У Херсонській губернії вже в 1880 р., раніше інших губерній України була введена змішана система медичного обслуговування, запропонована відомим Саратовським земським лікарем Ченикаєвим, витіснивши фельдшеризм і роз'їзну систему.

На відміну від Херсонської медичної комісії, Полтавська комісія, напрацювавши для свого часу глибоко обґрунтовані пропозиції щодо санітарного напрямку земської медицини не знайшла в цьому підтримки не тільки з боку земських діячів, а й частки лікарів. Ознайомившись з пропозиціями комісії, члени Полтавської губернської управи заявили, що організувати раціональну медичну допомогу для сільського населення передчасно, а самостійна діяльність фельдшерів у сільській місцевості необхідна. Управа запропонувала не підтримати проект, запропонований комісією.

Характерно, що у той самий час, коли Херсонське губернське земство запропонувало повітовим напрацювати єдиний проект санітарної організації, саме Товариство лікарів подібним чином відреагувало на клопотання земців, заявивши, що санітарна організація при існуючих економічних умовах і безграмотності населення неможлива.

Одночасно із санітарними заходами земств видавалися також і урядові постанови. 9 березня 1879 р. Височайше затвердженим положенням Комітету Міністрів, земським установам доручалось видавати спеціальні постанови про заходи із попередження та припинення епідемічних хвороб [38, арк. 27-28]. Херсонський губернський комітет громадського здоров'я не залишався осторонь і на трьох своїх засіданнях у лютому-березні 1879 р. затвердив обов'язковий проект оздоровлення населених пунктів. Для нагляду за виконанням визначених проектом заходів була обрана губернська санітарна комісія, до обов'язків якої входило вивчення санітарного стану губернії і контроль за виконанням попереджувальних протиепідемічних заходів з боку відповідних відомств. Для нагляду за впровадженням санітарних заходів на місцях були обрані особливі наглядові міські й повітові комісії: перші для контролю за точним виконанням обов'язкових правил, виданих міськими установами, другі – для покращення разом із повітовими земськими установами санітарного стану посадів, сіл, містечок. Методичне керівництво діяльністю місцевих наглядових комісій містилось у двох брошурах, виданих губернським комітетом громадського здоров'я і губернською комісією. В одній з них висвітлювались заходи, яких необхідно дотримуватися для оздоровлення населених місць губернії, а друга містила

системне викладення попереджувальних заходів при епідеміях тифу, дифтериту і віспи [38, арк. 28-29].

Дисертант доходить висновку, що незадовільний санітарний стан губернії: загроза наприкінці 70-х років XIX ст. епідемій дифтериту, тифу та віспи змусили як земські установи, так і державні органи вживати невідкладних заходів. Але обмежувалися вони в основному виданням дублюючих одна одну постанов і створенням схожих контролюючих органів, навіть з подібними назвами. Усі ці заходи спрямовувались на стабілізацію загрозливої епідемічної ситуації, проте, без виділення на це відповідних асигнувань, оскільки безпосередньо Комітети коштів не мали, а земства більше піклувалися про лікувальну, ніж профілактичну медицину. За таких умов ставало очевидним, що досягнення покращення епідемічної ситуації неможливе без створення спеціальної санітарної організації. Підтвердженням цьому можуть бути цифри захворюваності й смертності у губернії під час епідемій дифтериту, віспи і тифу, зафіксовані у 1879р.: з 4904 хворих померло 596 [38, арк. 30].

Необхідність введення санітарної організації вперше обговорювалася губернськими земськими зборами в 1879 р. Губернський гласний Н.А. Бошняк виступив із доповіддю про стан медицини в губернії, в якій наголошував, що "...за 15 років діяльності земств, а особливо за період із 1870 по 1877 р., у 5 разів зросли витрати земства на медицину і в 11 разів зросла кількість людей, які отримували медичну допомогу... в той самий час смертність і захворюваність серед населення не зменшилися... медичну допомогу на 100 хворих отримував один, під час призиву 1878 р. близько 30% новобранців не відповідали вимогам призиву через хвороби..." [112, с. 38]. Тобто, як бачимо з доповіді, при видимих покращеннях у медичному обслуговуванні (зростання фінансування, розширення доступності), не вдалося знизити рівень смертності населення. Причину такого явища гласний Н. Бошняк цілком справедливо вбачав у "...відсутності санітарної частини земської медицини...", наголошуючи, що "одним лікуванням не викоринити причини хвороб і не змінити шкідливих умов народного здоров'я... Одним із кращих засобів забезпечити народне здоров'я є санітарний напрям громадської діяльності... Такий напрямок у західноєвропейських державах дав блискучі результати у вигляді скорочення майже на половину рівня смертності й захворюваності..." [112, с. 39].

Розробка загального плану більш раціонального облаштування земської медицини у Херсонській губернії, оскільки попередня спроба не мала успіху, відноситься до 1878 р., тобто вже після створення постійної медичної комісії. Його автором став особливий лікар Брюховський. Ознайомившись із складеним ним "Оглядом стану медицини у губернії", комісія дійшла висновку, що "...прийняти за зразок будь-яку з існуючих у губернії організацій неможливо через те, що в кожному повіті усі сторони медичної справи не представляють рівномірного розвитку: в одному повіті одне добре, в іншому – друге, у кожному є щось незадовільне. Накреслити єдиний план для всіх повітів із реорганізації медицини не має можливості, оскільки, по-

перше, усі складові медичної частини тісно пов'язані між собою і залежать від особливостей земської діяльності, по-друге, напрацювати єдиний план не можна без санітарного дослідження губернії. Лише після узагальнення можна буде вирізнити, що взяти за єдине, а що буде особливим для окремо взятого повіту” [112, с. 44-48].

З метою правильного облаштування земської медицини в повітах Херсонської губернії, – констатувала комісія, – необхідно звернути увагу на санітарну частину й організувати правильні дії повітових та губернського земства під час боротьби з епідеміями. Предмети, з яких складається земська медицина, подаються у вигляді трьох відділів: 1) клінічна медицина: земсько-медичний персонал, лікарні, дарові ліки й віспощення; 2) санітарна медицина з організацією відповідного персоналу, куди також відносяться постійна медична комісія, особливий лікар при губернській управі, губернські медичні з'їзди і медична статистика; 3) боротьба з епідеміями: заходи проти епідемій, заснування особливих комісій, обов'язкові санітарні правила, заснування тимчасових лікарень, тимчасовий лікарський персонал і дезінфекція [112, с. 48].

Саме в “Огляді...” Брюховського санітарна організація вперше в Україні постала як невід'ємна складова частина загальної системи земської медицини Херсонської губернії, що свідчить про її пріоритетність у становленні сучасної санітарної служби.

Діяльність Херсонського земства спрямовувалась також на запрошення спеціальних санітарних лікарів із розрахунку один на повіт, поширення гігієнічних знань, організацію санітарного фонду для попередження поширення епідемій тощо, про що свідчать постанови постійної медичної комісії і медичних з'їздів: п'ятий у Тирасполі (1878 р.), шостий у Ананьєві (1879 р.) [166, с. 247-248].

Отже, Херсонське земство вже на початковому етапі становлення земської медицини особливу увагу звернуло на попередження епідемічних хвороб, боротьбу з ними і необхідність проведення санітарних заходів, але на практиці виявилось не завжди послідовним. Вишукуючи якомога кращі засоби виконання санітарних завдань, губернські земські збори у 1876–1878 рр. і 1882–1884 рр. видавали суперечливі постанови: то затверджували, то закривали, то знову поновлювали посаду губернського санітарного лікаря, який кожного разу мав інші назви: лікаря при статистичному бюро, особливого лікаря при губернській управі, санітарного лікаря. На нього покладалися обов'язки ведення діловодства в медичному відділі губернської земської управи і заснованої при ній постійній медичній комісії, виконання спеціальних робіт із розробки відомостей у медичній статистиці й топографії для розпізнавання на місці етіологічних умов появи епідемій.

Започаткований другим губернським з'їздом лікарів збір медико-статистичних та медико-топографічних даних ще довго не приносив суттєвої користі через ненадання інформації повітовими лікарями, але завдяки неодноразовим вимогам про користь від збору свідчень для розвитку санітарії і взагалі земської медицини на з'їздах, на засіданнях губернських

зборів та управ, він поступово здобув успіх і в остаточному підсумку сприяв тому, що у Херсонській губернії існувала одна з найкращих і найстаріших санітарних організацій серед губерній земської Росії. Тільки на кілька місяців херсонська санітарна організація була молодша від московської і відрізнялася від останньої своєю постановкою і виділилася в особливий тип [221, с. 115].

Херсонська губернія була мало-промисловим регіоном із відділеними від центру і великими за територією повітами, що робило останніх відносно самостійними земськими центрами і покладало на санітарних лікарів і їх помічників певні функції губернського санітарного бюро з додатковими статистичними обов'язками з розробки карток захворюваності населення, народжуваності та смертності. На перший план діяльності санітарних лікарів поставали організаційні заходи, завідування медициною, у тому числі й лікувальною у великих повітах, розробка матеріалів санітарної статистики, упорядкування в санітарному відношенні маси прибулих робітників.

В інших українських губерніях, які за своїм розташуванням і характером медичної діяльності більш походили на Херсонську, санітарна організація, що виникла значно пізніше, була подібна до херсонської. Пізніше, з розвитком її під впливом місцевих умов, вона набувала інші риси, як наприклад, у Катеринославській – з її санітарним наглядом за гірничопромисловими районами, але й там херсонський тип не був втрачений

У 1880 р. Херсонське земство остаточно встановило посаду санітарного лікаря (з 1 січня 1882 р. – І.О. Ястрежембський), одного на всю губернію, поклавши на нього обов'язки не санітарної діяльності в сучасному її розумінні, а насамперед розробки медико-статистичних матеріалів. Такий підхід того часу, безумовно, не сприяв зростанню значущості постаті санітарного лікаря, а визначений йому обсяг робіт був не під силу одній посадовій особі.

За таких умов Херсонське губернське земство було поставлене перед необхідністю вирішення дилеми: або скасування перших започаткувань санітарної організації, або доведення її до такої чисельності, яка могла б задовольнити справжню потребу. Слід віддати належне Херсонському земству, яке на своєму губернському зібранні у 1886 р. підтримало ідею ствердження санітарної організації і затвердило сім посад санітарних лікарів: одного губернського і шести повітових (через рік, у 1887 р., ще одного лікаря для м. Одеси). Цим був покладений початок розвитку першої в Україні санітарної організації [221].

Таким чином, доходимо висновку, що у 1886 р. Херсонська санітарна організація завершила своє структурне оформлення. У тому самому році після смерті І.О. Ястрежембського за рекомендацією одного з перших російських гігієністів Ф.Ф. Ерісмана губернським санітарним лікарем і завідувачем медико-санітарного бюро був призначений М.С. Уваров, а повітовими лікарями стали: у Олександрійському повіті – М.І. Тезяков, у Ананьївському – К.В. Товстицький, у Єлисаветградському – П.І. Діатроптов,

у Одеському – С.М. Караманенко, у Херсонському – А.В. Корчак-Чепуркі вський. Вони були першими санітарними лікарями на Україні [252, с. 36-37; 226].

Повітові санітарні лікарі входили до складу губернської санітарної організації, утримувалися, призначалися і звільнялися губернською управою, а працювали при повітових управах. Вони завідували медичними відділами і організацією усієї медичної, у тому числі й лікувальної справи в повітах; розробляли дані по санітарній статистиці; організовували санітарний нагляд за прибулими робочими (лікувально-продовольчі пункти); здійснювали санітарні й протиепідемічні заходи; виконували функції секретарів повітових з'їздів лікарів та виступали на з'їздах головними доповідачами [84, с. 1, 53, 64, 75, 87, 106].

Із створенням санітарної організації епідемії і епізоотії у губернії не припинилися і були навіть сильнішими за розмахом, як у минулі роки. У цілому, історія розвитку земської медицини вказує на те, що активізація діяльності земств з відкриттям нових лікарень, посилення медичної організації, покращення санітарної організації і активізації обговорення медичного питання на губернському та повітових рівнях слідували за періодом загострення епідемічних ситуацій. Такими для Херсонської губернії були періоди холерних епідемій 1868–1872 рр., дифтеритна та віспяні епідемії середини 70-х – початку 80-х років XIX ст., епідемія сипного тифу та загострення найстрашнішої холерної епідемії наприкінці 80-х років XIX ст.

Боротьба з епідеміями вимагала не тільки організованих дій з боку лікарів, але й відповідної матеріальної бази. На спільні кошти Херсонського губернського земства і міського самоврядування м. Одеси була відкрита перша в Російській державі бактеріологічна (пастерівська) станція. У 1886 р. міська дума, розглянувши 29 січня пропозицію Одеського товариства лікарів і професора Новоросійського університету І.І. Мечникова про заснування в м. Одесі бактеріологічної станції, погодилась з цим і доручила Товариству лікарів надіслати запит Л. Пастеру про можливість направлення до нього лікаря з метою вивчення способу щеплення проти сказу й сибірської виразки. “Повноваженим представником” Товариства в Парижі став лікар М.Ф. Гамалія, який був відряджений Одеським товариством лікарів “...для вивчення методу щеплення і методу приготування вакцини собачого сказу”. Лікар М. Гамалія повідомив про згоду професора Пастера на відкриття в Одесі інституту щеплення проти сказу і про те, що, він (Пастер), надає весь необхідний матеріал, який “...потрібно було виготовляти протягом півторарічного періоду...” Більше того, вдячний Л. Пастер у листі до російського посла в Парижі (1886 р.) зазначав: “Якщо російський уряд в м. Одесі забажає відкрити лабораторію для виготовлення щеплень проти сказу, найкращим завідувачем її може бути лікар Гамалія...” [233, с. 35-36].

І тільки після цього Одеська міська дума на своїх засіданнях від 19 і 21 травня 1886 р. “...постановила: дозволити міській управі заснувати в

Одесі бактеріологічну станцію... Доручити управі просити відомого вченого І.І. Мечникова очолити її й організувати ...” На відкриття станції надало згоду й Міністерство внутрішніх справ [233, с. 37].

Таким чином, перша в Російській державі і друга в світі (після Паризької) Одеська бактеріологічна станція була заснована міською думою за сприяння Херсонського губернського земства та за пропозицією Одеського товариства лікарів і згодою Л. Пастера. “Той факт, – писала газета “Одеський листок” 24 березня 1887 р., – що станція виникла за ініціативи громадськості й міста, одразу надав в її розпорядження дві палати в міській лікарні, а Одеса випередила не тільки всі інші міста Росії, а й Петербург...” [233].

Утримувалась станція на кошти міської думи й Херсонського губернського земства як одного з засновників, а також за рахунок періодичних дотацій Бессарабського і Таврійського земств.

Відкриття Одеської бактеріологічної станції відбулося 11 червня 1886 р. Її персонал складався з завідуючого – доктора зоології І.І. Мечникова, заступника доктора медицини М.Ф. Гамалія і лікаря Я.Ю. Бардаха. До кінця року щеплення проти сказу в ній отримала 381 особа.

Крім вказаного, на станції вивчали також питання боротьби з чумою, холерою, дифтерією, виконувались діагностичні дослідження, запобіжні щеплення, виготовлялись вакцини й сироватки, зокрема протидифтерійна. На базі станції 9-23 лютого 1887 р. відбувся перший в Україні семінар повітових санітарних і земських лікарів Одеського регіону й Херсонської губернії з лабораторної діагностики холери, сибірської виразки, туберкульозу, сифілісу, а також методів дослідження води, повітря й ґрунту.

Одеська бактеріологічна станція стала складовою частиною Одеської санітарної організації, її науково-дослідним і консультативним центром. Спільна робота Херсонської санітарної організації з Одеською станцією визначила бактеріологічний і епідеміологічний напрям санітарної організації Херсонського земства.

З Одеської бактеріологічної станції вийшли всесвітньо відомі бактеріологи, епідеміологи та гігієністи І.І. Мечніков, М.Ф. Гамалія, Я.Ю. Бардах, Д.К. Заболотний та інші, які стояли біля витоків української санітарної організації. Крім І.І. Мечникова, значну роль у подальшому розвитку і діяльності станції відіграв колишній санітарний лікар Херсонського земства П.М. Діатроптов, який працював в Одесі з 1889 р. санітарним лікарем, а в 1893–1907 рр. очолював станцію.

Значення Одеської бактеріологічної станції для розвитку санітарної організації України влучно визначив видатний вчений гігієніст акад. О.М. Марзєєв (1954 р.) підкресливши, що вона була “зразком сучасних санітарно-епідеміологічних станцій” [233, с. 41].

Це був перший подібного рівня заклад в Україні. Слідом за Одеською станцією відкриваються аналогічні в інших містах імперії. У 1911 р. Херсонське земство спільно з Єлисаветградським заснували Пастерівську станцію у Єлисаветграді.

Особливістю функціонування земської санітарної організації на такому високому рівні у Херсонській губернії була підтримка її з боку таких відомих голів губерньського земства і земських діячів як А.С. Ерделі, П.Н. Фатуровського, Ф.П. Нікітіна (під час його дев'ятирічного головування зародилася й утвердилася санітарна організація), П.А. Зеленого, В.П. Андрєєвського, Н.І. Зернавицького. Цей факт мав не останнє значення для успішності земської медицини і санітарної організації зокрема. Навіть у ХХ ст., коли за основними земсько-медичними показниками Херсонська губернія почала відставати від інших українських губерній, санітарна організація не втрачала своїх позицій [221, с. 117].

Неабияку роль у занесенні й поширенні епідемій у Херсонській губернії відігравали прибулі в пошуках заробітків робітники з північних густонаселених губерній. “Бродячая рабочая Русь” щорічно з початком ранньої весни до глибокої осені пересувалася багатими на природні ресурси, але бідними на робочу силу південними степами, несвідомо роблячи справу державного значення. Як зазначав у своїй книзі “Сельскохозяйственные отхожие промыслы” князь Н.Шаховський, “...наші Південні губернії, маючи великі приватні володіння і будучи малозаселеними не можуть обходитися без прибулого із північних губерній робочого люду. Якби за яких-небудь обставин припинився рух сільськогосподарських робітників на південь, то державі, за умови економічного самозбереження, довелося б його створювати штучно і на пільгових умовах, на яких відбувалася раніше колонізація Півдня” [154, с. 548-549].

Повіти Херсонської губернії, маючи різну щільність населення, неоднаковою мірою потребували додаткових робочих рук. Найбільші за щільністю Олександрійський (36,5) та Єлисаветградський (35,5) були, з одного боку, перевалочними пунктами завдяки вузловим залізничним станціям, через які робочий люд рухався далі на Південь; з іншого – тут існували потужні ринки найму (м. Єлисаветград, Бобринець, Новоукраїнка, Кривий Ріг, Знам'янка), на яких зосереджувалися як прибулі, так і місцеві робітники.

При достатньо високій щільності населення в цих повітах землевласники вимушені були наймати прибулих робітників, оскільки місцеве населення теж вирушало на отхожі промисли. “В Олександрійському повіті, – як зазначав М. Тезяков, – надлишок робочих рук, а місцеві господарі їх постійно потребують” [140, с. 9]. У матеріалах оцінки земель Херсонської губернії зазначалося: “Звичка шукати заробітків у південних територіях настільки укорінилася в місцевому населенні і така маса його іде шукати туди щастя, що місцеві економії залишаються без робочих рук. Робітник з Олександрійського повіту, не найнявшись у Каховці, не поспішає додому, знаючи, що там хороший врожай. Він іде далі в Крим, Маріуполь, Бердянськ... На місцевих ринках Олександрійського повіту легше знайти робітників із Київської й Полтавської губерній, ніж місцевих. Явище це ненормальне і шкодить інтересам як землевласників, так і робітників” [140, с. 9].

У повітах із меншою щільністю – Херсонський (27,5); Ананьївський (26), Одеський (21), потреба у додаткових робочих руках, особливо у весняно-літній період, була досить великою. У цілому, за даним М. Тезякова, у 1890 р. у Херсонській губернії працювало 100 тис. найманих працівників. Кількість прибулого населення у різні роки була неоднаковою і залежала від урожайності року [141, с. 12].

Відомий статист, історик А.О. Скальковський (1848 р.) зазначав, що “...в Новоросійській губернії значно більше землі і хліба, ніж необхідно для місцевих потреб і потрібно значно більше робочих рук, ніж місцеве населення може дати відповідно до потреб промисловості цього краю... У цих краях у 10 разів більше роботи ніж робітників, навіть під час засухи, неврожаю і торгівельного застою, якими був 1848 р. Тому всякий робочий знаходить тут не тільки предмети харчування, одяг, але й засоби збагачення – тисячі робітників ідуть сюди з усіх частин імперії. Предмети заробітку, при порівняно дешевому харчуванні тут різні: сінокіс, жнива, суднобудування, будівництво, садово-огородні роботи...” [58, арк. 6].

Однак при правильному розумінні суті питання й проблем, що створювали при пересуванні тисячі робітників, з боку уряду, крім співчуття, не проводилося жодних заходів. Процес щорічних переміщень на ринки найму був стихійним і неконтрольованим. Здебільшого робітники йшли на ринки найму пішки, не мало пливло на південь річкою на плотях (“...плотів цих тисячі і рухаються за течією Дніпра в низові міста: Кременчук, Катеринослав, Херсон, ...на кожному 15-20 робітників...” Шаховський А.). Інші пливли на пароплавах по Дніпру. За словами очевидця А.А. Ярошко, наведеними у книзі Шаховського, приміщення третього класу були так щільно набиті, що ніяк було поворухнутися. Не кращі умови пересування виявились і залізницею [154, с. 560-561].

Проблеми ці існували з початку колонізації Півдня і залишалися у період промислового перевороту, оскільки на них не звертали уваги. Від бездіяльності страждали інтереси не тільки багатотисячного робочого люду, а й держави [154, с. 602].

У відхожі промисли йшло населення з малоземельних губерній. Нестача землі й надлишок робочих рук були основними причинами, які штовхали робочі маси на заробітки. Необхідність покращення умов “пересування” прибулих робітників, організації їх перебування на ринках найму, своєчасне виявлення інфекційних та венеричних хворих, змусило Херсонське земство вдатися до організації вперше у Російській державі своєрідних закладів – так званих лікувально-продовольчих пунктів [155, с. 219].

Доцільність їх відкриття вперше постала на другому губернському з’їзді у 1875 р., підтвердилась на четвертому з’їзді в 1877 р., але остаточно ствердилась лише у 1888 р., на одинадцятому з’їзді лікарів та членів управ, тобто через 13 років після першої постановки питання.

До порядку денного одинадцятого з’їзду (1888 р.) було включено питання про з’ясування санітарних наслідків для губернії від пересування

прибулих робітників і внесення його у програму робіт, виконання яких покладалося на санітарних лікарів. За дорученням медичної комісії губернський санітарний лікар М.С. Уваров вперше розробив програму дослідження прибулих робітників, яку в березні 1889 р. розглянула особлива комісія за участю санітарних і деяких повітових лікарів, а також гласних земських управ. Згідно з програмою М.С. Уварова, дослідження прибулих робітників у санітарному відношенні розподілялось на три частини, які охоплювали три етапи їх життя: 1) у дорозі; 2) на ринку (на місці найму); 3) на місці роботи. Вказана програма відіграла значну роль не тільки у Херсонській губернії, а й у Російській державі, спрямувавши увагу лікарів і громадськості на розгляд “робочого питання” (Додаток Б) [145, с. 1-23].

Програмою М.С. Уварова передбачалась організація надання прибулим робітникам на шляху їх пересування в лікувально-продовольчих пунктах амбулаторної та стаціонарної медичної допомоги, будівництво критих приміщень (бараків) у місцях найбільшого скупчення робітників на ринках найму. Однак, запланований їй розгляд на дванадцятому з’їзді лікарів і членів управ (1891 р.) не відбувся, а Медичний Департамент МВС взагалі виключив з неї все, що стосувалося саме нагляду за прибулими робітниками. Тільки загроза нової холерної епідемії змусила земство вдатися до більш діяльних заходів і відкрити на початку 90-х років XIX ст. лікувально-продовольчі пункти у губернії.

Отже, підсумовуючи вищенаведене, доходимо висновку, що під впливом частих і загрозливих епідемій губернське земство у 1873–1889 рр. сприяло активізації діяльності повітів, почало надавати фінансову допомогу повітовим земствам в організації медичних структур.

Взявши на себе відшкодування 1/3 постійних витрат повітових земств на організацію медицини, а також фінансування будівництва лікарняних закладів – 1/3 безоплатних витрат та 2/3 у безвідсоткову позику, губернське земство сприяло відкриттю лікарських дільниць та лікарень на селі. Понад 80% лікарняних ліжок земських медичних закладів губернії зосереджувалося в сільській місцевості, що становило найвищий показник не тільки серед українських земств, а й у загальноросійському масштабі. При цьому 27% лікарняних ліжок були обладнані під епідемічних хворих, що було однією з особливостей земсько-медичної організації Херсонської губернії та її санітарного спрямування.

Херсонському губернському земству належить безумовна першість серед українських губернських земств у ефективності боротьби з фельдшеризмом і практичному його викоріненню на шляху формування стаціонарної системи медичної допомоги. Прикладом наведеного є створення досяжної мережі лікарських дільниць. Якщо у 1870 р. кількість жителів на одну лікарську дільницю в Херсонській губернії становила 43,2 тис. осіб, то у 1890 р. – 29,3 тис., при зростанні загальної чисельності жителів губернії у 1,8 раза. Відповідно зменшилась кількість населення, що знаходились в обслуговуванні одного лікаря: з 95,2 тис. у 1870 р. до 30,3 тис. у 1890 р., що свідчить про високий рівень забезпечення губернії лікарським персоналом.

Велике значення в накресленні плану основних заходів покращення медичного обслуговування населення відіграли губернські з'їзди земських лікарів та членів управ. Перший з'їзд (1874 р.) став значною подією для медичної громадськості Херсонської губернії, оскільки вперше за десятирічну діяльність земських установ лікарі отримали можливість колегіально обговорювати питання організаційного та професійного характеру, координувати дії для спільної боротьби з епідеміями, привернули увагу земських урядовців до земсько-медичних проблем. На засіданнях обговорювалися як організаційно-структурні земсько-медичні питання, так і санітарні. Гостро реагуючи на виникаючі земсько-медичні проблеми, з'їзди своєю діяльністю зближували лікарів один з одним і із земськими службовцями, сприяли науковому взаємо обміну думок.

Найуспішнішою була санітарно-профілактична діяльність Херсонського земства. З ініціативи та фінансової підтримки губернського земства на початку 80-х років XIX ст. зародилася і утвердилася санітарна організація з її санітарно-статистичними, санітарно-епідеміологічними та соціально-профілактичними функціями. Херсонське земство першим в Україні і одним з перших у Російській імперії започаткувало санітарну організацію і досягло у цьому напрямі вагомих результатів, стаючи прикладом для наслідування для інших українських земств.

Становлення херсонської земської санітарної організації відбувалося під впливом частих епідемій і за умов відсутності єдиного погодженого плану протиепідемічних заходів, а також відповідних зразків. Проекти майбутнього устрою санітарної організації неодноразово обговорювалися на з'їздах земських лікарів та членів управ, засіданнях повітових та губернських земських зборів.

Характерною особливістю функціонування санітарної організації на такому високому рівні як у Херсонській губернії була підтримка її з боку таких відомих голів губернського земства і земських діячів як А.С. Ерделі, П. Н. Фатуровський, Ф.П. Нікітін, П.А. Зелений, В.П. Андреевський, М.І. Зернавицький. Цей факт мав не другорядне значення для успішності санітарної організації і земської медицини у цілому.

Боротьба з епідемічними хворобами вимагала не тільки організованих дій з боку лікарів, а й відповідної матеріальної бази. На спільні кошти Херсонського губернського земства та міського самоврядування м. Одеси була відкрита перша в Російській імперії і друга в світі (після Парижа) пастерівська станція. Спільна робота херсонської санітарної організації з Одеською станцією визначила бактеріологічний і епідеміологічний напрям санітарної організації Херсонського земства. Завдяки спільним зусиллям земців і лікарів, спрямованим на покращення стану медичної допомоги населенню, у губернії з'явилися бактеріологічний інститут з пастерівським відділенням, віспяні телятники, літні дитячі ясла та інші нові для того часу заклади медичного характеру.

РОЗДІЛ 4

Особливості медичної діяльності земств у 1890–1917 рр.

4.1. Реакція земства на урядові зміни в правовому забезпеченні земської медицини

Положення про земські установи 1864 р. діяло в Росії 25 років. У 1890 р. вийшло друком нове Положення із достатньо суттєвими змінами. У ньому, з одного боку, були краще з'ясовані і точніше визначені права і обов'язки земства, особливо у справі піклування про народне здоров'я, з іншого, – значно зменшена загальна чисельність земського представництва селян на користь дворян [248, с. 44-45].

Згідно з Положенням 1890 р., головним обмеженням земського самоврядування було те, що на відміну від раніше існуючої певної самостійності земства у сфері підпорядкованих йому місцевих справ, на урядову адміністрацію покладался нагляд за діяльністю земських установ у частині дотримання ними законності, у результаті чого губернатори отримали право розглядати земські установи щодо їх сутності не лише відносно загальнодержавних інтересів, а й місцевих потреб [248, с. 45].

Хоча новим “Положенням про земські установи” від 12 липня 1890 р. різко обмежувались права земств, у той самий час воно не могло не зважати на значні зміни, які відбулися в організації медичної допомоги сільському населенню після земської реформи. “Положенням” на земство покладалось завідування лікувальними і благодійними закладами, опікування бідних, невиліковно хворих, божевільних, сиріт та калік, а також участь у заходах щодо охорони народного здоров'я, попередження й припинення епідемічних хвороб, розвиток засобів лікарської допомоги населенню і вишукування засобів для забезпечення місцевості в санітарному відношенні, участь у ветеринарно-поліційних заходах [248, с. 47].

Звертає на себе увагу те, що, згідно з новим Положенням на земські установи покладалася тільки участь, а не зобов'язання обслуговувати населення в медичному і санітарному відношенні. Таким чином, земство, згідно із законодавчим визначенням, ставало суб'єктом, якому надавалося тільки право організації медичної допомоги, однак при цьому ні порядок обслуговування населення, ні його форми законом не передбачались.

Якщо порівнювати за значущістю для розвитку медичної організації обидва земські “Положення”, то вони, за своєю суттю, майже не відрізнялися. У першому медична допомога відносилася до необов'язкових заходів

земства; друге – вказувало лише на участь земства в медичному обслуговуванні, без визначення конкретних дій, незважаючи на часовий відрізок у 25 років. Лише значні досягнення за показниками та відчутні покращення медичного і санітарного обслуговування змусили законотворців приділити увагу цьому важливому питанню.

Відношення до медицини, її фінансування та утримання залежало від представницького складу земських установ, який визначали Положення про земські установи 1864 і 1890 рр. Земське виборче право було обумовлене майновим цензом, а вибори базувалися на становій основі [221, с. 128].

В основу Положення про земські установи 1864 р., як уже вказувалось, покладался майновий ценз і обслуговування потреб усіх верств населення, а представництво в земських установах було представництвом не осіб, а майна й осіб. Так, згідно з зазначеним Положенням, люди, які тривалий час проживали на одній території і не мали потрібного цензу, позбавлялися права участі в земстві. У засіданнях перших землевласницьких земських зборів поряд із дворянами брали участь купці, різночинці, а також селяни, які мали особистий ценз. Разом з тим, був завуальований становий характер земських органів, який проявлявся у тому, що всі надільні селяни відокремлювались від інших виборців, а головувати на земських зборах доручалось предводителю дворянства [221, с. 128-129].

Згідно з новим Положенням 1890 р., селяни виділялись в окрему виборчу групу, а перші виборчі збори ставали виключно дворянськими. Власників неземельного цензу – різночинців – приєднали до інших земських зборів (міських), а “товарищества”, духовенство і селян-власників взагалі позбавили виборчих прав. Крім того, в установленому списку гласних їх розділили на три групи з точним визначенням кількості осіб від кожної групи. Дворянам, як правило, надавалося більше половини усієї кількості голосів. Так, у Херсонській губернії сумарне число земських гласних від усіх повітів становило на перших виборчих зборах: дворян – 123 особи, на других – міщан, різночинців – 35 осіб, представників від сільських громад – 62 особи. [221, с. 129].

Отже, кількість гласних від селян була вдвічі меншою, як від дворян, а міщан і різночинців меншою порівняно з дворянами у 4 рази, що свідчило про нерівність представництва.

Слід також зазначити, що від сільських громад обирали не гласних, а лише кандидатів від них, а гласних призначав губернатор за рекомендацією земських начальників і предводителя дворянства, тобто виборів від сільських громад фактично не було, а було лише призначення [248, с. 47].

У Положенні 1890 р цензове начало, як основа Положення 1864 р. було замінено становим, дворянським. Становий склад земських управ значно змінився на користь дворян. Так, у складі повітових управ Херсонської губернії, згідно з даними Б. Веселовського, було [221,с. 130]:

У 1886 р. %			1903 р. (абс.)			1903 р. %		
Дворян	різночинців	селян	дворян	різночинців	селян	дворян	різночинців	селян
83,3	4,2	12,5	23	-	-	100	-	-

Таким чином, після прийняття Положення 1890 р., у складі управ Херсонського земства дворяни витіснили усі інші стани і це було особливістю Херсонської губернії як у межах українських земств, так і в масштабах усієї Російської імперії. Серед дворян губернії були як власники латифундій у десятки тисяч десятин землі, так і власники наділів, розміри яких майже не відрізнялися від селянських: середній розмір дворянського наділу у губернії у 1905 р. становив 719 десятин (порівняно з іншими українськими губерніями, друге місце після Катеринославської). Фактично на практиці було виконано завдання, що переслідувало нове Положення – повернути дворянству втрачені ним позиції у земських зборах [221, с. 130-131].

Отже, однією із загальних умов, за яких розвивалася земська медицина Російської держави і, зокрема, Херсонської губернії у цей період був дворянський склад земських установ, повітових зборів переважно, а земських управ і губернських зборів – майже виключно, що в кінцевому результаті не могло не позначитися на земсько-медичній справі.

Ще однією із загальних умов, що впливали на характер земської медицини, була урядова опіка. Як уже вказувалось, вона існувала під час дії Положення 1864 р., але ще більше проявилася після прийняття Положення 1890 р. При обґрунтуванні причин перегляду Положення 1864 р. у Пояснювальній записці керівника проекту нового земського Положення 1890 р. графа Д. Толстого зазначалося: “...головні причини існуючої невпорядкованості в земстві полягали у відокремленості земських установ від урядових установ. Різниця між адміністрацією і земськими установами є природним наслідком засвоєного в 1864 р. погляду на земство та його інтереси, як на щось відокремлене від держави, її потреб, погляд, що на практиці проявився у наданні земству самостійної, через посередництво вибірних органів, діяльності з питань місцевого господарства і благоустрою. Звідси відсутність єдності і узгодженості в діях урядових і земських органів, а часто й видимий між ними антагонізм” [221, с. 128].

Пропозиція визнати земську справу державною на практиці проявилась у призначеннях губернатором гласних від сільських громад, на що вказувалося раніше, а також, що особливо важливо, губернатори отримали право опротестовувати постанови земських зборів не тільки при допущенні ними “незаконності, чи порушенні межі влади і порядку дії земських установ”, а й “у разі невідповідності загальнодержавним потребам, або порушенні інтересів місцевого населення” [173, с. 133].

Наведені доповнення мали настільки розпливчастий характер, що давали право губернатору визнавати будь-яку постанову земських зборів такою, що не відповідає державним потребам і місцевим інтересам. Однак, губернатор особисто не відміняв постанови зборів, а лише призупиняв їх виконання, передаючи на розгляд губернського у земських справах присутствія. Останнє засідало під головуванням губернатора і у складі віце-губернатора, прокурора, управляючого казенною палатою, предводителя дворянства і двох земців – голови губернської земської управи і одного гласного за вибором

земських зборів. Отже, якщо не одноосібно, то при завуальованій колегіальності рішення приймалося під контролем губернатора, тобто уряду, що зменшувало і без того надто вузькі рамки самостійності земств [221, с. 133].

Значно більшою мірою земства були поставлені в залежність від поглядів губернатора законом 1900 р. про фіксацію земського бюджету. Законом вимагалось щоб новий земський кошторис перевищував попередній не більш як на 3%, чим обмежував фінансові можливості земських установ, у результаті чого діяльність останніх підпорядковувалась чітким нормам, тобто, віддавалася під опіку адміністрації. На практиці скорочення земських витрат не відбулося, життєві потреби пересилили бюрократичний закон, але залежність земства від губернатора стала більшою [221, с. 133-134].

Поряд із змінами, що відбувалися на рівні земського законодавства, не було врегульоване і суто медичне питання. Увесь період існування земських установ, від прийняття першого до введення в дію нового Положення, медицина керувалася “Тимчасовим статутом лікувальних закладів цивільного відомства”, затвердженим 17 квітня 1851 р. Миколою I, тобто ще до введення земства. У наказі Правлячому Сенату від 8 травня 1851 р. про введення в дію статуту вказувалось, що він вводиться тимчасово на два роки, однак формально проіснував до 1917 р. – понад 60 років. Статут включав 153 статті і складався з семи розділів: 1) про міські лікарні взагалі і мету їх заснування; 2) управління лікарнями; 3) будівництво лікарняних приміщень і забезпечення лікарень необхідними речами; 4) забезпечення лікарень продовольчими та іншими припасами; 5) заснування аптек при лікарнях і забезпечення їх медикаментами та аптечними припасами; 6) прийом хворих, плата за них, лікування й виписка з закладів; 7) засоби утримання міських лікарень [198, с. 61-62].

Після прийняття земської реформи тимчасовий статут 1851 р. за нових умов перестав відповідати своєму призначенню і суперечив новим реаліям суспільного життя. Про вказане свідчать кілька його положень, які гальмували розвиток медичної справи і не знаходили підтвердження на практиці.

Так, у першому параграфі статуту зазначалося, що дії останнього не поширюються на сільські лікарні, оскільки державних лікарень у сільській місцевості до відміни кріпосного права майже не було. З розвитком земської медицини і земських лікарень, більшість яких відкривалась на селі, наведене положення статуту перестало відповідати новим умовам розвитку лікарняної допомоги [198, с. 62].

Другим параграфом статуту передбачалося, що дії з відкриття міських лікарень і управління ними у кожній губернії зосереджуються в Приказах громадської опіки. Зміст наведеного був суперечливим від моменту оприлюднення, оскільки існувало немало цивільних лікарень, не підпорядкованих приказам: фабрично-заводські, тюремні, університетські клініки, відомства імператриці Марії. З середини 60-х років майже всі приказні лікарні перейшли у відання земств, окрім лікарень у Королівстві

Польському і там, де не було введено земств. У 1880 р. у віданні Приказів залишилося 19% усіх лікарень і 17% ліжок [198, с. 62].

Викладене у параграфі сьомому статуту призначення лікарень лише для “...надання лікарської допомоги при хворобах людям обох статей цивільного відомства”, ставило лікарні в положення закладів для доліковування, ігноруючи їх значення як профілактичних закладів. У той самий час, вказуючи на зміну ролі лікарень при переході їх у завідування земств, Н.В. Парийський наголошував: “...коли раніше вони обмежувалися наданням медичної допомоги хворим, тепер вони повинні розширити свої завдання прийняттям заходів щодо зменшення захворюваності серед населення. Таким чином, на перший план ставилась задача про розширення лікарень не тільки в інтересах хворих, а для збереження здорових від зараження” [198, с. 62].

Достатньо громіздким, з надлишковими структурами, було передбачене статутом і управління лікарнею. У його десятому і одинадцятому параграфах для завідування лікарнею передбачалась наявність лікарняної ради та спеціального піклувальника “...для успішного виконання розпоряджень ради і допомоги їй у справах з улаштування підвідомчого лікарняного закладу”. Загалом же діяльність лікарняної ради регламентувалась 26 статтями статуту [198, с. 62].

На недоцільність існування лікарняних піклувальників, як проміжної управлінської одиниці, вказували доктор медицини С.М. Єршов і П.О. Смоленський: “Об’ємні повноваження піклувальників не тільки не забезпечували лікарняного добробуту і правильного ведення справи, але, навпроти, прекрасно співіснували з різними зловживаннями і негараздами, за які в більшості випадків ніхто не ніс відповідальності” [198, с. 63].

Якщо після прийняття Положення 1864 р. питання про заміну статуту лікувальних закладів не було першочерговим, то перетворення, що відбулися за 25 – річний період існування земської медицини та напрацьованого нею вимагали не лише доповнень до нього, а докорінних якісних змін.

У 80-х роках ХІХ ст. недоцільність існування статуту 1851 р. стала настільки очевидною, що міністр внутрішніх справ представив імператору доповідну записку з проханням дозволити подати на затвердження новий лікарняний статут відповідно до вимог сучасності. 29 червня 1888 р. імператор Олександр ІІІ наклав резолюцію “Згоден” [198, с. 64].

Новий “Статут лікувальних закладів відомства Міністерства внутрішніх справ” був виданий 10 червня 1893 р., дії якого повинні були поширюватися і на земські лікувальні заклади, зрівняні з державними [30, арк. 48]. У своїй діяльності вони підпорядковувались нагляду і управлінню з боку місцевих адміністративних органів МВС, а безпосереднє керівництво належними лікарнями здійснювалось правліннями зі службовців даного закладу, менш потужні – управлялись лише лікарями. Поряд з цим, стосовно земських лікувальних закладів статутом допускалось безпосереднє найближче завідування з боку земських управ (п. 58). Але за умови функціонування правління, в міру наданих йому статутом повноважень, завідування тими ж лікувальними закладами з боку земських управ ставало практично

неможливим [125, с. 226].

Отже, судячи зі змісту п.58 статуту, а також першої та другої приміток до п.22 інструкції з управління лікувальними закладами, виданої МВС 11 травня 1895 р. [137, с. 4], прийняття нового статуту не переслідувало мету усунення земства від завідування належними йому закладами, але й не визначало ролі земських установ, надаючи необмежені функції правлінням (до складу правління входили старший і молодший лікарі, представник від земських зборів, а також наглядач, очолював головний лікар) [127, 3-6]. До того ж, різниця між управлінням і завідуванням так само важко визначалась на практиці, як і теоретично, а надавати один заклад у розпорядження двох незалежних один від одного органів означало запровадження двовладдя в управлінні ним, створення умов для безперервних непорозумінь і нарікань [125, с. 226].

Розуміючи неможливість усунення земства від завідування медичною справою, на яку затрачено стільки сил і коштів, яка тільки завдяки спільним зусиллям лікарів і земців досягла певних результатів, Міністерство внутрішніх справ звернулося із запитом до губернських управ стосовно того, на стільки проєктована ним інструкція з управління лікувальними закладами відповідає потребам існуючих у губернії лікарень.

Херсонська губернська управа у відповідь наголошувала, що “...усунення земства від завідування належними йому лікувальними закладами матиме у наслідку те, що воно менш близько, ніж тепер, буде цікавитися потребами цих закладів і менше турбуватися про їх задоволення, можливо і зовсім перестане опікуватися долею цієї галузі свого господарства і таким чином, введення в дію статуту й інструкції здатне покликати за собою наслідки для земсько-медичної справи вкрай шкідливі, здатні не тільки гальмувати подальший її розвиток, а й знищити плоди попередніх зусиль земства із створення власних і удосконалення переданих під його опіку медичних закладів” [125, с. 227].

Вказуючи на негативні положення нововиданих статуту й інструкції, Херсонська губернська земська управа замовчувала, що на члена правління від земських зборів покладался фактичний контроль і нагляд за правильним веденням лікарняного господарства, який про упушення і недоліки сповіщав головного лікаря, а якщо вважав за потрібне, то інформував і земські збори [137, с. 7].

Незважаючи на конструктивну критику положень статуту й інструкції, Міністерство внутрішніх справ 14 серпня 1894 р. видало розпорядження про введення в дію статуту у повному обсязі. Роз’ясненнями, викладеними в розпорядженні, і доданими до нього правилами про введення в дію статуту, ліквідовувалася і та доля самостійності земства щодо лікувальних закладів, яка надавалася йому не тільки Положенням про земські установи 1890 р., а й новим лікарняним статутом [125, с. 227].

Згідно з статтею 59 статуту залишалася надія, що земство матиме у своєму розпорядженні хоча б право визначати обсяги потреб населення в медичній допомозі і відповідно них величину витрат, яку воно може виділити

. За цією статтею чисельність штатного розпису земських лікувальних закладів також залежала від рішень земських зборів, на яких виділялись кошти, а також від прийнятого ним способу розподілу лікарської допомоги між населенням підвідомчих йому територіальних одиниць. Але Циркуляром МВС від 14 серпня (пункти 1-4) надавалися пояснення, згідно з якими визначені ст. 58 передбачення визначалися нездійсненими. Розміри ж існуючих лікувальних закладів на час введення нового статуту не підлягали зменшенню, навіть у випадках, коли цього вимагали потреби населення [125, с. 227-228].

Невигідні й суперечливі сторони нового статуту, а особливо виданої до нього інструкції, не обмежувалися відносинами земських установ і лікувальних закладів, а стосувалися також внутрішнього життя і діяльності останніх. Інструкцією вводилась регламентація діяльності медичного персоналу і незвичайна для земських лікарень форма відносин між службовцями, які, за висловлюванням членів Херсонської губернської управи на засіданні губернської медичної комісії 7 лютого 1894 р., "...здатні прогнати з земських лікарень живу діяльність, дружні стосунки, що встигли там оселитися, і на їх місце поселити формалізм і нещирість" [125, с. 228].

Управа також застерігала, що потрібно "не тільки скористатися усіма можливими шляхами, щоб зберегти дорогу для земства справу, що вимагала стількох зусиль і матеріальних коштів, а й клопотати в установленому порядку про відстрочку з введенням в дію статуту в губернії, а також про дозвіл Херсонському земству внести до статуту і інструкції зміни відносно потреб лікувальних закладів взагалі і місцевих умов зокрема [125, с. 228].

Порушення клопотання управа обґрунтовувала достатністю мотивів і серед інших обставин. Так, згідно з п.5 Правил про введення в дію Лікарняного статуту, на земські збори покладалися обов'язки не тільки з складання проектів штатного розпису для лікувальних закладів і вибори, при необхідності, членів правління, а й прийняття рішень з питань про:

- розмір і умови збору плати з хворих, які бажають користуватися покращеними умовами під час перебування в лікарні (ст. 48 лікарняного статуту);
- перелік осіб, яким надається право на безкоштовне лікування, незалежно від вказаних у ст. 46 і 49 лікарняного статуту (ст. 70 статуту);
- умови заснування правлінь у лікарнях IV класу (ст. 15 статуту);
- складання правил для завідування лікувальними закладами, підпорядкованими земствам (п.7. с.62 Положення про земські установи 1890 р.) [125, с. 229].

Але губернська управа, незважаючи на важливість порушених питань, не мала змоги підготувати відповідні рішення через недостатність часу (1,5 місяця), а також без погодження рішень з думкою губернського з'їзду лікарів та членів управ, тим більше, що на підставі постанов минулих губернських зборів, з'їзд мав прийняти остаточне рішення щодо долі губернської лікарні [125, с. 229].

Положення ускладнювалося ще й тим, що відповідно до нового статуту, не було врегульовано питання про управління, у тому числі й у господарському відношенні, богоугодними закладами, які у Херсонській губернії, як її особливість, становили єдине ціле. Губернська і психіатрична лікарні, незалежно від характеру утримуваних у них хворих і пов'язаних із цим порядків, згідно з новим статутом, повинні були мати окреме управління. У той самий час, відокремити у короткий термін із загального господарства дві лікарні, а також сирітський будинок, губернська управа не могла, у зв'язку з чим, на думку гласних і лікарів, введення у дію нового статуту лікувальних закладів у цих закладах, особливо у тій частині, що стосувалася управління (гл. 3), ставало неможливим. Невирішеність цієї проблеми змусила управу клопотати про відстрочку на три – п'ять років введення статуту в дію [125, с. 230].

Але найголовнішою, на думку управи, перешкодою введенню нового статуту були непомірні для земства капітальні витрати через необхідність запрошення додатково лікарів для завідування дільницями, оскільки інструкція віддавала перевагу лікарняній діяльності перед дільничною [125, с. 230; 28, арк. 8].

Отже, наведені аргументи давали підстави Херсонській управі пропонувати губернським зборам клопотати про відстрочку введення в дію Статуту лікувальних закладів 1893 р. на 5 років, доки земство не напрацює зміни до нього відповідно до потреб земських лікувальних закладів взагалі і місцевих умов безпосередньо.

Введений у дію у 1894 р. Статут лікувальних закладів проіснував усього 10 років, що для подібних законодавчих актів становило занадто малий відрізок часу, і цей факт врешті-решт, як жоден інший, свідчив про його недосконалість і недовершеність.

Таким чином, після переходу більшої частини лікарень у відання органів місцевого самоврядування, тимчасовий статут 1851 р. в середині 60-х років XIX ст. фактично втратив своє значення, однак через надмірну забюрократизованість царської управлінської системи продовжував існувати впродовж наступних років – аж до 1917 р. Статут 1893 р. отримав формально силу закону, але протягом наступних років залишався “законом без дії”. У 1899 р. був запропонований проект нового статуту, та він навіть не розглядався законодавчими інстанціями [198, с. 64].

Зазначені проблемні питання, через які виникло неузгодження з параграфами статуту та статтями інструкції, не були новими для Херсонського земства. З початку 90-х років XIX ст. вони неодноразово ставилися на обговорення на засіданнях управ і зборів, а також були предметом гострих дискусій на з'їздах лікарів.

Зокрема, у доповіді черговим зборам у 1891 р. губернська земська управа запропонувала винести на розгляд дванадцятого з'їзду лікарів і членів управ (1891 р.) питання про реорганізацію губернської земської лікарні. У свою чергу з'їзд прийняв рішення: а) вважати, що губернські лікарні, як центральні лікувальні заклади загального характеру, враховуючи обширність

губернських територій, приносять мало користі, оскільки недоступні для населення не тільки окремої губернії, а й найближчих повітів (за статутом 1893 р. медична допомога зосереджувалась у великих лікувальних закладах, у той час, коли необхідно було децентралізувати медичне управління) [98, с. 522]; б) недоцільність утримання Херсонської губернської лікарні посилюється ще й тим, що вона не користується популярністю серед населення, що перебуває у прямій залежності від незадовільної постановки і напрямі у ній лікувальної діяльності; в) запити населення губернії вимагають змін існуючого положення справ у губернській лікарні з метою надання земським коштам, які витрачаються на цей заклад, більш продуктивного, відповідно до зазначених інтересів спрямування [97, с. 205].

Для формулювання більш детального висновку, питання про долю губернської лікарні передавалось губернській медичній комісії з його обговоренням на повітових з'їздах лікарів і повітовими зборами. За результатами обговорення губернські збори прийняли рішення про скорочення у 1895 р. кількості ліжок у лікарні з 120 до 60 [97, с. 206]. Такі ж самі рішення приймалися і щодо повітових лікарень, централізація яких визнавалась великим недоліком. Порушувався головний принцип земської медицини – її доступності, адже на утримання лікарень у повітових містах потрібно було збільшувати витрати, що гальмувало процес відкриття нових дільниць в інших населених пунктах повітів [107, с. 61; 132, с. 328-329].

Отже, позиція Медичного департаменту Міністерства внутрішніх справ і стан справ на місцях були полярно протилежними. Якщо на вищому управлінському рівні приймалось рішення про укрупнення губернських лікарень, то на місцях, мотивуючи необхідністю урахування потреб населення і недоцільних грошових витрат, висловлювалися за їх реорганізацію, насамперед у напрямі скорочення потужності. Ігнорування земствами дій статуту і положень інструкції свідчили про небайдужість останніх до медичної справи, яка стала однією із результативних галузей їх діяльності.

Стосовно відокремлення психіатричної лікарні від губернської, губернське земство ще в 1885 р. само проявило ініціативу [97, с. 207]. Однак неузгодженість на міністерському рівні щодо проекту і кошторису, а також відмова МВС взяти на себе частину витрат на будівництво приміщень для колонії душевно і психічнохворих загальмували вирішення питання більш як на десятиріччя. Відкриття новозбудованої психіатричної лікарні відбулося лише 17 жовтня 1899 р. [97, с. 208-210].

4.2. Активізація земсько-медичної діяльності

Нове земське Положення 1890 р., спрямоване на реабілітацію прав дворянства, суттєво звужувало права і самостійницьку діяльність місцевих органів самоврядування. Надаючи необмежені функції адміністрації, включаючи право розпуску земських зборів, якщо їх постанови виходили за

рамки законності й доцільності, уряд піддавав жорсткому контролю всі сторони земської діяльності, у тому числі й медичну. Значно більшою мірою залежність місцевих органів від губернського рішення проявилася після видання фіксованого земського бюджету, який обмежував і без того незначні фінансові можливості земств. Однак, незважаючи на урядовий контроль, недосконалість земського і медичного законодавства, земські збори в своїх рішеннях стосовно удосконалення форм і методів медичної допомоги населенню часто виходили за межі наданих їм законом повноважень, мотивуючи свої дії місцевими потребами [197, с. 463].

Наведений у дисертаційному дослідженні аналіз діяльності Херсонського земства закономірно породжує кілька питань, зокрема:

1) яким чином виживала земська медицина, будучи відданою під опіку одній групі населення – дворянству, потребуючи кількісних і якісних перетворень не на користь пануючої верстви населення, а для задоволення потреб обездоленої маси, яка, згідно з Положенням 1890 р. була позбавлена участі в земстві?

2) як у таких умовах земська медицина все-таки сформувалась у демократичному стилі і в оригінальних формах?

3) завдяки яким факторам земська медицина розвивалася і давала для свого часу значущі позитивні результати?

Результати дослідження дозволяють виділити в цьому кілька причин. Насамперед – це необхідність виконання поставлених перед земськими установами завдань. Дворянські збори були замкнуті в своїх станових інтересах і турбувалися виключно про забезпечення власних потреб. Відповідно до Положень 1864 і 1890 рр. завдання земств, які характеризувались в основному дворянським складом, були не становими, а стосувалися місцевих потреб і земського населення, тобто усіх його категорій, що проживали в даному повіті чи губернії. У зв'язку з цим, земські збори, відображаючи погляди і бажання гласних, могли із запізненням, або наполовину виконувати взяті на себе зобов'язання, але зовсім нехтувати ними не могли. Крім того, у ХІХ ст. земство стало майже єдиним місцем, де могла проявитись певна громадська діяльність, що привертало до його лав людей – громадських діячів, яких не задовольняла діяльність тільки заради власних потреб. Як уже вказувалось, земські установи виникли одразу після відміни кріпосного права коли, у 60 – 70-х роках ХІХ ст. розпочалося масове “ходіння в народ”, одних із революційною метою, інших, з метою вивчення його стану, обслуговування його потреб і просвіти. І саме бажання з'ясувати потреби, просвітити і обслуговувати народні маси, значною мірою перейшло в наступні роки і захопило значну частину дворян. У той час, коли непримиримі кріпосники відгородилися від земства, не бажаючи працювати для користі селян і сидіти з ними за одним столом, інші, захоплені народними інтересами, шукали в земстві можливості для реалізації своїх демократичних устремлінь. Їх було небагато, але вони були активними, їх надихали суспільні ідеї, з ними не можна було не рахуватися, за ними слідували, хоча і не так далеко, як би вони того хотіли. Такі земські гласні,

які задавали тон, були в усіх губерніях. У Херсонській губернії – це А.С. Єрделі, І.І. Горонович, В.Н. Андрієвський, Ф.П. Нікітін та ін.

Земські збори, принаймні повітові, не могли нехтувати інтересами селян і тому, що представники останніх становили в них майже половину гласних. Безумовно, селяни не мали достатнього досвіду у вирішенні багатьох земських проблем, але були й питання, які безпосередньо стосувалися їх інтересів, зокрема: розмір натуральних податків, плати за лікування, відкриття лікарень тощо. З таких питань вони часто були непорушні і голосували проти можновладців.

Положення про земські установи 1890 р., передавши останні виключно в руки дворян, не погіршило значною мірою земсько-медичної діяльності, навіть навпаки, під впливом деяких зовнішніх факторів (епідемії, холерні бунти), з половини 90-х років ХІХ ст. у Херсонській губернії земська медицина почала розвиватися значно успішніше і деякі прогресивні діячі пояснювали це усвідомленням земцями відповідальності, яка покладалася на них у прийнятті важливих і життєво необхідних рішень.

Наступним фактором, який не давав земцям нехтувати інтересами народних мас, була широка гласність загальної земської діяльності і свобода критики. Коли б земські установи були поставлені в умови урядових відомств з їх канцелярською таємницею і майже повною недопустимістю критики їх дій, то ні усвідомлення обов'язку, ні ідеологія з почуттям гідності не завадили б прояву особистих і станових інтересів і повного нехтування суспільних потреб. Але критика земських установ була не тільки безпечною, а й могла сприяти кар'єрному зросту, оскільки урядовці завжди з недовірою ставилися до земств і були раді їх знеславленню. Самі земці остерігалися критики і можливості потрапити на шпальта преси, особливо в перше десятиріччя ХХ ст. – період загострення суспільної і політичної ситуації, а тому непокірних гласних утримували від виступів з недоречними заявами.

Третім фактором, який заважав земській діяльності стати на бік станово-дворянських інтересів і надавав їй демократичного відтінку, були земські службовці, спеціалісти в галузі медицини – лікарі. У перші роки діяльності вони не мали впливу на земців, їх нараховувалось, як вказувалось раніше, надто мало – один-два лікарі на повіт, переважна більшість яких дістались земству від Приказів громадської опіки. Починаючи з 70-х років ХІХ ст., на зміну приказним лікарям прийшли молоді земські завідувачі дільниць, але й вони через зайнятість під час роз'їздів мало в чому могли впливати на хід земської справи, хоча саме в цей період започатковувались перші з'їзди лікарів, які розглядали наболілі питання земської медицини, у тому числі й відносини з адміністрацією.

На початковому етапі більшість земських діячів вважали лікарів лише технічними виконавцями поставлених завдань, не допускаючи їх до участі у створенні плану і визначенні форм діяльності нової системи земської медицини. Зрештою, некомпетентність земців у вирішенні медичних питань змусила їх звертатися за порадами до лікарів, які набували характеру сумісних нарад, де точка зору лікарів поступово набирала вагомості.

Слід підкреслити, що в надрах земської медицини сформувався особливий, якісно новий тип лікарів-громадських діячів, переважна більшість яких до своєї служби у земстві ставилися дуже відповідально, незважаючи на умови праці. Так, лікар Д. Бажанов (1889 р.) писав: “Звідусіль лікар тільки й чує, приїжджай та приїжджай негайно, спіши в цю ж мить! Задовольнив лікар бажання – так і є, він зобов’язаний це зробити; не виконав, одразу посипляться на його голову докори, погрози тощо. А чи відпочивав лікар, їв чи пив він сьогодні, далеко був, яка погода, дорога – до цього нікому немає діла. Хуртовина, заметіль, болото, темрява, бездоріжжя, порядний господар собаки на двір не випустить, лікар позбавлений цієї переваги. Лети в любий час дня і ночі, в будь-яку погоду, спіши за десятки верст до хворого, частіше більш здорового, ніж лікар” [152, с. 54].

Вкрай рідко в медичній пресі сповіщалося про відмову земських лікарів від роботи, або нехтування ними своїх обов’язків, серед яких найголовніший – безкорисливе служіння. Формування відповідного типу лікаря відбувалося в земській період, а земська медицина виявилася зразковою саме завдяки лікарям, на що неодноразово наголошувалося в громадській пресі. “Земський лікар, – писав Б. Веселовський, не був і не буде для населення відомчим чиновником. Це з одного боку, а з іншого, кращі представники “третього елемента” не намагалися обмежити свою земську діяльність професійними рамками – лікуванням, оперуванням, тощо - вони намагалися спільно з “другим елементом” (у комісіях, на нарадах) впливати на організацію цієї галузі земського господарства” [260, с. 12].

Перелічені вище фактори мали суттєвий вплив на формування дієвої медичної організації Херсонського земства, однак напружена політична ситуація в середині країни на початку ХХ ст., а також початок російсько-японської війни, не могли не позначитися на темпах розвитку, кількісних і якісних показниках земської медицини.

Одним із проявів політичного тиску на земські установи стала урядова цензура, яка піддавала жорсткому контролю навіть друкування доповідей та постанов із земсько-медичних питань. У такий спосіб не були опубліковані найбільш значущі доповіді і рішення останнього в історії земської медицини Херсонської губернії п’ятнадцятого з’їзду (1904 р.) земських лікарів та членів земських і міських управ. Рішення з’їздів земських лікарів і раніше не завжди у повному обсязі ухвалювалися земськими зборами, але гласні управ мали можливість ознайомитися з ними і висловити відповідно власну точку зору. Відповідно до п. 71 Положення 1890 р., губернська адміністрація отримала право на цензурні скорочення постанов і доповідей з’їздів, унеможливаючи ознайомлення з їх змістом навіть членів управ [98, с. 548-549].

Політичні переслідування були спрямовані і проти представників “третього елемента”, як носіїв гуманних, суперечливих станово-дворянським інтересам ідей. За таких умов більшість передових лікарів Херсонської губернії: М.І. Тезяков, П.Ф. Кудрявцев, М.М. Діатроптов, В.В. Хижняков, О. В. Корчак-Чепурковський та інші змушені були залишити свої посади, що призвело до гальмування темпів розвитку лікувальних закладів і санітарної

організації у цілому.

На зменшення кількісного і якісного складу земського лікарського персоналу вплинули й події російсько-японської війни 1904–1905 рр. З 24 лікарів Єлисаветградського повіту тільки вісім повернулося на земську службу в 1906 р. На період війни на 80% їх заміняли старшокурсники-студенти медичних закладів. Подібною була ситуація і в інших повітах. У складі медичного персоналу Херсонського повіту в зазначений період теж відбувалися зміни лікарського складу. Тільки 11 з 24 лікарів прослужили у повіті протягом 1905 р. Переміщення були пов'язані як з призивом, чи добровільним зарахуванням на військову службу, так і переходом на службу в інші земства [83, с. 1-2]. Не тільки дільниці, а й великі повітові лікарні губернії довгий час залишалися без лікарського персоналу, що ускладнювалося загальною нехваткою лікарів у Росії у цей період, а отже і неможливістю заміни [96, с. 140].

Однак, з початку ХХ ст., незалежно від змін земського і медичного законодавства, а також внутрішньої і зовнішньої політичної ситуації в імперії, у земсько-медичній діяльності Херсонської губернії відбулися суттєві покращення, про що свідчить зростання кількості дільниць, скорочення їх площі та чисельності обслуговування населення [86] (Додаток А, табл. 2) Згідно з даними цієї таблиці, середня величина дільниці за період 1901–1906 рр. скоротилася з 704 до 613 тис. кв. верст. Щодо середнього радіусу дільниці, то останній у 15 верст для усієї Росії лише в деяких губерніях перестав бути ідеалом, нелегко досяжним і для Херсонської губернії, де з 1904 по 1906 р. він зменшився до 13, 5, тобто став менший за загально визнаний земськими лікарями. За вказаний період відбулося, хоча й незначне, але все-таки скорочення чисельності населення на одну дільницю з 2475 осіб у 1901–1904 рр. до 2359 осіб у 1904–1906 рр. І все це за умов суттєвого зростання населення губернії. Земська медицина у губернії у цей період стала більш досяжною для населення, що не могло не вплинути на зростання його чисельності і оздоровлення.

Що стосується кількісного складу медичного персоналу, то дані табл. 4.1 свідчать про зростання кількості лікарів з 94 у 1900–1903 рр. до 113 у 1904–1906 рр. (з урахування лікарського персоналу, що знаходився на службі губерньського земства – у 1905 р. працювало 130 лікарів [96, с. 140]), а середнього медичного персоналу – відповідно з 298 до 332 осіб. У 1903–1906 р. у повітах губернії нараховувалось 233 фельдшери, 71 фельдшериць-акушерок і 28 акушерок [86].

Таблиця 4.1

Чисельність медичного персоналу у повітах Херсонської губернії (1900–1906 рр.)

Лікарів	Фельдшерів	Фельдшериць-акушерок	Акушерок
---------	------------	----------------------	----------

Повіт	1900-1903	1904-1906	1900-1903	1904-1906	1900-1903	1904-1906	1900-1903	1904-1906
Олександрійський	14	17	48	48	7	4	3	7
Ананьївський	14	18	22	25	10	4	13	16
Єлисаветградський	20	24	44	50	4	18	14	5
Одеський	15	16	29	29	4	10	-	-
Тираспольський	10	12	17	19	6	11	-	-
Херсонський	21	26	57	62	20	24	-	-
Разом	94	113	217	233	51	71	30	28

Збільшення кількісного складу лікарського персоналу у другий період (1904–1906 рр.) не завжди на практиці відповідало і якісним його змінам. Підтвердженням цьому є наведені вище факти. Зростання ж чисельності фельдшерського персоналу, за умов повного переходу до стаціонарної системи медичного обслуговування, відбувалося за рахунок відкриття нових лікарських дільниць і лікарень, де фельдшери допомагали лікарям. Їх кількісне збільшення більшою мірою відповідало і покращенню якісних показників їх діяльності.

Загальна мережа земських медичних закладів Херсонської губернії та працюючого у них медичного персоналу з середини першого десятиріччя ХХ ст. і до кінця існування земської медицини представлена у табл. 3 (Додаток А) [62, арк. 99; 63, арк. 49; 64, арк. 68; 88-98].

Наведені у ній дані свідчать, що за період 1908–1916 рр. у Херсонській губернії загальна кількість медичних закладів зросла з 110 до 126 одиниць, у тому числі лікарень з 90 до 103, амбулаторій – з 20 до 25, лікувальних закладів у повітах з 87 до 100, ліжок у лікарнях і приймальних відділеннях з 1331 до 3368 (у 2,5 раза); лікарів повітових земств і губерньського з 151 до 198, аналогічно фельдшерів з 263 до 461 (у 1,7 раза), акушерок – із 129 до 161 у 1913 р. Крім того, упорядкування лікувальних закладів губерньського земства призвело до відповідного їх скорочення при зростанні ліжок у спеціальних закладах з 1240 у 1908–1909 рр. до 1650 (у 1,3 раза) під кінець діяльності земства. Отже, з початку 1900 р. у Херсонській губернії збільшилася кількість лікувальних закладів (лікарень, лікарських дільниць, амбулаторій) та ліжок у них, а також чисельність лікарського та середнього медичного персоналу.

Більш детальний аналіз стану повітової медицини у розрізі успішності повітів з постановки земсько-медичної справи представлений у таблиці, складеній за матеріалами праць обласного з'їзду Півдня по боротьбі з епідеміями (1913 р.) (Додаток А, табл. 4) [142, с. 571-621; 221, с. 43].

Дані таблиць 3 і 4 (Додаток А) вказують на позитивну з початку ХХ ст. динаміку розвитку земської медицини в Херсонській губернії, особливо повітової. Достатньо відчутним стало збільшення кількості лікарських дільниць, що в свою чергу призвело до скорочення радіусу медичного

обслуговування, збільшення лікарського персоналу і сприяло успішності земської медицини в цілому. Щодо темпів відкриття нових дільниць, то більш прискореними вони були у Єлисаветградському, Херсонському та Олександрійському повітах, повільнішими – у Ананьївському, Тираспольському й Одеському. При чому, як бачимо з попередніх результатів дослідження, щодо темпів розвитку медицини у повітах, то Одеський повіт, як один із успішних у ХІХ ст., з початку ХХ ст. фактично призупинив темпи свого розвитку, а Єлисаветградський і Олександрійський, навпаки – прискорили. У цих повітах більш активніше спостерігалось відкриття нових лікарських дільниць і амбулаторій, зазначені повітові земства продовжували опікуватися потребами прибуваючого робочого люду, забезпечуючи робочі партії амбулаторним оглядом (у разі необхідності – лікарняними ліжками), харчуванням та приміщеннями.

Викладені вище показники розвитку земської медицини Херсонської губернії з початку ХХ ст. для вказаного періоду, на нашу думку, без сумніву слід охарактеризувати як успішні і значущі, однак більш чітко уявлення про темпи розвитку земсько-медичної організації губернії можна отримати, якщо порівняти їх з попереднім періодом, а за показниками з іншими земськими українськими губерніями.

Динаміка розвитку лікувальної мережі Херсонської губернії порівняно з досягненнями інших українських губерній та попереднім періодом подана у табл. 5 (Додаток А) [266].

Порівняння земсько-медичних показників Херсонської губернії з іншими українськими губерніями вказує на те, що протягом зазначеного періоду існування земської медицини в губернії, вона зробила значний крок вперед за усіма показниками. Маючи найнижчі показники на момент введення земського Положення (1865 р.), до початку 70-х років ХІХ ст. зусиллями повітових земств губернії було досягнуто суттєвого вирівнювання положення, а у ХХ ст. успіхи стали ще більш відчутними. Наведене дає підстави виділити Херсонське губернське земство серед інших українських губернських земств в організації доступної для населення медичної допомоги і посилює актуальність обраної нами теми дослідження.

Не останню роль в успішності земської медицини губернії, як засвідчує проведений аналіз, відігравали витрати повітових та губернського земства на медицину. У перший період діяльності земств Херсонської губернії (1865–1889 рр.) витрати становили 38,3 тис. крб.; у другому періоді вони зросли до 304,3 тис. крб. у 1890 р. і 1464 тис. крб. у 1912 р., тобто збільшилися відповідно у 7,9 і 38,2 рази. У середньому щорічні витрати Херсонського земства на медичну частину становили: у 1870–1890 рр. – 13,3 тис. крб.; у 1890–1912 рр. – 55,7 тис. крб., тобто зросли у 4 рази [221, с. 57].

При цьому витрати повітових земств становили у 1870 р. – 4,9 коп.; у 1890 р. – 9 коп. і у 1912 р. – 51,9 коп., тобто зросли у 10,5 рази, а губернське земство витрачало 49 коп., покриваючи повітовим земствам третю частину витрат на протиепідемічні заходи та на будівництво і відкриття лікарень із амбулаторіями. Завдяки дотаціям губернського земства,

повітові земства Херсонської губернії змогли розширити мережу лікарських дільниць у сільській місцевості, чим сприяли вирішенню проблеми досяжності медичної допомоги населенню для найвіддаленіших місць. Слід особливо підкреслити, що жодне з українських губернських земств не асигнувало на медицину стільки коштів, як Херсонське [221, с. 58].

Про позитивну динаміку витрат губернського земства на медицину з 1909 до 1912 р., свідчать дані матеріалів обласного з'їзду Півдня Росії по боротьбі з епідеміями, що проходив у Києві у 1913 р., подані у табл. 5 (Додаток А) [142].

З даних цієї таблиці бачимо, що з початку ХХ ст. разом із зростанням земського бюджету (у 12,8 раза) зростали витрати земства на медико-санітарну частину (у 1,4 раза), дотації повітовим земствам на утримання медичних установ (у 1,1 раза). Слід особливо відзначити зростання витрат на повітову санітарну організацію (у 2,2 рази) та на боротьбу з епідеміями (у 6 разів), що свідчить про особливість Херсонського земства і санітарну спрямованість земської медицини.

Загальні витрати Херсонського земства на медицину, як впливає з цієї таблиці, під кінець існування земської медицини становили понад половину (51,1–55,7%) земських витрат, що майже вдвічі перевищувало середній показник по українських губерніях (28,4%) і свідчило про значну увагу з боку органів місцевого самоврядування до організації медичної частини на місцевому рівні. У той самий час слід підкреслити особливо позитивну динаміку росту витрат на медицину з боку Херсонського земства порівняно з першим періодом його діяльності, коли у 1866 р. витрати становили 9,9%, у 1895 р. – 46,7%, а у 1912 р. – 55,7%.

У цілому, земства Російської імперії витрачали на медицину: у 1895 р. – 27% земського бюджету; 1903 р. – 30,4 %; 1910 р. – 28,4% [69, арк. 4; 249, с. 519].

Середні витрати на медицину з розрахунку на одного жителя в Російській імперії становили у 1910 р. 56,7 коп. [249, с. 520]. “Згідно з офіційними даними, – писав професор Хлопін у статті “Про організацію підготовки санітарних лікарів” (Російський лікар, 1912. – №15), – у 1909 р. на лікувальну і санітарну справу в Росії витрачалося 100 190 000 крб., що становило на одного жителя 64 коп. на рік. Із цієї суми лише 5 009 500 крб., тобто 5% витрачалося на санітарну частину і на боротьбу з епідеміями. Лєвова частка цієї суми йшла на екстрені заходи боротьби проти вже існуючих епідемій холери, тифу і чуми і майже нічого на попереджувальні заходи. У країнах з розвинутою попереджувальною медициною, як, наприклад, у Англії, на санітарні заходи витрачається 58%, а на лікувальну медицину тільки 40% усіх витрат на медицину” [142, с. 635].

У цілому, як засвідчує аналіз наведених у табл. 3 (Додаток А) даних, особливо результативним стосовно земсько-медичної діяльності для Херсонської губернії був період 1911–1913 рр., який характеризувався відчутним покращенням земсько-медичної справи: відкривалися нові лікарські дільниці, будувалися нові й розширювалися існуючі лікарні,

збільшилася кількість лікарського персоналу, збільшувались витрати земства на медицину.

На своєму рахунку безпосередньо губернське земство утримувало заклади як лікувального так і не лікувального характеру. Серед лікувальних закладів у складі губернського земства знаходилася міжповітова лікарська дільниця (з трьох відкритих у 90-х роках XIX ст.) у містечку Березівка на 20 ліжок; губернська лікарня – на 60 ліжок; грязелікарня і психіатрична лікарня [98, с. 454-455, 457; 97, с. 210-211]. Серед медичних закладів не лікувального характеру у губернії знаходилися: земсько-міська бактеріологічна станція у м. Одесі, з відділенням для приготування лікувальних сивороток, Пастерівська станція у Єлисаветграді, віспаний телятник у Херсоні, п'ять гігієно-бактеріологічних лабораторій (у Херсоні, Олександрії, Ананьєві, Єлисаветграді і Тирасполі), інститут санітарних лікарів, притулок вихованців у Херсоні і дві богадільні (у Новій Празі і Новоукраїнці).

Слід зазначити, що на початку 90-х років XIX ст. у губернії знайшла своє практичне втілення й організація губернським земством допомоги прибулим робітникам. Прискоренню вирішення цього питання сприяла загроза епідемії сипного тифу 1892 р. [154, с. 598]. У лютому 1892 р. Єлисаветградський комітет Червоного Хреста, у засіданні якого брав участь голова губернської управи Ф.П. Нікітін, постановив відкрити для прибулих робітників у Єлисаветграді на власні кошти, при допомозі земства (1 тис. крб.) дешеву їдальню і тимчасову амбулаторію на весняний період, бажаючи тим самим прийти на допомогу видачею дешевих і дарових обідів і з іншого боку, паралізувати можливість заносу епідемії сипного тифу шляхом своєчасного виявлення та ізоляції заражених хворих [154, с. 610].

В організацію медичної допомоги і санітарного нагляду за прибулими робітниками, губернське земство поклато основні принципи земської медицини: відсутність насилля і загальну доступність медичної допомоги за умови її безоплатності. Пізніше до цих умов додалось піклування про надання робітникам дешевих гарячих обідів і, що особливо важливо, – реєстрація усіх прибуваючих партій робітників для всебічного вивчення в медичному і санітарному відношенні, що стало суттєвим внеском до земської медичної статистики, зокрема вивчення захворюваності і травматизму сільськогосподарських робітників [154, с. 611].

Крім м. Єлисаветграда, на благодійні кошти комітету Червоного Хреста і губернського земства у 1892 р. був відкритий лікувально-продовольчий пункт на вузловій станції Знам'янка, де приміщенням для їдальні стали казарма і кухня військового відомства. За 1,5 місяця існування перших у губернії дешевих їдалень для прибулих робітників у Єлисаветграді видано – 8810 обідів, у Знам'янці – 3670, з них 1783 (12,3%) – безкоштовно [155, с. 217-218].

Перший досвід організації санітарного нагляду за прибулими робітниками засвідчив не тільки можливість його організації, а й незначні витрати з боку громадських органів. У звітах про діяльність дешевих їдалень

і безоплатних амбулаторій зазначалося, що потреба в їх існуванні досить значна і що вони, не зважаючи на незвичність та новизну, швидко завоювали довіру серед прибулого робочого люду.

Подальше розширення мережі лікувально-продовольчих пунктів пов'язане з заходами Херсонського земства в частині перестороги щодо поширення епідемії холери 1893 р., що стало предметом обговорення на нараді лікарів і голів управ Херсонської губернії у березні 1893 р. [140, с. 6].

Значну фінансову допомогу (20 тис. крб.) у цьому напрямі Херсонське земство отримало з коштів Особливого Комітету. Саме завдяки цій фінансовій підтримці земська управа, не маючи спеціальних власних асигнувань, змогла за рахунок додатково отриманих коштів відкрити лікувально-продовольчі пункти у 14 збірних пунктах прибулих робітників.

Таким чином, за короткий період Херсонське земство, розпочавши з поодиноких лікувально-продовольчих пунктів, спромоглося створити певну їх систему, що стало новим явищем у Російській державі. Для управління ними організовувались місцеві санітарні комітети, до складу яких входили санітарні лікарі, землевласники, священики, сільські вчителі та ін. У цілому за 1893 р. витрати на створення лікувально-продовольчих пунктів становили 7410 крб., з яких 2940 крб. (40%) покривались самими прибулими робітниками [140, с. 7].

Відкриттям дешевих їдалень, організацією тимчасових бараків і амбулаторій вперше в такому обсязі була надана можливість значній кількості робітників на “ринках найму”, чекаючи наймачів, харчуватися якісною гарячою їжею за доступну плату, отримувати безоплатну медичну допомогу. Доцільність відкриття лікувально-продовольчих пунктів на шляхах пересування прибулих робітників отримала визнання на Всеросійському з'їзді лікарів у лютому 1894 р., який постановив рекомендувати земствам інших губерній наслідувати приклад Херсонського земства.

З цього приводу Ананьївська повітова земська управа наголошувала, що “...дарова медична допомога, укриття від негоди, можливість отримати гарячу їжу, підніме цінність нашої губернії в очах робітників, зможе сприяти більшому їх напливу в нашу губернію і тим самим унебезпечити землевласників від недостачі робочих рук і від нерівномірного підвищення цін на них” [114, с. 171].

Враховуючи наведене вище, доходимо висновку, що лікувально-продовольчі пункти, крім свого прямого призначення, відігравали також відповідну роль в економічному стані губернії. Але їх значення не вичерпується викладеним вище. Сприяючи зосередженню прибулих робітників у одному місці, вони не тільки полегшували організацію за ними санітарного нагляду, а й надавали можливості пильнувати за рухом сільськогосподарських робітників, з метою його урегулювання як в інтересах самих робітників, так і землевласників.

Переконавшись у доцільності організації лікувально-продовольчих пунктів, Херсонська губернська управа в 1894 р. продовжувала розширення

їх мережі шляхом відкриття 17 нових збірних пунктів з організацією у 14 з них їдалень і амбулаторії, а у трьох (Голті, Бериславі і Знам'янці) – тільки амбулаторії з реєстрацією робітників. Зважаючи на недостатність лікарського персоналу, для завідування амбулаторіями були запрошені студенти-медики старших курсів переважно університету св. Володимира, які працювали під наглядом і контролем земських лікарів [154, с. 612; 31, арк. 67].

З метою більш раціональної організації лікувально-продовольчих пунктів, Херсонська губернська управа затвердила інструкцію з управління ними, у якій, крім надання безоплатної медичної допомоги і дешевих обідів, вказувалося на необхідність реєстрації прибулих робітників із записом у спеціальну “Картку партії робітників”, а також обов’язкове звітування завідувача пункту перед управою і представлення до друку звіту в “Лікарській хроніці” [181, с. 219-223].

Лікувально-продовольчі пункти досягли вершини свого успіху у 90-х роках XIX ст., однак на початку XX ст. проти їх існування почалися виступи землевласників, головним аргументом яких стало те, що при наймі на роботу робітники, які відчували певну турботу з боку земства, стають менш зговорливими і вимагають збільшення плати та покращення умов проживання. Вказана протидія наймачів дешевої робочої сили призвела до поступового згортання діяльності лікувально-продовольчих пунктів та скорочення їх мережі.

Аграрний тип економіки Херсонської губернії впливав також і на діяльність санітарної організації та її спрямованість. Крім опікування проблемами і негараздами прибуваючого робочого люду, губернське земство звернуло увагу і на не менш значущу проблему – високий рівень травматизму при роботі з сільськогосподарськими машинами.

У губерніях з найбільш поширеним використанням сільськогосподарських машин (Херсонській, Катеринославській, Самарській), які з’явилися в 50-60 – х роках XIX ст., давно назріла необхідність розробити заходи щодо боротьби з машинним травматизмом, що для земства становило нову додаткову проблему.

За образним висловлюванням земського лікаря Войцехівського, влітку під час проведення польових робіт спостерігалися “епідемії машинного травматизму”, жертви якого переповнювали земські лікарні і приймальні відділення, а самі лікарні нагадували “перев’язочні пункти на полі битви.” Питанням сільськогосподарського машинного травматизму присвятили свої праці лікарі П.Ф. Кудрявцев та М.І. Тезяков [231, с. 1031-1032].

Тринадцятий губернський з’їзд лікарів затвердив спеціальну карту реєстрації нещасних випадків серед працюючих на сільськогосподарських машинах, яка включала 16 запитань. Крім запитань стосовно особистості травмованого, вона передбачала також відповідь на те, якою машиною скоєно травмування, характер травми, її причина тощо. Реєстрація нещасних випадків на картах розпочалась з 1896 р., а аналіз їх результатів щорічно друкувався у звітах санітарних лікарів [77, с. 426-429]. Однак, не відкидаючи цінності затвердженого тринадцятим губернським з’їздом лікарів, слід

підкреслити, що якісно новими стали карти, розроблені земським санітарним лікарем М.І. Тезяковим, що стали першими у Російській державі науково обґрунтованими опублікованими документами з цієї проблеми. Свої методичні підходи до побудови облікових карт цей лікар висвітлив у статтях, надрукованих у “Віснику громадської гігієни, судової і практичної медицини” і у “Лікарській Хроніці” Херсонської губернії та доповіді на шостому Пироговському з’їзді лікарів [186].

Пропозиції М.І. Тезякова, прийняті VI Пироговським з’їздом лікарів, крім медичної сторони проблеми, мали й чітко визначений соціальний характер, зокрема:

- визнати необхідною реєстрацію усіх випадків травмування сільськогосподарськими машинами;
- клопотати перед урядом про доповнення Положення про найом на сільськогосподарські роботи статтями, що обумовлювали застосування сільськогосподарських машин і знарядь із запобіжними пристроями;
- робітники, які отримали травму, повинні мати право на забезпечення;
- признати невідкладним видання земством обов’язкових постанов для захисту сільськогосподарських робітників від згубної дії машин.

При цьому на з’їзді наголошувалось, що в Англії, на підставі відповідного законодавства, вже не випускають машин без запобіжних пристроїв, а у Німеччині видається спеціальний журнал для вивчення патології, терапії і профілактики машинного травматизму [77, с. 429].

За період 1896–1897 рр. у Херсонській губернії було зареєстровано 462 випадки травматизму, проте ця цифра тільки наближена. Більшість потерпілих (60,4%) – селяни-власники, які отримали травму у своїх господарствах, а 39,6% – наймані робітники. З 462 потерпілих – 387 (83,5%) – чоловіки і 75 (16,5%) – жінки. У селянських господарствах максимум травм припадало на дітей віком до 10 років як наслідок побутових умов селян [77, с. 432-433].

З метою профілактики травматизму Херсонським земством приймалися “Обов’язкові постанови для власників машин” та “Правила для власників сільськогосподарських машин”, постанови “Про заходи щодо попередження травматичних пошкоджень при роботі сільськогосподарських машин і знарядь” (1903 р.), головними вимогами яких були недопущення до роботи на сільськогосподарських машинах неповнолітніх та дотримання техніки безпеки при роботі з машинами [221, с. 120].

Крім зазначених заходів Херсонського губернського земства, аналогічні проводилися і в інших українських губерніях. Так, у 1893 р. питання боротьби з травматизмом сільськогосподарських робітників порушило Товариство лікарів Полтавської губернії. Полтавські лікарі розробили проект правил “Про недопущення дітей до роботи з кінними молотилками”, але губернатор їх не затвердив і лише у 1903 р. вони були надруковані як обов’язкова постанова. У Бердянському земстві Таврійської губернії зазначене питання було порушено лікарем Синицьким. Збиранням

статистичних матеріалів для визначення кількості травмованих займалися лікарі Дніпровської управи [221, с. 121]. Конотопське земство Чернігівської губернії порушило питання про видання санітарних правил, з метою примусити землевласників утримувати робітників у кращих санітарних умовах [257, с. 48]. Однак спроби санітарних організацій покращити санітарний стан серед прибулого населення, а також скоротити рівень травматизму серед сільськогосподарських робітників шляхом лише видання земством обов'язкових постанов і організацію продовольчих пунктів, не досягали головної мети, оскільки вони торкалися інтересів землевласників, які йшли на поступки більше під час загрози епідемії, ніж під натиском земських лікарів. Так загроза епідемії холери змусила у 1905 р. відкрити максимальну кількість лікувально-продовольчих пунктів (21 – у Херсонській ; 18 – у Катеринославській). У 1906 р. земства не відкрили жодного пункту, вирішивши припинити “либеральную затею” [257, с. 49].

Щодо загальної результативності санітарних заходів, то, незважаючи на активність санітарних лікарів, стурбованість земських діячів незадовільним санітарним станом, відкриття лікувально-продовольчих пунктів, порушення санітарних питань на з'їздах лікарів та інші заходи земства, показник смертності від епідемій залишався високим, кількість епідемічних хвороб не зменшувалася [21, арк. 1-19; 22, арк. 1-6; 24, арк. 1-6].

Високий відсоток смертності реєструвався серед прибулого робочого населення. За даними М.І. Тезякова у 1890 р. питома вага смертності серед них досягла 7,9% проти 2,6% серед місцевих жителів; а летальність серед найманих робітників дорівнювала 64% проти 2,06% від числа захворілих серед селян-господарів [186].

На нашу думку, суттєвим недоліком земського періоду була відсутність санітарного законодавства і контролю за його виконанням. Видані розпорядження, що стосувалися санітарних правил, суворі постанови у зв'язку з епідеміями холери та чуми, не могли замінити закону, який би зобов'язував землевласників-поміщиків та фабрикантів виконувати санітарні постанови.

Успіхи лікувальної частини земської медицини Херсонської губернії з початку ХХ ст., так само як і у попередні роки, залежали від співпраці з лікарським персоналом, розширення мережі амбулаторій, благоустрою лікарень і були тісно пов'язані з досягненнями санітарно-профілактичного напрямку.

Так, з початку ХХ ст. санітарна організація Херсонського земства потребувала змін і саме останній п'ятнадцятий губернський з'їзд лікарів і членів земських та міських управ у 1904 р. висловив побажання стосовно доповіді санітарного лікаря Є.І. Яковенко про розширення та поглиблення діяльності санітарних лікарів при проведенні протиепідемічних заходів. У 1906 р. Херсонські губернські збори, не задоволені характером діяльності санітарних лікарів, надіслали запит до повітових земських зборів щодо бажаних, на їхню думку, змін у санітарній організації і доручили губернській раді лікарів напрацювати проект її реформування. Цей проект був

напрацьований радою лікарів, скликаною губернською земською управою 14 жовтня 1908 р. з метою виконання доручення губернських земських зборів стосовно реформування санітарної організації губернії. У зверненні губернських зборів висловлювалося побажання, щоб санітарні лікарі менше часу приділяли теоретичним розробкам різних статистичних питань, а головну увагу спрямували у бік виконання практичних санітарних заходів. У цьому контексті голова губернських зборів заявив про перегляд програми діяльності санітарних лікарів і внесення до неї змін, скорочень і доповнень, щоб "...практична сторона їх діяльності була поставлена на перший план" [110, с. 163].

План реформування губернської санітарної організації був прийнятий губернськими земськими зборами у 1910 р. Відповідно до реформи, крім санітарного лікаря при повітовій управі з організаційними і статистичними функціями, у 1911 р. у кожен повіт було введено посади: лікаря-епідеміолога для нагляду і вивчення епідемій і організації боротьби з ними, і лікаря-бактеріолога, у віданні і розпорядженні якого знаходилася санітарно-бактеріологічна лабораторія [98, с. 481-488].

Остання була створена на базі відкритої у 1903 р. при Херсонській управі лабораторії з хімічного дослідження води і харчових продуктів. Підпорядкована першому лікарю-бактеріологу Херсонського земства Є.І. Яковенко, вона значно розширила діапазон своєї діяльності, у результаті чого у 1912–1913 рр. бактеріологічні дослідження в ній становили 75-80%. У 1913 р. бактеріологічний метод застосовувався при діагностиці холери, черевного тифу, дифтерії, гонореї, сибірської виразки та інших епідемічних хвороб. У 1908 р. гігієно-бактеріологічна лабораторія була відкрита у Єлисаветграді та інших земствах [98, с. 522-524].

Реформування санітарної медицини губернським земством було викликане передусім науковими досягненнями медичної галузі з початку ХХ ст., якісними змінами земсько-медичної організації, а також необхідністю з новими силами протистояти епідемії холери 1907–1908 рр., маючи не тільки теоретичні знання, а й застосовуючи їх на практиці [7, арк. 262; 8, арк. 80; 13, арк. 202; 14, арк. 176; 17, арк. 57]. Поновили роботу засновані відповідно до розпорядження міністра внутрішніх справ (1892 р.) [109] повітові й губернська санітарно-виконавчі комісії, а також санітарні піклувальні установи. До складу комісій входили як представники від земських управ і міських дум, а також представники поліції і різних відомчих установ, так і усі лікарі повіту, у тому числі і вільно практикуючі, для організації боротьби з холерою. Санітарні піклувальні установи об'єднували вибірних осіб, представників від усіх станів населення повітів, які під керівництвом санітарних лікарів слідували за виконанням обов'язкових санітарних постанов, піклувалися про покращення санітарного стану населених пунктів, проводили з населенням роз'яснювальні бесіди про сутність і значення санітарних заходів тощо. У цілому, діяльність наведених вище органів мала чітке протиепідемічне спрямування і підпорядковувалася, а також контролювалася з боку губернської адміністрації (головою санітарно

-виконавчої комісії був губернатор), однак, доцільність їх існування диктувалася необхідністю швидко реагувати на появу епідемій [98, с. 492-495 ; 18, арк. 303].

Крім того, протягом 1912 р. Херсонським губернським земством були напрацьовані:

- Положення про санітарну організацію губернського земства, затверджене губернськими земськими зборами 35 чергової сесії 14 січня 1912 р., яким визначалася структура санітарної організації, коло обов'язків санітарних лікарів і характер їх діяльності.

- Інструкція медико-санітарної наради при Херсонській губернській управі, затверджена тими самими зборами, що й Положення, яка визначала завдання нарад, що полягали у об'єднанні і спрямуванні поточної земсько-санітарної діяльності в губернії. Головуючим на нарадах призначався голова губернської управи. Засідання нарад призначалися теж управою і проходили двічі на рік. На нарадах розглядалися звіти санітарних лікарів про стан медико-санітарної частини в губернії, а також складалися програми найближчої діяльності медико-санітарного персоналу.

- Інструкція для земських санітарних лікарів, затверджена губернським земськими зборами чергової 37 сесії 11 грудня 1912 р., яка визначала обов'язки санітарних лікарів, розподіляла роботи між трьома категоріями санітарних лікарів (санітарним лікарем, лікарем епідеміологом і лікарем бактеріологом) та губернським санітарним бюро.

- Інструкція для земського епідемічного персоналу губернії, який відряджався для посилення постійного медичного персоналу під час епідемій

- Інструкція для дільничних земських санітарних піклувальників.

- Правила про заснування і діяльність земських санітарних піклувальних установ у Херсонській губернії.

- Правила про заснування і діяльність земських районних санітарних піклувальних установ [142, С. 591-611].

В цілому, виходячи із змісту прийнятих інструкцій, правил і постанов, вони суттєво доповнювали раніше існуючі, з урахуванням потреб часу. Щодо організаційних моментів, то заснування нарад як медико-санітарних, так і суто медичних, ставили за мету – замінити своїм існуванням скликання з'їздів земських лікарів та членів управ, які у Херсонській губернії припинили своє існування з 1904 р. Безумовно, завдяки значній роботі з реформування санітарної організації у губернії та суттєвому збільшенню асигнувань на санітарні та протиепідемічні заходи, санітарна організація Херсонської губернії залишалася зразковою серед інших українських земств.

Реформування Херсонським земством санітарної організації завершило її практичне становлення на території України у дожовтневий період.

Визнанням здобутків Херсонського земства з організації земської медицини і санітарної організації зокрема, стали нагороди за участь у Всеросійській гігієнічній виставці, яка проходила в Петербурзі у період з травня до вересня 1912 р. Губернське земство на ній отримало найвищу

нагороду (почесний диплом) – “...За всебічне висвітлення епідемічних захворювань у губернії, за санітарно-статистичні дані і положення лікарської допомоги у губернії, за прекрасно обладнані санітарні лабораторії і значний розвиток санітарної організації губернського земства з запрошенням особливих санітарних лікарів для вивчення епідемій, за Хаджибейську лиманну грязелікарню”. Таким самим дипломом нагородили Херсонське повітове земство – “...За значний розвиток лікарської діяльності і відкриття та обладнання грязелікарні на Голій Пристані”. Одеське повітове земство нагородили великою срібною медаллю – “...За лікарську діяльність, що відповідає вимогам санітарної гігієни”. Олександрійське повітове земство отримало малу срібну медаль – “...За встановлення біологічного фільтра для очищення води при Олександрійській земській лікарні”, такою самою медаллю нагородили і Тираспольське повітове земство – “...За діяльність у галузі лікарняного і шкільного будівництва” [72].

З 1914 р. у діяльності лікувальних закладів як губернського, так і повітових земств відзначалося послаблення, пов’язане з початком Першої світової війни. Особливо відчутним був некомплект медичного персоналу внаслідок призиву на військову службу і заміни досвідченого медичного персоналу малодосвідченим і тимчасовим. Із числа медичного персоналу на військову службу було призвано 67 лікарів (кожен другий) і 97 фельдшерів (кожен четвертий). Ситуація ускладнювалася ще й тим, що саме на цей період припадає поява у губернії азіатської холери [6, арк. 104; 7, арк. 29-32; 9, арк. 107; 10, арк. 22].

У виникненні і поширенні холерної епідемії у губернії, як і інших епідемічних інфекцій, не останню роль відіграли біженці. До початку листопада 1915 р. на території губернії осіло 22, 5 тис. біженців, більшість з яких розселилися у трьох повітах: Єлисаветградському (7105), Херсонському (10900) й Олександрійському (5459) і невелика кількість у інших повітах (усього 1974) [95]. На основі закону від 30 серпня 1914 р. і відповідно до пропозиції Херсонського губернатора від 31 жовтня цього самого року за № 244, справи з облаштування біженців у губернії передані земським установам і міським громадським управлінням. Скликана губернською управою 15 листопада 1914 р. в Одесі нарада представників повітових управ, за участю представників комітету Південно-Західного фронту Всеросійського земського Союзу прийняла рішення, що Херсонському земству у справі облаштування біженців слід приєднатися до обласного комітету Південно-Західного фронту Всеросійського земського Союзу [95].

Події Першої світової війни значною мірою вплинули на уповільнення земсько-медичної діяльності, однак не могли суттєво позначитися на її результативності.

Отже, з початку 90-х років XIX ст. Російський уряд узяв курс на посилення контролю за всіма галузями земської діяльності, у тому числі й медичною, через зміну соціального представництва в земських установах. З прийняттям у 1890 р. нового земського положення склад земських установ, повітових зборів переважно, а земських управ і губернських зборів – майже

винятково, став дворянським, що не могло не позначитися і на медичній справі у Херсонській губернії.

Загальна недосконалість положень про земські установи, їх цензовий і становий характер, суворі адміністративна опіка, нестача коштів – все це ставило земську діяльність у складні умови, ставлячи на шляху її розвитку значні перешкоди. Суттєвим гальмуючим фактором у розвитку земської медицини губернії була недосконалість і незавершеність медичного законодавства, насамперед діяльність тимчасового Статуту лікувальних закладів 1851 р. за нових умов, а також його неузгодженість із земськими законодавчими актами.

Однак, зусиллями діячів повітових та губернського земства разом із земськими лікарями, з початку ХХ ст. були напрацьовані нові підходи і механізми, що прискорили становлення земсько-медичної організації губернії і формування її доведеного вигляду. Ці фактори стали головними чинниками позитивної динаміки розвитку земської медицини Херсонської губернії на останньому етапі її існування.

Підсумовуючи викладене вище, доходимо висновку, що лікувальна і санітарна діяльність Херсонського земства протягом досліджуваного періоду були спрямовані на оздоровлення і максимальне зменшення смертності населення. Підтвердженням наведеному є збільшення чисельності населення губернії з 778 тис. у 1870 р. до 1634 тис. у 1890 р. і 2856 тис. у 1914 р. (тобто у 2,2 та 1,8 рази) [221, с. 42]. Середній показник загальної смертності у дев'яти українських губерніях у 1913 р., за матеріалами Головного Лікарського Управління при Міністерстві внутрішніх справ, становив 22,4 на 1000 населення з коливанням від 19 у Полтавській до 24,5 у Харківській губерніях, а у губерніях Європейської Росії – 27,4. Причому показники смертності на селі були вищими, як у місті. Надзвичайно високим був рівень дитячої смертності. У 1913 р. в Україні він становив 200 на 1000 новонароджених, з них 30% смертей припадало на інфекційні захворювання, тобто ті, які можливо було попередити [257, с. 29].

Матеріали обласного з'їзду Півдня Росії (1913 р) вказують на збільшення відриву між показниками народжуваність: смертність у Херсонській губернії: у 1909 р. – 115243:67677; 1912 р. – 118462:54106 [142, с. 517-520].

Саме вони, як жодні інші, свідчать про результативність діяльності земсько-медичної організації у Херсонській губернії і її значні досягнення, на які не змогли вплинути ні урядовий тиск та фінансові обмеження, ні напружена внутрішня і зовнішня політичні ситуації в імперії.

Зусиллями діячів повітових та губернського земства разом із земськими лікарями, наприкінці ХІХ – на початку ХХ ст. були напрацьовані нові підходи та механізми, що прискорили становлення земсько-медичної організації губернії і формування її доведеного вигляду. В губернії відбувалось розширення мережі лікувальних закладів. Лікарська допомога стала більш доступною населенню за рахунок зменшення радіусу обслуговування хворих одним лікарем, а також внаслідок повної відміни

плати за лікування. Витрати земства на медичне обслуговування в губернії вдвічі перевищували середній показник по українських губерніях. Окремі галузі медицини в Херсонській губернії досягли вищого в Російській імперії рівня обслуговування населення і не відставали від загальносвітового. Зменшення чисельності хворих і травмованих людей, збільшення відриву між народжуваністю і смертністю значною мірою сприяли швидшому, у порівнянні з іншими регіонами України, зростанню кількості населення Херсонської губернії у другій половині XIX – на початку XX ст.

ВИСНОВКИ

У вітчизняній історіографії питання ролі Херсонського земства в медичному обслуговуванні населення у 1865–1917 рр. висвітлювалося лише фрагментарно. Відсутність відповідної комплексної праці негативно позначилась на рівномірності різнобічного дослідження вітчизняної історії другої половини XIX – початку XX ст., винесенні уроків з досвіду організації земської медицини в окремо взятому регіоні з його особливостями. Повноцінному вирішенні поставленої у дисертації наукової проблеми сприяла наявність не використовуваної, або недостатньо відомої досі джерельної бази – документів обласних і центральних державних архівів, опублікованих незначними тиражами матеріалів земського діловодства, медичних статутів, звітів Медичного департаменту Міністерства внутрішніх справ Російської імперії про стан народного здоров'я, щорічних звітів херсонського губернатора, земсько-медичних статистичних збірників.

Діяльність Херсонського земства по організації медичної допомоги населенню поділяється на три періоди. Перший – охоплює 1865–1872 рр., коли відбувалося становлення земської медичної допомоги сільському

населенню. Другий період (1873–1889 рр.) характеризується включенням губернського земства в організацію доступної населенню медицини. Третій (1890–1917 рр.) відзначався протидією земства спробам царського уряду обмежити його дії у галузі медицини і активізацією земсько-медичної діяльності.

Медичне обслуговування населення губернії у доземський період не могло стати основою для створення нової системи народного здоров'я після відміни кріпосного права в 1861 р., яка зумовила кардинальні зміни у соціальній структурі населення держави і її адміністративно-територіальних органах. Медична справа в Херсонській губернії, як і в інших губерніях, знаходилась у віданні багатьох відомств, що унеможлиблювало їх ефективну взаємодію у забезпеченні охорони здоров'я сільського населення, внаслідок чого воно постійно погіршувалося.

“Положення про губернські та повітові земські установи”, “Тимчасові правила для земських установ у справах про земські повинності, народному продовольстві та громадській опіці” та “Правила про порядок введення в дію положення про земські установи” не створили досконалої правової бази для організації системи медичного обслуговування населення земськими установами. Статті цих документів про земсько-медичну діяльність відзначались нечіткістю та суперечливістю і не передбачали створення земствами своєї, відмінної від попередніх часів медичної організації, що значною мірою загальмувало процес становлення та розвитку земської медицини в країні, у тому числі й у Херсонській губернії.

У 1865–1872 рр. почалося розгортання повітовими земствами Херсонської губернії медичної діяльності, головними причинами якої стали відсутність організованої та ефективної медичної допомоги сільському населенню, необхідність протидії частим і загрозливим епідеміям, гостра потреба в оздоровленні сезонних працівників при значному дефіциті робочої сили. Значний вплив на підвищення якості медичного обслуговування населення справили організаційні заходи повітових земств по прийняттю в своє відання господарської частини відомчих лікувальних і благодійних закладів. Наступним кроком у цьому плані стало розроблення ними проектів земсько-медичної організації у губернії, згідно з якими повіти поділялись на лікарські дільниці, запрошувався лікарський і фельдшерський персонал, визначалось коло його обов'язків.

Організаційні заходи повітових земств дозволили сконцентрувати медичну допомогу населенню переважно в руках одного відомства, структурувати її і централізувати фінансове забезпечення, що позитивно позначилось і на практичній діяльності лікарів та фельдшерів. Усвідомлення повітовими земствами неефективності роз'їзної системи медичної організації стало важливим кроком по наближенню земської медицини до європейських стандартів. Особливістю організаційної діяльності повітових земств стало те, що вони намагалися облаштувати медичну частину відповідно до попередньої. Від “приказного періоду” земствами була перейнята роз'їзна система медичного забезпечення з властивим їй “фельдшеризмом”.

Розробивши проекти земсько-медичного устрою губернії повітові земські управи у 1865–1872 рр. діяли відокремлено одна від одної і не мали достатніх асигнувань на реалізацію накреслених заходів, внаслідок чого їх напрацювання почали гальмувати подальший розвиток медичної системи.

Херсонське губернське земство відіграло важливу роль в організації доступної та ефективної медичної допомоги населенню у 1873–1889 рр. Спільно з повітовими земськими управами губернське земство з початку 70-х років XIX ст. почало вирішувати животрепетні питання медичного обслуговування сільських жителів – визначались співвідношення фінансування цієї галузі земської діяльності, кількості лікарняних ліжок на певну кількість населення, створювалась мережа дільниць з відповідним радіусом медичного обслуговування, організовувались з'їзди земських лікарів. Делегатам губернських з'їздів лікарів та членів управ належить ідея заміни роз'їзної системи медичного обслуговування на змішану, а згодом на стаціонарну. Вже у 1885 р. у більшості повітів губернії стаціонарна система медичної допомоги сільському населенню витіснила роз'їзну та стала головною, хоча фельдшеризм продовжував відігравати певну роль. У результаті спільних дій губернського та повітових земств на 1885 р. територія медичного обслуговування населення одним лікарем зменшилась вчетверо, а за кількістю населення у 2,5 раза, розмір асигнувань збільшився у 35 разів. Звертання хворих за медичною допомогою збільшилися у 6 разів, що свідчить про значне поліпшення медичної справи у губернії.

Становлення санітарно-медичної допомоги населенню Херсонської губернії відбувалося повільно і нерівномірно в різних повітах. Відповідні постанови земських управ про поліпшення санітарних умов життя сільського населення здебільшого залишалися невиконаними і тільки загрозливі холерні епідемії підштовхнули земство до конкретних дій. Не отримуючи державної допомоги, губернське земство взяло на свій рахунок витрати по віспощенню, був відкритий віспяний телятник для забезпечення свіжим віспяним детритом.

Значний вплив на організацію санітарної служби у губернії справило створення при губернській управі у 1877 р. постійної медичної комісії та введення посади особливого лікаря при ній. Був складений план оздоровлення жителів населених пунктів, створена губернська санітарна, міські й повітові наглядові комісії. Крім того, Херсонське губернське земство у 1873 р. встановило для повітових земств субсидії протиепідемічних витрат у розмірі однієї їх третини. Однак, такі заходи тільки частково сприяли покращенню санітарно-медичної обстановки в губернії. Протягом 1878–1886 рр. відбулося становлення першої в Україні санітарної організації з постійним штатом санітарних лікарів, у результаті чого санітарна обстановка в губернії почала поліпшуватися. Характерною особливістю функціонування земської санітарної організації на такому високому рівні як у Херсонській губернії була підтримка її з боку відомих голів губернського земства і земських діячів А.С. Ерделі, П.Н. Фатуровського, Ф.П. Нікітіна, П. А. Зеленого, В.П. Андрієвського, М.І. Зернавицького. Цей факт мав не

другорядне значення для успішності санітарної організації і земської медицини в цілому.

Відкриття в Одесі у 1886 р. бактеріологічної (пастерівської) станції знаменувало початок не тільки кардинальної зміни в санітарній організації Херсонської губернії, а й поширення бактеріологічної та епідеміологічної допомоги населенню всієї імперії, вихід України у цьому напрямі медицини на світовий рівень.

Медична діяльність Херсонського земства у 1890–1917 рр. мала певні особливості, які багато в чому позначилися на її характері та ефективності. Незважаючи на засилля дворян після земського положення 1890 р., херсонські земства не виправдали сподівань у цьому плані царського уряду і не змирилися з планованими обмеженнями своєї медичної діяльності. Такою самою була їх реакція на новий Статут лікувальних закладів (1894 р.), інструкції до нього (1895 р.) та інші урядові заходи, що гальмували розвиток земської медичної допомоги населенню.

Херсонське земство переборювало створені урядом штучні перепони у медичній діяльності. Напрацьовані ним до початку ХХ ст. нові підходи й механізми суттєво поліпшили земсько-медичну організацію губернії.

Значний вплив на земську медицину справило формування нового типу лікарів – земських лікарів, лікарів-громадських діячів і лікарів-універсалів, які володіли досить широким обсягом знань і практичних навичок. На ниві земської медицини у Херсонському земстві працювали такі відомі лікарі як М.І. Тезяков, М.С. Уваров, І.М. Козубов, О.В. Корчак-Чепурківський, П.І. Діатроптов, С.М. Караманенко та ін. Саме вони стали одними з перших представників наукової медицини на селі, накопичували надзвичайно цінний матеріал для аналізу захворюваності і здоров'я населення, ставали на чолі нових напрямів удосконалення і розвитку медичної допомоги. Їм належить ініціатива розвитку санітарно-профілактичної діяльності як пріоритетного напрямку в охороні здоров'я населення Херсонської губернії.

Активізації успішної діяльності земсько-медичної організації губернії значно сприяли асигнування Херсонського земства на медицину. У 1903 р. Херсонська губернія посідала перше місце серед губерній Російської імперії відносно витрат на медицину. Загальні витрати Херсонського земства на медицину під кінець його існування становили понад половину (51,1–55,7%) усіх земських витрат, що майже вдвічі перевищувало середній показник по українських губерніях (28,4%).

Таке фінансове забезпечення дозволило земству досягти значних успіхів у медичній галузі, насамперед в оздоровленні та зменшенні смертності населення. У результаті цих та інших заходів чисельність населення губернії збільшилась з 778 тис. у 1870 р. до 1634 тис. у 1890 р. і до 2856 тис. у 1914 р. (тобто в 2,2 та 1,8 раза відповідно). Збільшувався відрив між народжуваністю та смертністю. У 1909 р. він становив 115243:67677, у 1912 р. – 118462:54106. Саме ці показники вказують на результативність діяльності земсько-медичної організації у Херсонській губернії і свідчать про її значні досягнення, на які не змогли вплинути ні урядовий тиск та фінансові

обмеження, ні напружена внутрішня і зовнішня політичні ситуації в імперії.

На сучасному етапі втілення в життя адміністративної реформи, а також проведення реформи у галузі охорони здоров'я, позитивні напрацювання повітових та губернського органів самоврядування Херсонської губернії можуть бути не тільки корисними, а й використовуватись на практиці.

Серед позитивних напрацювань земських органів самоврядування Херсонської губернії, які можуть бути використані за сучасних умов, слід відзначити:

- тісну співпрацю органів місцевого самоврядування з лікарями у забезпеченні населення медичною допомогою;
- надання пріоритетного значення профілактичному напрямку в медичному обслуговуванні та його поєднання з лікувальним через розвиток мережі дільничних лікарень і амбулаторій;
- дослідження регіону в медико-топографічному та медико-статистичному відношенні, з метою з'ясування впливу місцевих особливостей на рівень здоров'я населення та його захворюваність;
- збільшення фінансування медичної частини, особливо профілактичних заходів;
- організація доступної населенню медичної допомоги на умовах безоплатності медичних послуг (шляхом спрямування місцевих податків і державних асигнувань на медицину у потрібне русло, тобто на потреби населення), а також через наближення медичних послуг до їх безпосередніх споживачів – сільського населення;
- увага до потреб лікарського та середнього і молодшого медичного персоналу, забезпечення їх матеріального достатку і умов проживання;
- спрямування спільних зусиль лікувальних та санітарно-профілактичних заходів на оздоровлення населення регіону, зниження показників смертності.

У контексті викладених вище позитивних напрацювань земських установ Херсонської губернії в медичній сфері слід відзначити, що всі вони увійшли до переліку заходів з охорони здоров'я, визначених Програмою Уряду та Президента України “Назустріч людям”, що підтверджує ефективність земської людинолюбної діяльності і важливість вивчення та втілення в життя набутого історичного досвіду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1.

Джерела

1. Архівні джерела

Державний архів Кіровоградської області (ДАКІРО)

Ф. 18. Єлисаветградська міська дума

- 1.1. Листування про улаштування у м. Єлисаветграді богадільні на 25 чоловік для бідних. 30 жовтня 1789 р. – Оп. 1. – Од. зб. 1-2. – 18 арк.
- 1.2. Листування з Новоросійським Приказом громадської опіки. 1793 р. – Оп. 1. – Од. зб. 3-4. – 65 арк.
- 1.3. Книга військового відомства Єлисаветградської міської думи для записів приходу та витрат міських коштів. 1845 р. – Оп. 1. – Од. зб. 274. – Арк. 63.
- 1.4. Дані про приход та витрати коштів у міській богадільні. 1846 р. – Оп. 1. – Од. зб. 387. – Арк. 47.
- 1.5. Дані про витрати коштів у міській богадільні. 1842 р. – Оп. 1. – Од. зб. 403. – Арк. 31.

Ф. 78. Єлисаветградська земська управа

- 1.6. Свідчення, які доставляли у лікарські відділення Херсонського губернського управління про епідемії. 1888 р. – Оп. 3. – Од. зб. 454. – Арк. 104.
- 1.7. Доповідь про боротьбу з епідемічними захворюваннями в Єлисаветграді (для обласного з'їзду Півдня, 1913 р.). – Оп. 3. – Од. зб. 464. – Арк. 29-32.
- 1.8. Заходи по боротьбі з поширенням епідемічних захворювань у м. Єлисаветграді. 1911 р. – Оп. 3. – Од. зб. 465. – Арк. 80.
- 1.9. Відомості про епідемічні захворювання в м. Єлисаветграді за 1914 р. – Оп. 3. – Од. зб. 483. – Арк. 107.
- 1.10. Відомості про епідемічні захворювання в м. Єлисаветграді за 1915-1916 рр. – Оп. 3. – Од. зб. 506. – 22 арк.
- 1.11. Матеріали про заходи проти поширення епідемічних захворювань у м. Єлисаветграді. 1915 р. – Оп. 3. – Од. зб. 556. – Арк. 3-17.
- 1.12. Матеріали з питань реорганізації медичної справи у Єлисаветграді. 28 жовтня 1917 р. – Оп. 3. – Од. зб. 587. – 60 арк.
- 1.13. Матеріали про заходи проти поширення епідемічних захворювань серед населення. 1916 р. – Оп. 7. – Од. зб. 74. – Арк. 202.
- 1.14. Про протихолерні заходи у м. Єлисаветграді. Протоколи засідання представників земства. 1911 р. – Оп. 7. – Од. зб. 108. – 176 арк.
- 1.15. Листування з питань санітарії та ветеринарії. 1911 р. – Оп. 7. – Од. зб. 357. – Арк. 63.
- 1.16. Про направлення матеріалів до Херсонської губернської земської управи, згідно з прийнятою програмою про стан медичної і санітарної організації у Єлисаветграді. 1895 р. – Оп. 8. – Од. зб. 8. – Арк. 23.
- 1.17. Про епідемічні захворювання у м. Єлисаветграді. 1908 р. – Оп. 8. – Од. зб. 86. – 57 арк.

**Державний архів Миколаївської області
(ДАМО)**

Ф. 216. Миколаївська міська управа

- 1.18. Про діяльність міської санітарної комісії. 1893 р. – Оп. 1. – Од. зб. 262. – Арк. 1-303.
- 1.19. Про санітарний стан міста. Акти санітарних досліджень міста. Листування з Херсонською губернською земською управою. 1894 р. – Оп. 1. – Од. зб. 911. – Арк. 1-294.
- 1.20. Постанова наради земських і міських лікарів, представників Херсонської губернії і листування про санітарний стан і нагляд у місті. 1901 р. – Оп. 1. – Од. зб. 1025. – 19 арк.
- 1.21. Справа про улаштування лікувально-продовольчого пункту в м. Миколаєві (1902-1903 рр.). – Оп. 1. – Од. зб. 1164. – Арк. 1-19.
- 1.22. Про асигнування коштів на відкриття амбулаторії для боротьби з дитячою смертністю. – Оп. 1. – Од. зб. 1624. – Арк. 1-6.
- 1.23.

- Протоколи і журнали засідань санітарної комісії. 1871–1872 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 3929. – Арк. 1-57.
- 1.24. Відомості про діяльність санітарного нагляду. 1894–1895 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 3944. – Арк. 1-6.
- Ф. 217. Новобугзька земська управа**
- 1.25. Рапорт лікаря Розенблюма про улаштування у Миколаєві лікарні при богадільні на 30 чоловік і кошторис грошових витрат на її відкриття. 1831 р. – Оп. 1. Од. зб. 32. – Арк. 1-6.
- 1.26. Дані міської лікарні про середню кількість денних хворих у 1853 р. – Оп. 1. – Од. зб. 311. – Арк. 1-6.
- Ф. 230. Канцелярія Миколаївського військового губернатора**
- 1.27. Про порядок зарахування на службу чиновників поліції, медичних працівників та інших осіб. 1893 р. – Оп. 1. – Од. зб. 2779. – Арк. 34.
- 1.28. Про забезпечення лікарень ліками й іншими речами. – Оп. 1. – Од. зб. 3359. – Арк. 8.
- 1.29. Про порядок призначення медичних працівників на посади. 1893 р. – Оп. 1. – Од. зб. 4185. – Арк. 14.
- 1.30. Про введення нового Статуту лікувальних закладів. 1893 р. – Оп. 1. – Од. зб. 5787. – 48 арк.
- 1.31. Про відкриття у Миколаєві лікувально-продовольчого пункту для прибулого населення у 1897 р. – Оп. 1. – Од. зб. 13982. – 67 арк.
- Ф. Р-2878 (Редколегія тому “Історія міст і сіл УРСР”**
- 1.32. Про захворювання на холеру у військових поселеннях Херсонської губернії. 1830 р. – Оп. 1. – Од. зб. 427. – 3 арк.
- Ф. 231. Миколаївська міська поліція**
- 1.33. Документи про знімання плати за лікування (01.1862 р. – 10.1863 р.). – Оп. 1. – Од. зб. 475. – Арк. 1-26.
- Державний архів Одеської області
(ДАОО)**
- Ф. 1. Управління Новоросійського генерал-губернатора**
- 1.34. Звіт генерал-губернатора про стан народного здоров'я. 1864 р. – Оп. 71. – Од. зб. 6. – Арк. 23-26.
- 1.35. Звіт генерал-губернатора про стан народного здоров'я. – Оп. 174. – Од. зб. 15. Арк. 41-42.
- 1.36. Про підпорядкування Одеського повітового лікаря Херсонській лікарській управі. 1859 р. – Оп. 197. – Од. зб. 108. – Арк. 8.
- Ф. 4. Одеська міська дума**
- 1.37. Про заснування в м. Одесі Лікарської управи. 1824 р. – Оп. 16. – Од. зб. 206. – Арк. 16.
- Ф. 5. Управління тимчасового Одеського генерал-губернатора**
- 1.38. Про стан медичного обслуговування в Херсонській губернії за 1878–1879 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 4. – Арк. 22-45.
- 1.39. Звіт за представленням Херсонського губернатора від 24.07.1881 р. (за 1880 р.). – Оп. 1. – Од. зб. 7. – Арк. 93-102.

- 1.40. Про інфекційні захворювання в Херсонській губернії у 1882 р. (З річного звіту Херсонського губернатора). – Оп. 1. – Од. зб. 38. – Арк. 71-73.
- 1.41. Звіт начальника Херсонської губернії за 1881 р. – Оп. 1. – Од. зб. 158. – Арк. 44-48.
- 1.42. Звіт начальника Херсонської губернії за 1883 р. – Оп. 1. – Од. зб. 730. – Арк. 1-8.
- 1.43. Про стан медичного обслуговування в Херсонській губернії у 1884 р. – Оп. 1. – Од. зб. 943. – 13 арк.
- 1.44. Про стан медичного обслуговування в Херсонській губернії у 1886 р. – Оп. 1. – Од. зб. 1503. – Арк. 23-24, 210, 213.
- 1.45. Про стан медичного обслуговування населення (із огляду стану губернії – Тираспольський, Херсонський, Одеський повіти та м. Одеса). 1887 р. – Оп. 1. – Од. зб. 1805/б. – Арк. 157-158.
- Ф. 6. Фонд піклувального комітету про іноземних поселенців**
- 1.46. Дані про кошти, затрачені на лікування колоністів (1805–1819 рр.). – Оп. 1. – Од. зб. 199. – Арк. 19.
- 1.47. Дані про медичне обслуговування у колоніях Новоросійського краю. 1848 р. – Оп. 2. – Од. зб. 10223. – 301 арк.
- 1.48. Дані про лікарів і акушерок колонії Лібентальського округу у 1849 р. – Оп. 2. – Од. зб. 11882. – 7 арк.
- 1.49. Дані про стан віспощення у колоніях Новоросійського краю. 1859 р. – Оп. 4. – Од. зб. 19654. – Арк. 12.
- 1.50. Дані про віспощення в колоніях Півдня Росії. 1867р – Оп. 4. – Од. зб. 23049. – 67 арк.
- Ф. 7. Управління головного начальника південних поселень (перетвореного із Управління начальника Південного військового поселення резервної кавалерії у 1857 р. у зв'язку із ліквідацією військових поселень. Підпорядковувалося Міністерству державного майна, ліквідовано у 1866 р.)**
- 1.51. Статистичні таблиці про народонаселення колишніх округів Новоросійських військових поселень. 25.10.1857 р. – Оп. 1. – Од. зб. 88. – Арк. 43.
- 1.52. Про закриття фельдшерських шкіл, що знаходяться при госпіталях військових поселень і розподілу учнів за здібностями, а також продаж майна фельдшерських шкіл і залишків скелетів та фантомів для навчання поселянок повивальному мистецтву. 07.06.1860 р. – Оп. 1. – Од. зб. 95. – Арк. 23.
- 1.53.

На предмет навчання поселянок повивальному мистецтву. 1864 р. – Оп. 1. – Од. зб. 205. – Арк. 6.

1.54. Про передачу в земство Ново-Миргородської богадільні. 15.10.1866р. – Оп. 1. – Од. зб. 487. – Арк. 25.

1.55. Про стан віспощеплення у військових поселеннях. 1864 р. – Оп. 1. – Од. зб. 562. – Арк. 43.

Ф. 45. Новоросійський університет

1.56. Про звернення університету до селян із повідомленням про улаштування лікарень і можливості для сільського населення користуватися безоплатно лікуванням у клініках. 1913 р. – Оп. 9. – Од. зб. 17. – Арк. 25.

1.57. Про перегляд медико-санітарного законодавства. 03.1913 р. – Оп. 9. – Од. зб. 488. – Арк. 12.

Ф. 147. Особистий фонд Скальковського О.А.

1.58. Матеріали по статистиці Новоросійського краю. Господарство, внутрішній побут, громадське здоров'я Новоросійського краю. 1850 р. – Оп. 1. – Од. зб. 77. – Арк. 6-11.

Державний архів Херсонської області (ДАХО)

Ф.3. Херсонське губернське Правління

1.59. Циркуляр Медичного департаменту МВС про надання списку за формою на всіх штатних лікарів для розподілу додаткового утримання (30 березня 1868 р. – травень 1868 р.). – Оп. 1. – Од. зб. 56. – Арк. 3-12.

Ф. 5. Херсонська губернська земська управа. 1865-1920 рр.

1.60. Звіт Херсонської губернської земської управи про діяльність земських установ за 1865–1874 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 1. – Арк. 1-27.

1.61. Копії протоколів засідань виховної ради сирітського дитячого будинку і фельдшерської школи. 08.09.1878 – 16.10.1884 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 2. – 461 арк.

1.62. Звіт про діяльність губернської земської управи за 1911 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 27. – 99 арк.

1.63. Статистичні дані про діяльність управи. 1909-1911 рр. – Оп. 1. – Од. зб. 31. – 49 арк.

1.64. Звіт і статистичні дані про діяльність губернської управи за 1913 р. – Оп. 1. – Од. зб. 37. – 68 арк.

Російський державний історичний архів (м. Санкт-Петербург)

Ф. 383. Міністерство державного майна

1.65. Правила з улаштування приймальних відділень по відомству Міністерства державного майна (1865 р.). – Оп. 7. – Од. зб. 3566. – Арк. 117-119.

Ф. 117. Департамент загальних справ Міністерства внутрішніх справ

- 1.66. Правила про порядок введення в дію Положення про земські установи (1864). – Оп. 91. – Од. зб. 1. – Арк. 183-198.

Ф. 1287. Господарський департамент Міністерства внутрішніх справ

- 1.67. Відношення директора медичного Департаменту Міністерства внутрішніх справ М. Розова начальникам земських губерній (1865 р.). – Оп. 91. – Од. зб. 22. – Арк. 4-6.

Інститут рукопису НБУ імені В.І. Вернадського НАН України

Ф. 10. Архівна збірка “Первісне громадянство” 1930 р. Кн. II.

- 1.68. Костащук В. Попи-ворожбити (до історії знахарства на Україні). 1920 р. – Од. зб. 15095-15096. – Арк. 3-22.

Ф. 71. Архів Кивлицького

- 1.69. Про стан здравоохранения в Херсонській губернії (у 80-х рр. XIX ст.). – Од. зб. 157. – Арк. 1-5.

2. Законодавчі акти, урядові та земські звіти, земські збірники

- 2.70. *Ведомость* по народному здравію и общественному призрению по Херсонской губернии за 1873 г. // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1974. – №6. – С. 56-63.
- 2.71. *Вопросы*, представленные Херсонской губернской земской управой на обсуждение губернского земского собрания 15 октября 1865 г. // Журнал Херсонского губернского земского собрания. – Херсон, 1865. – С. 73-79.
- 2.72. *Всероссийская* гигиеническая выставка. Петербург 1913. Экспонаты земств Херсонской губернии по отделу земской медицины. – Спб., Херсонская губернская земская управа, 1913. – С. 123–265.
- 2.73. *Горшков Д.* Первые выборы в Елисаветградском земстве // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1867. – № 4. – С. 113-127.
- 2.74. *Дела* общественного призрения и губернские благотворительные заведения. О деньгах для различных потребностей Александрьевской больницы // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1868. – № 5-8. – С. 17-18.
- 2.75. *Доклады* Херсонской губернской земской управы губернскому земскому собранию очередной сессии 1895 г. // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы

- . – Херсон, 1896. – № 3. – С. 140-142.
- 2.76. *Доклады Херсонской губернской земской управы, не рассмотренные губернским земским собранием очередной сессии 1883 г. // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы . – Херсон, 1884. – № 2. – С. 163-165.*
- 2.77. *Доклады XIV съезду земских врачей и представителей земских и городских управ Херсонской губернии. С.К. Онучков. О травматических повреждениях при работе на с/х машинах // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы . – Херсон, 1899. – Вып. 1. – С. 426-429.*
- 2.78. *Журнал заседания Херсонского губернского земского собрания. Заседание 7 ноября 1871 г. // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1872. – № 2. – С. 101.*
- 2.79. *Журнал заседания Херсонского губернского земского собрания. Заседание 6 ноября 1870 г. // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1871. – № 5. – С. 294.*
- 2.80. *Земская медицина // Исторический очерк деятельности Херсонского губернского земства за 1865–1895 гг. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1905. – С. 193-257.*
- 2.81. *Земская медицина // Свод постановлений Елисаветградского уездного земства 1864–1894 гг. – Елисаветград, 1899. – С. 715-817.*
- 2.82. *Земская медицина в Херсонском уезде в 1913 г. Организация земской медицинской помощи // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1914. – С. 1-27.*
- 2.83. *Земская медицина и санитарное состояние Херсонского уезда в 1904 г. (годовой обзор). Сост. санитарным врачом Е.И. Яковенко. – Изд. Херсонской уездной земской управы. – Херсон, 1905. – 19 с.*
- 2.84. *Земско-медицинский сборник. Материалы к развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865–1890 гг.). Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова. – Т. IV. – Херсонская губерния. – М., 1894. – С. 1-120.*
- 2.85. *Извлечение из Всеподданнейшего отчета г. Министра внутренних дел за 1856 г. // Журнал Министерства внутренних дел. – 1857. – Ноябрь. – С.16-19.*
- 2.86. *Козубов И.М. Обзор земской медицины в Херсонской губернии за 1901–1906 гг. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1907. – С. 5-23.*
- 2.87. *Материалы по земскому общественному устройству. – СПб., 1885-1886. – Т.1. – 409 с.; – Т.2. – 576 с.*
- 2.88. *Медицина // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1908–1909 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1910. – С. 12-17.*

- 2.89. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1910–1911 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1912. – С. 15-19.
- 2.90. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1911–1912 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1913. – С. 14-17.
- 2.91. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1912–1913 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1914. – С. 19-21.
- 2.92. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1913–1914 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1914. – С. 27-31.
- 2.93. *Медицина* // Общий хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1913–1914 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1914. – С. 29-35.
- 2.94. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1914–1915 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1916. – С. 29-31.
- 2.95. *Медицина* // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1915–1916 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1917. – С. 23-24.
- 2.96. *Медицина*. Административный и хозяйственный отчет // Сборник Херсонского земства – Херсон, 1906. – № 2. – Февраль. – С. 138-143.
- 2.97. *Медицина*. Отдел пятый // Систематический свод постановлений Херсонского губернского земского собрания 1888–1899 гг. – Вып. 1. – Херсон, 1901. – С. 205-252.
- 2.98. *Медицина*. Отдел пятый // Систематический Свод постановлений Херсонского губернского земского собрания. 1900–1914 гг. – Херсон, 1918. – Т. 4. – С. 423-585.
- 2.99. *Медицина*. Отдел пятый // Систематический Свод постановлений Херсонского губернского земского собрания за 1865–1888 гг. 23 очередные сессии 1865–1887 и 14 чрезвычайных сессий 1865–1888 г. – Т. 2. – Одесса, 1890. – С. 97-133.
- 2.100. *Народное* здравие и общественное призрение. Об оспопрививании // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1871. – № 5. – С. 31-34.
- 2.101. *Народное* здравие. Мнение Ананьевской уездной управы о санитарной части в губернии // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1873. – № 6. – Июнь. – С. 6-17.
- 2.102. *Народное* здравие, общественное призрение и ветеринарная часть // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1974. – №6. – С 51-55.
- 2.103. *Народное* здравие. О санитарно-врачебной части в губернии. (Отношение Общества Херсонских врачей в губернскую управу

- 4 февраля 1872 г., № 18 // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1872. – № 7. – Июль. – С. 3-10.
- 2.104 *Народное* здравие. Об учреждении медицинской части в губернии // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1874. – № 3. – Март. – С. 9-21.
- 2.105 *Народное* здравие. Отчет Херсонской губернской земской управы за 9 лет деятельности земских учреждений Херсонской губернии. 1865–1874 гг. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1875. – № 7. – С. 325-365.
- 2.106 *Народное* здравие / Что сделало земство в Херсонском уезде за полвека. 1864–1913 гг. – Херсонская уездная земская управа. Юбилейное издание под редакцией управы. – Херсон, 1914. – С. 54-89.
- 2.107 *Нужды* и желательные изменения в земско-медицинской организации // Земско-медицинский отчет Александрийского уездного земства за 1901 г. – Александрия, 1902. – С. 60-62.
- 2.108 *Организация* земской медицинской помощи // Земско-медицинский отчет Александрийского уездного земства за 1901 г. – Александрия, 1902. – С. 1-13.
- 2.109 *О санитарно-исполнительных* комиссиях // Врачебная хроника Херсонской губернии. – Херсон, 1893. – № 2. – С. 1-21.
- 2.110 *О санитарной* организации в Херсонской губернии // Журналы заседания очередного Елисаветградского уездного земского собрания в октябре 1910 г. (XLVI – сессия). – Елисаветград, 1910. – С. 160-191.
- 2.111 *О санитарной* части и об устройстве медицинской части в губернии // Херсонское губернское земское собрание. Сессия XII. – Херсон, 1873. – С. 139-151.
- 2.112 *О состоянии* медицинской части в губернии // Херсонское губернское земское собрание, 21 – я сессия (21-30 октября 1879 г.). – Херсон, 1880. – С. 33-75.
- 2.113 *О ста* руб., прибавленных губернским собранием к жалованию земских акушеров // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1868. – № 9-10. – 9 октября. – С. 122.
- 2.114 *Об организации* врачебно-санитарного надзора за пришлыми сельскохозяйственными рабочими // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1893–1894 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1895. – С. 165-177.
- 2.115 *Об открытии* фельдшерской школы и родовспомогательного института // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1872. – № 3. – Март. – С. 244-245.

- 2.116 *Обзор* деятельности земств по медицинской части (по данным 1898 г.) С-П.: Издание Хозяйственного департамента. – Типография Министерства внутренних дел. – 1902. – С. 423-456.
- 2.117 *Обзор* состояния земской медицины в Херсонской губернии // Сборник Херсонского земства. – Отд. II. – Херсон, 1885. – С. 717-754
- 2.118 *Обзор* состояния земской медицины за 1877 г. в уездах Херсонской губернии. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1878. – 60 с.
- 2.119 *Общественное* призрение // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1870. – № 9. – Сентябрь. – С. 9-16.
- 2.120 *Общественное* призрение. О плате за лечение в земской больнице // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1870. – № 10. – Октябрь. – С. 57-59.
- 2.121 *Отчет* о состоянии общественного здоровья и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1857 год. – СПб., 1859. – 358 с.
- 2.122 *Отчет* о состоянии общественного здоровья и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1858 год. – СПб., 1860. – 134 с.
- 2.123 *Отчет* о состоянии общественного здоровья и деятельности больниц гражданского ведомства в империи за 1859 год. – СПб., 1861. – 502 с.
- 2.124 *Первая* всеобщая перепись населения Российской империи. Под. ред. М.А. Тройницкого. – Издание статистического комитета Министерства внутренних дел, 1897. – XLVII. – Херсонская губерния. – 1904. – С.4-9.
- 2.125 *По вопросу* о введение в действие устава 10 июня 1893 года в земских лечебных заведениях Херсонской губернии // Общий административно-хозяйственный отчет Херсонской губернской земской управы за 1893–1894 гг. Губернская земская управа. Строительное отделение. – Херсон, 1895. – С. 226-230.
- 2.126 *Полное* собрание законов Российской империи. – СПб., 1867. – Собр. 2. – Т. 39. – Отд. 1-3: Материалы по земскому общественному устройству. – С. 1-22.
- 2.127 *Постановление* 4-го губернского съезда врачей и членов управ Херсонской губернии. Протокол заседания 4-го губернского съезда земских врачей и членов управ Херсонской губернии в 1877 г. // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1877. – С. 73-77.
- 2.128 *Протоколы* 5-го губернского съезда земских врачей и членов управ Херсонской губернии в г. Тирасполе с 21 по 23 августа 1878 г. Доклад о медицинской статистике и топографии // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1879. – С. 31-37.
- 2.129 *Протоколы* заседаний губернского съезда земских врачей и членов управ Херсонской губернии с 25-го по 30-е июня 1876 г. // Сборник

- Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1876. – № 7. – С. 87.
- 2.130 *Протоколы* заседания медицинской комиссии при губернской управе . // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1887. – С. 22-26.
- 2.131 *Протоколы* I-го съезда земских врачей Херсонской губернии // . Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1874. – № 7. – С. 1-28.
- 2.132 Ребрина Г. К. Исторические материалы к вопросу о реорганизации . Вознесенской земской больницы (к 30-летию Вознесенской больницы 1871–1901 г.). Доклад к совещанию врачей Елисаветградского земства через комиссию из врачей // Сборник Херсонского земства, изд. Херсонской губернской земской управой. – Херсон, 1901. – С. 328-340.
- 2.133 *Свод* законов Российской империи. – СПб., 1842. – Т 1. – 4.2. – Кн. 2: . Учреждение палат государственных имуществ. – С. 214-314; Кн. 3: Учреждение властей и мест уездных. – Разд. 3: Учреждение окружных управлений государственных имуществ. – С. 521-674; Кн. 5: Учреждение властей и мест волостных и сельских. – Разд. 1-3. – С. 744-888.
- 2.134 *Свод* законов Российской империи. – Свод учреждений и уставов об . общественном призрении. – Изд., 1857. – Т.13. – С. 1-122.
- 2.135 *Свод* постановлений и мнений второго губернского съезда земских . врачей и членов управ // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1875. – № 8. – С. 51-57.
- 2.136 *Свод* постановлений третьего съезда врачей и членов управ . Херсонской губернии (25-30 июня 1876 г.) // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1876. – № 8-9. – С. 123-129.
- 2.137 *Свод* узаконений и распоряжений правительства по врачебной части . в империи. Издание Медицинского Департамента / Под ред. Директора Департамента Л.Ф. Рогозина). – Вып. III. – СПб., 1897-1898. – 327 с.
- 2.138 *Свод* учреждений и уставов врачебных по гражданской части. – СПб. . : Б.И., 1857. – Т.13. – Кн. 1: Устав врачебный. – С. 3-132; Кн. 2: Устав медицинской полиции. – С.146-317.
- 2.139 *Тезяков Н.И.* Материалы для истории земской медицины в . Александрийском уезде Херсонской губернии с 1865–1890 гг. – Изд. Александрийской уездной земской управы. – Александрия, 1890. – С. 1-140.
- 2.140 *Тезяков Н.И.* Исторический очерк санитарных мероприятий по . отношению к рабочим в Херсонской губернии / Сельскохозяйственные рабочие и организация за ними санитарного надзора в Херсонской губернии. – Изд. Херсонской губернской

- земской управы. – Херсон, 1896. – С. 2-155.
- 2.141 *Тезяков Н.И.* Сельскохозяйственные рабочие вообще и пришлые в частности в Херсонской губернии в санитарном отношении. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1891. – С. 1-84.
- 2.142 *Труды* областного съезда Юга России по борьбе с эпидемиями. Сведения по земствам. – Киев, 16-25 августа 1913 г. – Т. 1. – С. 571-621.
- 2.143 *Уваров М.С.* Вопросы местного санитарного устройства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 10 июля 1887. – 27 с.
- 2.144 *Уваров М.С.* О статье закона, мешающей земской медицине сделаться стационарной. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, б.г. – 3 с.
- 2.145 *Уваров М.С.* Программа изучения приходящих рабочих. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1889. – 23 с.
- 2.146 *Улыбашев Д.И.* Очерк развития земской медицины в Одесском уезде за 1865–1895 гг. – Изд. Одесской уездной земской управы. – Одесса, 1896. – С. 1-29.
- 2.147 *Устав* земской фельдшерской школы при Херсонской губернской земской больнице // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1870. – № 12. – С. 1-8.
- 2.148. *X-й съезд* врачей и членов управ Херсонской губернии 1886 года // Сборник Херсонского земства. – Изд. Херсонской губернской земской управы. – Херсон, 1887. – Вып. II. – С. 1-15.

3. Мемуари

- 3.149. *Из воспоминаний* земских врачей / А.П. Воскресенский, М.И. Тезяков, З.Г. Френкель, Е.И. Яковенко, С.В. Трахтенберг / Очерки истории русской общественной медицины (К столетию земской медицины).: Сб. ст. / Под. ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1965.– С. 54-62.
- 3.150. *Рудинский Н.* Записки земского врача. Изд. 2-е. – СПб., 1910. – 215 с.
- 3.151. *Хижняков В.М.* Воспоминания земского деятеля / Предисл. В.Я. Богучарского. – Пг.: Огни, 1916. – 251 с.

4. Статті у періодичних виданнях

- 4.152. *Бажанов Д.* К вопросу о борьбе с эпидемиями // Земский врач. – 1889 . – № 3. – С. 54-59.
- 4.153. *Вальтер А.* Мысли о реформе русской медицины // Современная медицина. – 1862. – № 1. – С. 1-7; № 9. – С. 169-172.

- 4.154. *Врачебно-продовольственные* пункты по пути движения на рынках найма сельскохозяйственных рабочих в Херсонской, Екатеринославской, Самарской, Симбирской и др. губерниях // Трудовая помощь. – 1901. – № 5. – С. 594-613.
- 4.155. *Врачебно-продовольственные* пункты по пути движения на рынках найма сельскохозяйственных рабочих. Описание отдельных врачебно-продовольственных пунктов. Херсонская губерния // Трудовая помощь. – 1901. – № 9. – С. 217-235.
- 4.156. *Единство* и разрозненность русской медицины // Современная медицина. – 1862. – № 15-16. – С. 284-289.
- 4.157. *Ельцинский В.И.* Соображения относительно устройства врачебной части в деревнях // Московская медицинская газета. – 1862. – № 2. – С. 28-30; № 4. – С. 62-64.
- 4.158. *Жбанков Д.Н.* Итоги земской медицины // Врач. – 1894. – № 18. – С. 513-519; № 19. – С. 546-551.
- 4.159. *Жбанков Д.Н.* О судьбе русской общественной медицины // Врачебное дело. – 1919. – № 12. – С. 397-404.
- 4.160. *Жбанков Д.Н.* Общественная медицина в России // Медицинская беседа. – 1897. – № 18. – С. 528-535.
- 4.161. *Жбанков Д.Н.* Quasi-практическая и полезная организация земской медицины и фельдшеризм // Земство. – 1882. – № 1. – С. 5-10.
- 4.162. *Забелин А.* Врачебная помощь для народа // Русский вестник. – 1861. – Т. 33. – № 5. – С. 68-78.
- 4.163. *Забелин А.* Кто может быть врачами и фельдшерами для народа? // Московская медицинская газета – 1858. – № 48. – С. 395.
- 4.164. *Заметки* заведующих о деятельности лечебно-продовольственных пунктов // Врачебная хроника Херсонской губернии. – 1905. – № 13. – С. 684-688.
- 4.165. *Земский* ежегодник за 1877 г. – СПб., 1879. – С. 215-222.
- 4.166. *Земский* ежегодник за 1879 г. – СПб., 1882. – С. 247-249.
- 4.167. *Игумнов С.Н.* Идеология земской медицины // Врачебное дело. – 1919. – № 11. – С. 363-369.
- 4.168. *Игумнов С.Н.* Земская медицина в Харьковской губернии. – Харьков, 1908. – 12 с.
- 4.169. *Капустин М.Я.* Очерки земской медицины // Здоровье. – 1875. – № 8. – С. 37; № 35. – С. 115-121.
- 4.170. *Корф Н.А.* Как наше земство зарождалось и подрастало // Русская мысль. – 1881. – Кн. III. – С. 58-97; Кн. IV. – С. 35-78.
- 4.171. *Любимов П.* По вопросу об устройстве медицинской части для народа // Московская медицинская газета. – 1865. – № 9. – С. 86.
- 4.172. *Максимов Е.Д.* Приказы общественного призрения в прошлом и настоящем // Трудовая помощь. – 1901. – № 9-10. – С. 533-560.
- 4.173. *Малаксианов А.* Земство и медицина // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1866. – Кн. 2. – С. 135-148; Кн. 4. – С. 51-60.

- 4.174. *Несколько слов из истории медицинских съездов вообще. Земского фельдшера М.И. Попова // Врачебная хроника Херсонской губернии. – 1905. – № 21-22. – С. 1091-1096.*
- 4.175. *Несколько слов о критическом разборе г. Хрептовичем “Трудов медицинской комиссии при Полтавской губернской земской управе” // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1870. – № 3. – С. 11-29.*
- 4.176. *О земской медицине // Здоровье. – 1877. – № 66. – С. 261-262.*
- 4.177. *О свободной организации земской медицины // Здоровье. – 1877. – № 57. – С. 49-50.*
- 4.178. *О сифилисе в Полтавской губернии // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1871. – № 2. – С. 17-33.*
- 4.179. *О создании постоянной медицинской комиссии // Земский ежегодник за 1878 г. – СПб., 1881. – С. 277-281.*
- 4.180. *Осипов Е.А. Земские санитарные задачи // Земство. – 1881. – № 2. – С. 2-4.*
- 4.181. *От Херсонской губернской земской управы. Инструкция по заведыванию лечебно-продовольственными пунктами // Врачебная хроника Херсонской губернии (1-15 апреля 1895 г.). – № 7. – С. 219-223.*
- 4.182. *Португалов В. 25-летие земской охраны народного здравия // Земский врач. – 1889. – № 4. – С. 50-51.*
- 4.183. *Правила об учреждении и деятельности земских районных санитарных попечительств в Херсонской губернии // Врачебная хроника Херсонской губернии. – 1910. – Март-Апрель. – Вып. II. – С. 23–35.*
- 4.184. *Скибневский А. 50-летие существования земской медицины // Медицинское обозрение. – 1914. – № 5. – С. 460-473.*
- 4.185. *Совещание врачей Херсонского уезда 1895 г. // Врачебная хроника Херсонской губернии. – 1895. – № 8. – С. 30-34.*
- 4.186. *Тезяков Н.И. Об ограждении сельскохозяйственных рабочих от повреждений с/х орудиями // Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины. – 1896. – Т. 31. – Кн. 2. – 99 с.*
- 4.187. *Трауготт. Труды постоянной медицинской комиссии // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1869. – № 4. – С. 1-10.*
- 4.188. *Туровский К.Г. Из истории земской медицины // Вестник современной медицины. – 1917. – № 15. – С. 991; № 16. – С. 1002; № 17. – С. 1079-1090; № 19. – С. 1217-1228.*
- 4.189. *Укке Б.Ю. Гражданское медицинское устройство в России // Здоровье. – 1878. – № 83. – С. 91-93.*
- 4.190. *Цитович Ф.П. Земская медицина в Полтавской губернии. Труды постоянной медицинской комиссии при полтавской губернской*

- земской управе. 1869 г. // Архив судебной медицины и общественной гигиены. – 1870. – № 1. – С. 1-38.
- 4.191. *Чистович Я.А.* Исторический очерк российской медицинской журналистики // Медицинский вестник. – 1861. – № 4. – С. 36.
- 4.192. *Чистович Я.А.* Земская медицина // Медицинский вестник. – 1869. – № 20. – С. 158-159; № 21. – С. 165-169; № 33. – С. 287-291; № 34. – С. 295-99.
- 4.193. *Чистович Я.А.* По вопросу о преобразовании губернских медицинских учреждений // Медицинский вестник. – 1861. – № 4. – С. 37.
- 4.194. *Шидловский К.И.* Основные вопросы земской медицины // Земский врач. – 1889. – № 47. – С. 753-771.
- 4.195. *Яковенко Е.И.* Обзор деятельности всех земств по призрению душевнобольных со времен передачи им больниц Приказами общественного призрения // Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии. – 1897. – № 2.

ЛІТЕРАТУРА

5. Монографії, наукові збірники, бібліографічні покажчики, брошури, статті

- 5.196 *Абрамов Я.В.* Что сделало земство и что оно сделает? (Обзор деятельности русского земства). – СПб., 1889. – 288 с.
- 5.197 *Борисенко В.Й.* Курс української історії: З найдавніших часів до ХХ століття. – К.: Либідь, 1998, – 616 с.
- 5.198 *Бычков И.Я.* Больничные уставы дореволюционной России // Советское здравоохранение. – 1946. – № 1-2. – С. 60-66.
- 5.199 *Васильчиков А.И.* О самоуправлении. Сравнительный обзор русских и иностранных, земских и общественных учреждений. – СПб., 1872. – Т. 1. – 460 с. – Т.2. – 545 с.
- 5.200 *Великие реформы в России. 1856-1874: Сб. ст./* Под ред. Л.Г. Захаровой и др. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – 335 с.
- 5.201 *Верхратський С.А.* Історія медицини. Посібник для студентів медінститутів. – К.: Здоров'я, 1964. – 333 с.
- 5.202 *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. В 4 т. СПб., 1909–1911. – Т. 1. – 434 с.
- 5.203 *Гармиза В.В.* Подготовка земской реформы 1864 г. / Под ред. С.С. Дмитриева. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1957. – 264 с.
- 5.204 *Герасименко Г.А.* Земское самоуправление в России. – М.: Наука, 1990. – 264 с.
- 5.205 *Герасименко Г.А.* Опыт земского самоуправления в России // Проблемы теории и практики управления. – 1995. – №5. – С. 123–127.

- 5.206 *Гильдебрандт А.А.* О народном здравии. Из земской деятельности. – М., 1874. – 19 с.
- 5.207 *Головачев А.А.* Десять лет реформ: 1861–1871. – СПб.: Изд-во журн. “Вестник Европы”, 1872. – 398 с.
- 5.208 *Граф Аракчеев* и военные поселения 1809-1831 гг. – Материалы к новейшей отечественной истории. – Изд. Русской старины. – СПб., 1871. – 308 с.
- 5.209 *Григорьев В.А.* Реформа местного управления при Екатерине II: (Учреждение о губерниях 7 ноября 1775 г.). – СПб., 1910. – VIII. – 387 с.
- 5.210 *Губкина А.Я.* Организация здравоохранения от Аптекарского Приказа до Наркомздрава // Врачебное дело. – 1958. – С. 1455-1458.
- 5.211 *Дерикер В.В.* О знахарях и врачебной помощи в деревнях. – СПб., 1865. – 30 с.
- 5.212 *Джаншиев Гр.* Эпоха великих реформ. Исторические справки. 7-е доп. изд. – М., 1898. – 896 с.
- 5.213 *Ермилов В.С.* Медицинское страхование в Южной Украине (1890-1930 гг.) / Под. ред. Б.П. Криштопы. – Николаев: МП “Возможности Киммерии”, 1997. – 217 с.
- 5.214 *Жбанков Д.Н.* Библиографический указатель по земско-медицинской литературе. – М.: Изд. Общ-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1890. – 151 с.
- 5.215 *Жбанков Д.Н.* Библиографический указатель по общественно-медицинской литературе за 1890–1905 гг. – М.: Изд. Общ-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, – 1907. – 329 с.
- 5.216 *Жук А.П.* Развитие общественно-медицинской мысли в России в 60-70 гг. XIX века. – М.: Медгиз, 1963. – 382 с.
- 5.217 *Заблудовский П.Е. Жук А.П.* Столетие общественной медицины в России / Очерки истории русской общественной медицины (К столетию земской медицины): Сб. ст. / Под. ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1965. – С. 10–29.
- 5.218 *Заблудовский П.Е.* Медицина в России в период капитализма. Развитие гигиены. Вопросы общественной медицины. – М.: Медгиз, 1956. – 150 с.
- 5.219 *Зайончковский П.А.* Кризис самодержавия на рубеже 1870–1880-х годов. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1964. – 511 с.
- 5.220 *Захарова Л.Г.* Земская контрреформа 1890 г. / Под ред. П.А. Зайончковского. – М., 1968. – 180 с.
- 5.221 *Игумнов С.Н.* Очерк развития земской медицины в губерниях, вошедших в состав УССР, в Бессарабии и в Крыму / Под. ред. проф. С.С. Кагана. – Киев: Изд-е Киевского I-го мед. института, 1940. – 154 с.
- 5.222 *Игумнов С.М.* Нарис розвитку земської медицини на Україні / Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні / Під ред. К.Ф. Дупленко. – К.: Держмедвидав, 1957. – С. 73–79.

- 5.223 *Каган С.С.* К столетию земской медицины в Украине / Очерки истории русской общественной медицины. (К столетию земской медицины): Сб. ст. / Под. ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1965. – С. 84-92.
- 5.224 *Карпов Л.Н.* Земская санитарная организация в России. – Л.: Медгиз, 1964. – 123 с.
- 5.225 *Коган В.Я.* Первые проекты сельских больниц в России (К 125-летию со дня опубликования первого проекта сельской больницы) // Гигиена и санитария. – 1978. – № 5. – С. 55-57.
- 5.226 *Кохан А.И. Ф.И.* Эрисман и санитарная организация Херсонской губернии // Гигиена и санитария. – 1978. – № 5. – С. 66-68.
- 5.227 *Криштопа Б.П.* Актуальные вопросы истории медицины в Украинской ССР.: Сб. ст. – Киев, 1978. – 27 с.
- 5.228 *Криштопа Б.П.* Управління медичною галуззю в Україні // Медичний Всесвіт. – 2001. – № 1. – С. 23-29.
- 5.229 *Левит М.М.* Общественная медицина в России в период революционной ситуации 1859–1861 гг. / Очерки по истории общественной медицины в сер. XIX в. – М., 1963. – С. 147-165.
- 5.230 *Левит М.М.* Становление общественной медицины в России. – М.: Медицина, 1974. – 231 с.
- 5.231 *Лотова О.И. Идельчик Х.И.* Изучение труда и быта сельскохозяйственных рабочих земскими врачами Херсонской губернии // Врачебное дело. – 1954. – № 11. – С. 1031-1032.
- 5.232 *Львов Г.Е., Полнер Т.И.* Наше земство и 50 лет его работы. 2-е изд. – М.: Радуга, 1916. – 63 с.
- 5.233 *Марзеев А.Н.* Санитарное дело на Украине перед Октябрьской революцией и к моменту ее десятилетия // Профилактическая медицина. – 1927. – № 10. – С. 34-56.
- 5.234 *Милявский В.М.* Значение “Трудов постоянной медицинской комиссии при Полтавской губернской земской управе” для развития земской медицины в России // Советское здравоохранение. – 1984. – № 4. – С. 63-65.
- 5.235 *Милявский В.М.* Пионеры земской медицины: Н.А. Долгоруков // Советское здравоохранение. – 1991. – № 5. – С. 68-69.
- 5.236 *Мирский М.Б.* Медицина России XVI – XIX вв. – М.: Российская политическая энциклопедия (РОССПЭН), 1996. – 400 с., илл.
- 5.237 *Мультиановский М.П.* Споры 60-х гг. о медицинской помощи сельскому населению России / Очерки по истории отечественной медицины сер. XIX в.: Сб. ст. / Под ред. проф. М.П. Мультиановского. – М.: Медгиз, 1958. – С. 85-98.
- 5.238 *Обзор* царствования государя императора Александра II и его реформ (1855–1871 гг.). – СПб., 1871. – 522 с.
- 5.239 *Палкин Б.М.* Губернская реформа 1775 года и организация гражданской медицины в России // Советское здравоохранение. – 1983. – № 9. – С. 66-67.

- 5.240 *Петров Б.Д.* Очерки истории отечественной медицины. – М.: Медгиз, 1962. – 303 с.
- 5.241 *Петров Ф.А.* Органы самоуправления в системе самодержавной России: земство в 1864-1879 гг. // Великие реформы в России. 1856–1874 гг.: Сб. ст. / Под ред. Л.Г. Захаровой и др. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1992. – С. 203-221.
- 5.242 *Пирогов Н.И.* Начала общей военно-полевой хирургии / Под общ. ред. акад. М.Н. Бурденко. – М-Л.: Медгиз., 1941. – Ч. 1. – 337 с.
- 5.243 *Попов В.* Деревенские знахари и шарлатаны в России. – СПб., (б.г.)
- 5.244 *Рафальський О.О.* Українська інтелектуальна еліта в середині – другій половині XIX ст. і процес формування української нації // Еліти і цивілізаційні процеси формування націй. Т.1. – К., 2006. – С. 129-136.
- 5.245 *Рафальський О.О.* Українці і росіяни наприкінці XIX на початку XX ст. // Діалог. Україна і Росія. Історія, політика, економіка. Український часопис. Науковий і політичний журнал. – 2002. – №3. – С. 144-148.
- 5.246 *Рихтер В.* История медицины в России. В 3-х томах. Т. 3. – М., 1820. – 533 с.
- 5.247 *Российский Д.Н.* Библиографический указатель русской литературы по истории медицины с 1789 г. по 1928 г. – М.: Госмедиздат, 1928. – 500 с.
- 5.248 *Русская земская медицина.* Обзор развития земской медицины в России вообще и отдельно в Московской губернии с кратким статистическим очерком страны и ее санитарного состояния. Сост. Е. А. Осипов, И.В. Попов, П.И. Куркин. – М., 1899. – 338 с.
- 5.249 *Слобожанин М.* [Максимов Е.Д.] Из истории и опыта земских учреждений в России: К 50-летию земских учреждений. – СПб.: Изд. журн. “Жизнь для всех”, 1913. – XII, – 551 с.
- 5.250 *Соловьев З.П.* Здравоохранение в дореволюционной России. В сборнике автора: Строительство советского здравоохранения / Под ред. М. Ландиса. – М.: Госмедиздат, 1932. – С. 276-295.
- 5.251 *Страшун И.Д.* Об истоках земской санитарии на Украине. (Полтавско-Херсонский период) / Материалы к истории гигиены и санитарии на Украине.: Сб. ст. Д.Н. Калюжного и А.А. Грандо. – К.: Госмедиздат УССР, 1962. – Вып. II. – С. 8-17.
- 5.252 *Страшун И.Д.* Полвека земской медицины (1864-1914) / Очерки истории русской общественной медицины (К столетию земской медицины): Сб. ст. / Под ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1965. – С. 30-68.
- 5.253 *Ступак Ф. Я.* Прикази громадської опіки в Україні. – К.: НМУ, 2002. – 87 с.
- 5.254 *Ступак Ф.Я.* З історії приказної медицини // Схід. – 2003. – №8. – С. 81-85

- 5.255 *Ступак Ф.Я.* Історичний досвід медичної допомоги сільському населенню // Український селянин: Збірник наукових праць. – 2003. – Вип. VII – С. 33-35.
- 5.256 *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела в России (в преддверии 50-летнего юбилея русского земства). – СПб., 1913. – 228 с.
- 5.257 *Хорош И.Д.* Развитие санитарного дела в условиях земской медицины на Украине / Очерки истории русской общественной медицины (К столетию земской медицины): Сб. ст. / Под. ред. П.И. Калью. – М.: Медицина, 1965. – С. 26-57.
- 5.258 *Чернуха В.Г.* Внутренняя политика царизма с середины 50-х до начала 80-х гг. XIX в. / Под ред. Р.Ш. Ганелина. – Л.: Наука, Ленингр. отд-е, 1978. – 248 с.
- 5.259 *Чистович Я.* Очерки истории медицины. Учреждения 18 в., – СПб., 1870. – 28 с.
- 5.260 *Юбилейный земский сборник. 1864–1914 гг.* / Под. ред. Б.Б. Веселовского и З.Г.Френкеля. – СПб.: Изд-во т-ва О.Н. Поповой, 1914. – 467 с.

6. Дисертації, автореферати дисертацій

- 6.261 *Андреевский В.А.* Бессарабское земство (1890–1914 гг.): Автореф. дисс. ...канд. ист. наук: 07.00.02 / Кишиневский гос. ун-т. – Кишинев, 1985. – 18 с.
- 6.262 *Будаева О.Д.* Смоленское земство в конце XIX в. начале XX в. (1890–1904 гг.): Автореф. дисс. ...канд. ист. наук: 07.00.02 / Калининский гос. ун-т. – Калинин, 1981. – 16 с.
- 6.263 *Гуз А.М.* Культурно-освітня діяльність земських установ в Україні (1864–1914 рр.): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Київський ун-т імені Тараса Шевченка. – К., 1997. – 24 с.
- 6.264 *Захарова І.В.* Роль земств у розвитку народної освіти в Україні (1864–1917 рр.): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Інститут історії України НАН України. – К., 2002. – 20 с.
- 6.265 *Карпов Л.Н.* Возникновение земской санитарной организации в России и работа первых санитарных врачей: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук. – Л., 1954. – 16 с.
- 6.266 *Коган В.Я.* Материалы к развитию больничного строительства в сельских местностях УССР (В дореволюционный период и за 50 лет Советской власти): Дисс. ...канд. мед. наук. / Ив.-Франк. мед. ин-т. – Ив.-Франк., 1968. – 175 с.
- 6.267 *Курченко В.В.* Діяльність земств України у розвитку освіти (1864–1914 роки): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Харківський держ. ун-т. – Харків, 1998. – 16 с.

- 6.268 *Маскина А.С.* Таврическое земство в 1866–1890 гг. (Социальный состав, бюджет и практическая деятельность): Автореф. дисс. ...канд. ист. наук: 07.00.00 / Моск. гос. ун-т. – М., 1982. – 17 с.
- 6.269 *Обметко О.М.* Соціально-економічна діяльність земств в Україні (середина 60-х – 90-х років ХІХ ст.): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Київський нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – К., 2002. – 17 с.
- 6.270 *Рогоза О.М.* Діяльність земств України по створенню і розвитку системи охорони народного здоров'я (1864–1917 рр.): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Харківський нац. ун-т імені В. Каразіна. – Харків, 2002. – 14 с.
- 6.271 *Рубан Н.М.* Развитие земської медицини в Україні (1864-1914 рр.): Автореф. дис. ...канд. іст. наук: 07.00.01 / Донецький нац. ун-т. – Донецьк, 2004. – 20 с.
- 6.272 *Сесак И.В.* Земские учреждения на Правобережной Украине (1864–1917 гг.): Автореф. дисс. ...канд. ист. наук: 07.00.02 / Львовский гос. ун-т им. И. Франко. – Львов, 1987. – 16 с.
- 6.273 *Хорош И.Д.* Основные этапы и перспективы развития сельского здравоохранения в Украинской ССР: Дисс...докт. мед. наук/ Киевский мед. ин-т. – Киев, 1965. – 387 с.

ДОДАТОК А

Таблиця 1

Забезпеченість населення медичною допомогою в повітах Херсонської губернії (початок 80 років ХІХ ст.)

Повіт	Населення (тис.)	Територія (тис. кв. в.)	Кількість хворих			Лікарів	Фельдшерів	Лікарень	Приймів	Ліжок	Витрати на медицину (крб.)
			Амбулаторних (тис.)	Стационарних	Усього (тис.)						
Херсонський	293	15,9	76.5	2235	78.8	9	41	8	-	130	51319
Одеський	147	8,3	22	696	22.7	10	22	4	1	60	36819

Тираспольський	19,3	6,5	16.3	922	17.3	7	12	3	-	56	23794
Ананьївський	186	7,9	40	598	40.6	6	23	2	6	57	32035
Єлисаветградський	393	13,8	39.1	1457	40.6	5	32	4	-	105	50898
Олександрійський	301	8,5	69.6	1597	71.2	7	31	4	2	99	51893
Усього	1,513	6,1	263.6	7505	27.1	44	161	26	9	507	246758

Таблиця 2

**Динаміка зростання доступності медичної допомоги у повітах
Херсонської губернії на початку ХХ ст.**

Повіт	Середня величина дільниці тис.кв.в.		Середній радіус дільниці		Кількість дільниць		Населення на одну дільницю	
	1901-1903 рр.	1904-1906 рр.	1901 - 1903 рр.	1904 - 1906 рр.	1901-1903 рр.	1904 - 1906 рр.	1901-1903 рр.	1904 - 1906 рр.
Олександрійський	567	567	12,5	12,5	12	15	36720	34302
Ананьївський	528	528	11,6	11,6	12	15	27732	21731
Єлисаветградський	812	690	17,8	15,2	17	20	37582	33637
Одеський	587	548	12,9	12,1	14	15	16389	15887
Тираспольський	645	645	14,2	14,2	10	10	27792	27342
Херсонський	861	712	18,9	15,7	19	23	27792	23571
Разом:	704	613	15,5	13,5	86	100	27732	25926

Таблиця 3

**Мережа лікарняних закладів Херсонської губернії
та її медичний персонал**

Рік	Медичні заклади	Лікарня	Лікарняних закладів повітових земств	Лікарняних закладів земств	Амбулаторій	Лікарів		Фельдшерів		Акушерок		Лікувальні заклади губернского земства
						Повітових	Губернських	Повітових	Губернських	Повітових	Губернських	
						Повітових	Губернських	Повітових	Губернських	Повітових	Губернських	

	о о											
1908 /09	110	90	87	1361	20	121	30	249	14	119	10	5 на 1364 ліжка.
1910 /11	112	95	90	1388	19	130	29	265	13	109	11	5 на 1564 ліжка
1911 /12	113	96	92	2764	20	136	31	255	13	127	11	4 на 1460 ліжка
1912 /13	122	97	93	1345	25	144	45	264	11	140	11	4 на 1450 ліжок
1913 /14	120	98	94	1660	25	167	20	261	4	154	7	4 на 1600 ліжок
1914 /15	124	100	96	3149	25	175	19	444 з акушерками.	11	Не відомо	Не відомо	4 на 1700 ліжок
1915 /16	126	103	100	3368	25	179	19	450 з акушерками	11	Не відомо	Не відомо	4 на 1710 ліжок

Таблиця 4

Повітова мережа земської медицини Херсонської губернії та її медичний персонал (1911–1914 рр.)

Повіт	Дільниць		Лікарень		Ліжок		Амбулаторій		Лікарів		Фельдшерів	
	1911	1914	1911	1914	1911	1914	1911	1914	1911-1914	1911	1914	
Олександрійський	17	18	14	14	284	289	3	4	22	25	53	62

Ананьївський	16	17	7	11	120	132	5	6	21	22	50	65
Єлисаветградський	24	26	23	23	235	266	1	3	31	35	94	99
Одеський	15	16	13	13	218	200	2	3	17	18	42	45
Тираспольський	13	13	7	13	142	145	-	-	15	14	39	40
Херсонський	27	27	17	20	305	324	9	7	30	33	95	104
Усього в губернії	112	117	92	94	1304	1356	20	23	136	147	382	415

Таблиця 5

Динаміка показників лікувальної мережі в українських земських губерніях (1870–1913 рр.)

Губернія	Лікарень		Ліжок у них		Жит/тис на одне ліжко		Лікарських дільниць		Жит/тис на одну лік. дільницю	
	1870р.	1913р.	1870р.	1913р.	1870р	1913р.	1870 р.	1913р	1870р.	1913р
Бессарабська	3	59	51	906	-	2,2	7	75	-	27,0
Катеринославська	9	81	141	1720	7,0	1,6	15	123	66,1	21,8
Полтавська	17	116	384	1626	5,8	2,2	23	153	83,0	23,4
Таврійська	6	77	130	975	6,0	1,7	16	95	69,0	18,2
Харківська	13	103	272	1570	4,8	2,0	16	137	83,9	23,4
Херсонська	11	93	196	1345	3,9	2,2	18	116	43,2	25,7
Чернігівська	14	73	402	939	4,0	2,7	12	109	135,0	25,3
Усього	73	602	1576	9081	4,9	2,1	107	808	74,1	23,4

Таблиця 6

Витрати Херсонського губернського та повітових земств на медичну частину (1909–1912 рр.)

Рік	Земський бюджет	Статті витрат земства				Усього витрат на медицину % до земського бюджету
		На медико-санітарну частину	Видатки повітовим земствам на утримання мед. установ	На санітарну повітову організацію	На боротьбу з епідеміями	
1909	2853500	991637	420394	27373	20000	51,1
1910	2948140	979122	415544	35570	20000	49,2
1911	3125000	1092052	426242	57900	120000	54,3
1912	36801000	1430410	440850	58840	120000	55,7

ДОДАТОК Б

Программа изслѣдованія пришлыхъ рабочихъ.

(Составлена въ январь 1889 г.)

Вопросъ объ изслѣдованіи пришлыхъ рабочихъ есть вопросъ совершенно новый не только въ Россіи, но и во всемъ мірѣ. Литературы по этому вопросу нѣтъ почти никакой. Пользоваться отдѣльными указаніями, что тамъ-то или тамъ эпидемія занесена прохожими, или развилась при скопленіи людей—невозможно, такъ какъ эти указанія констатируютъ фактъ, нисколько не выясняя причинъ его возникновенія. Воспользоваться данными о заболѣваемости при передвиженіяхъ войскъ также невозможно, такъ какъ тамъ совершенно особыя условія. Единственнымъ, по крайней мѣрѣ мнѣ извѣстнымъ, источникомъ о бытѣ пришлыхъ рабочихъ является брошюрка, изданная Харьковскимъ Статистическимъ Комитетомъ подъ заглавіемъ „Отчетъ объ изслѣдованіи отхожаго промысла между Харьковомъ и Таганрогомъ“. Въ виду этого нельзя рассчитывать на составленіе окончательной программы. Излагаемая ниже программа есть только первый опытъ и должна значительно измѣниться по мѣрѣ выясненія вопроса. Чтобы нѣсколько ознакомиться съ положеніемъ дѣла съ санитарной точки зрѣнія, я изложу тѣ скудныя данныя, которыя уже имѣются у насъ.

При разработкѣ свѣдѣній о холерѣ не разъ встрѣчались указанія на заносъ холеры прохожими и на заболѣваніе партій въ пути, вслѣдствіе чего развивалась холера въ отдѣльныхъ мѣстностяхъ. Въ 1887 г. въ одной изъ экономій Херсонскаго уѣзда развилась между рабочими эпидемія брюшнаго тифа, отличавшаяся жестокостью. Въ Елисаветградскомъ уѣздѣ въ одной изъ экономій развилась эпидемія дизентеріи, давшая большой процентъ смертности и, какъ выяснилось изъ изслѣдованія санитарнаго врача, происшедшая вслѣдствіе дурныхъ условій жизни рабочихъ; подобное же встрѣчено въ другой экономіи при констатированіи заболѣваній рабочихъ трахомой.

Участковые врачи передаютъ факты зараженія сифилисомъ 14—15 лѣтнихъ дѣвочекъ половымъ путемъ, что они объясняютъ общими ночевками подъ навѣсами лицъ обоего пола на сахарныхъ заводахъ Кіевской губ. Въ обществѣ херсонскихъ врачей осенью 1888 г. было констатировано нѣсколько заболѣваній сибирской язвой рабочихъ изъ одной артели, причемъ огневика у всѣхъ помѣщались съ правой стороны шеи; это объяснялось воше-ніемъ на плечахъ тюковъ кожъ при погрузкѣ на пристани Николаевского парохода. Такихъ фактовъ можно привести множество. Конечно, они ничего не доказываютъ въ смыслѣ показанія степени санитарнаго значенія пришлыхъ

рабочихъ для Херсонской губ., но они могутъ намекнуть на тѣ вопросы, которые должны быть приняты въ расчетъ при составленіи программы.

Попробуемъ опредѣлить степень санитарнаго значенія для губерніи пришлыхъ рабочихъ. Для этого у насъ есть единственный источникъ — отчеты санитарныхъ врачей за 1887 г., послужившіе матеріаломъ для возбужденія настоящего вопроса.

Количество рабочихъ, приходящихъ въ Херсонскую губернію, трудно опредѣлить. Статистики опредѣляютъ это число въ урожайные годы въ 100000 чел., т. е. около 6% населенія губерніи. Если предположить, что рабочіе обращаются къ медицинской помощи въ той же мѣрѣ, какъ и коренное население, то число ихъ должно быть меньше, именно въ большинствѣ уѣздовъ количество больныхъ въ группѣ „наймитовъ“ равняется 4%. Одесскій уѣздъ — 4; Александрійскій — 4,3; Херсонскій — 4,1; въ Ананьевскомъ эта группа равна 8,7%, но счетъ былъ произведенъ нѣсколько по иному способу, именно вмѣсто группы „наймиты“ поставлено: рабочіе, прислуга и проч.; если принять во вниманіе значительную силу Ананьевской амбулаторіи, то при указанномъ способѣ счета должно призвать эту группу сильно увеличенной; въ Тираспольскомъ уѣздѣ эта группа является также очень большою — 9,6%; но принимая во вниманіе, что въ Тираспольскомъ уѣздѣ земская медицина служить по преимуществу для городовъ, и что условія земско-медицинской помощи ненормальны (платная помощь), мы не можемъ пользоваться цифрами Тираспольскаго уѣзда для нашей цѣли, т. е. для счета сельско-хозяйственныхъ рабочихъ, о чемъ предупреждаетъ и мѣстный санитарный врачъ.

Но можемъ ли мы рубрику „наймиты“ трактовать какъ характеризующую отношенія именно сельско-хозяйственныхъ рабочихъ? Я думаю, что несомнѣнно можемъ; это видно, напр., изъ слѣдующей таблицы по Одесскому уѣзду:

	Количество больныхъ	Количество наймитовъ.	% наймитовъ къ остальн. больн.
январь, февраль, мартъ	4265	133	3,1
апрѣль, май, іюнь	3539	149	4,2
іюль, августъ, сентябрь	3688	176	4,7
октябрь, ноябрь, декабрь	3052	125	4

Мы видимъ, что увеличеніе процента наймитовъ совпадаетъ съ увеличеніемъ сезонныхъ сельско-хозяйственныхъ работъ.

Еще рѣзче видны эти отношенія въ тѣхъ формахъ болѣзней, которыми преимущественно поражаются сельско-хозяйственные наемные рабочіе въ другихъ уѣздахъ, какъ это мы видимъ ниже, т. е. въ заразныхъ болѣзняхъ:

	Всѣ больн	Наймит.	%.
январь, февраль, мартъ	1790	12	0,6
апрѣль, май, іюнь	859	34	4
іюль, августъ, сентябрь	948	36	3,8
октябрь, ноябрь, декабрь	965	17	1,7

Изъ всѣхъ этихъ данныхъ мы должны заключить, что количество прихо-

дящихъ рабочихъ довольно значительно; если и не 100.000 чел., то во всякомъ случаѣ свыше 60 тыс. Уже сама по себѣ такая многочисленная группа заслуживаетъ вниманія. Попробуемъ опредѣлить, не имѣетъ-ли она какаго-либо особаго отношенія къ населенію губерніи. Если мы обратимъ вниманіе на распредѣленіе болѣзненныхъ формъ между различными группами населенія, то мы увидимъ.

	Заразныя болѣзни.		Сифились.	
	% къ общему числу больныхъ.			
	Во всемъ населеніи.	Въ группѣ наймитовъ	Во всемъ населеніи.	Въ группѣ наймитовъ
Одесскій уѣздъ . . .	31	17	1,2	5
Херсонскій „ . . .	20,6	31,2	1,3	4,9
Александр. „ . . .	21,5	12,1	4,8	4,9

Къ сожалѣнію теперь нельзя еще сдѣлать подобныхъ сопоставленій другимъ уѣздамъ, такъ какъ этого не позволяютъ способы обработки матеріала, употребленные санитарными врачами. Только Елисаветградскій санитарный врачъ говоритъ про рабочихъ, что они „истощенные длинной дорогой лягутся на мѣсто заработка часто совсѣмъ больными, принося иногда заразные болѣзни“. Приведенная таблица требуетъ поясненій. Мы должны ожидать, что среди рабочихъ % заразныхъ больныхъ будетъ очень малъ, такъ какъ, во первыхъ, это народъ большею частью цвѣтущаго возраста, слѣдовательно болѣе способный противодѣйствовать вреднымъ вліяніямъ, во вторыхъ потому, что въ нашей губерніи преобладающею заразною формою является дифтеритъ, болѣзнь, дѣтская, а процентъ дѣтей среди рабочихъ долженъ быть очень малъ: на дѣлѣ же мы видимъ иное: въ Одесскомъ уѣздѣ мы видимъ среди рабочихъ 17%; но это процентъ уменьшенный, такъ какъ въ 1887 въ Одесскомъ уѣздѣ сильно развиты были дѣтскія болѣзни — корь и скарлатина, къ тому же хорошо регистрирующіяся въ Одесскомъ уѣздѣ, благодаря развѣздной системѣ со слабыми амбулаторіями. Въ Херсонскомъ уѣздѣ, гдѣ регистрація поставлена въ наилучшія условія и гдѣ число больныхъ велико, мы видимъ среди рабочихъ рѣзкое преобладаніе заразныхъ формъ Сифились вездѣ оказывается преобладающимъ среди рабочихъ въ значительной мѣрѣ. Такого рода факты придають особое значеніе разбираемой группѣ населенія. Вѣдь, не безразлично для губерніи, если по ней будетъ передвигаться армія въ 60 — 100 тысячъ человекъ, имѣющая заразныхъ больныхъ значительный процентъ. Весьма распространено мнѣніе, что приходящіе боціе суть разносчики заразы. А ргіогі это и должно быть такъ; дѣйствительно, имъ приходится проходить большія разстоянія и на пути приходивъ въ тѣсное соприкосновеніе съ массою населенія; есть большая возможность хватить заразу и перенести ее, если не въ своемъ организмѣ, то на своемъ платьѣ. Но въ нашей губерніи это едва ли такъ; есть нѣкоторыя намеки, рабочіе играютъ въ болѣе значительной мѣрѣ нѣсколько иную роль. Изъ приведенной выше таблицы по Одесскому уѣзду видно, что заразныя болѣзни лягутся не тотчасъ же по прибытіи рабочихъ, а нѣсколько позже. Кромѣ того въ отчетѣ Александрійскаго санитарнаго врача на ст 71 и 72 мы видимъ

тересныя сопоставленія относительно сифилиса. Мы видимъ тамъ наибольшее распространеніе сифилиса среди помѣщичьихъ крестьянъ; кромѣ того этотъ районъ окруженъ зоною заразныхъ формъ. Если бы рабочіе только занесли сифилисъ, то мы должны были бы имѣть довольно равномерное распредѣленіе сифилиса по всему уѣзду, такъ какъ въ нашихъ мѣстахъ въ лѣтнее время и крестьяне нанимаютъ рабочихъ; если же мы видимъ преимущественное распространеніе сифилиса въ районѣ помѣщичьихъ усадебъ, то это можетъ внушить подозрѣніе, что распространеніе заразныхъ болѣзней зависитъ отъ особыхъ условій жизни рабочихъ въ экономіяхъ, напр. большаго сосредоточенія рабочихъ въ одномъ мѣстѣ. Такимъ образомъ, можетъ явиться мысль, что рабочіе не столько служатъ разносчиками заразы, сколько удобною средою на которой зараза культивируется, и такимъ образомъ скопленія рабочихъ являются разсадниками заразы, откуда зараза, развившись и усилившись, переносится на коренное населеніе. Всѣ эти сгруппированныя, хотя и скудныя, данныя заставляютъ отнестись съ особеннымъ вниманіемъ къ группѣ рабочихъ и изслѣдовать ближе ихъ бытъ и степень вліянія этой группы на населеніе. Поэтому программа изслѣдованія и выполненіе ея заслуживаютъ полнаго вниманія со стороны земства и врачей и могущія возникнуть трудности не должны останавливать ихъ отъ предпринятія такого важнаго дѣла.

Предыдущія данныя и общія соображенія останавливаютъ наше вниманіе трехъ фазахъ жизни рабочаго у насъ: 1) рабочіе въ пути, 2) рабочіе на рынкѣ (мѣсто найма) и 3) рабочіе на мѣстѣ труда.

Условія всѣхъ этихъ фазъ совершенно различны и потребуютъ, какъ увидимъ ниже, особыхъ изслѣдователей. Поэтому мы рассмотримъ каждую фазу отдѣльно.

Рабочіе въ пути.

Это — самая трудная часть изслѣдованія по своей неуловимости. Здѣсь сложилась поговорка: „Иде щука съ Кременьчука, куды гляне—трава вяне“, а такъ какъ она вянетъ подъ ударами пришлыхъ косцовъ по всей губерніи, то не только санитарно-врачебныхъ но и вообще земско-врачебныхъ силъ не хватитъ для этого изслѣдованія, тѣмъ болѣе, что по предлагаемой программѣ эти силы въ тоже время должны быть заняты въ другомъ мѣстѣ. Придется прибѣгнуть къ помощи добровольныхъ корреспондентовъ, которыхъ слѣдуетъ избрать и по путямъ главнаго движенія рабочихъ и пригласить къ участію корреспондентовъ и изъ другихъ мѣстъ.

Два главнѣйшіе пути движенія рабочихъ суть: 1) Изъ Кременчуга на Александрію, Н. Прагу, Братолюбовку, Кривой-Рогъ, Широкое, Давидовъ Бродъ, Бериславъ, Каховку. 2) Отъ Н. Праги на Елисаветградъ, Ровное, Анновку, Вознесенскъ, Мостовое, Березовку. На этихъ путяхъ обязательно имѣть корреспондентовъ, которые доставляли-бы свѣдѣнія по установленной программѣ; присканіе корреспондентовъ слѣдуетъ поручить санитарнымъ врачамъ и статистикамъ, обративъ особое вниманіе на упомянутые пути. Кромѣ этихъ путей есть еще побочные; 3) отъ Новомиргорода на Малую Виску, Б. Виску, Елисаветградъ; 4) отъ Елисаветграда на Бобринець, Возсіятское, Н. Одессу,

Николаевъ; 5) отъ Братолюбовки на Казанку, Н. Бугъ, Николаевъ; 6) Давидова Брода на Снегиревку, Херсонъ; 7) отъ Ольвіополя на Благодати Константиновку, Вознесенскъ; 8) отъ Анновки на Константиновку и Вознесенскъ; 9) отъ Кривого Озера на Любашевку, Святотроицкое, Мостовое; отъ Любашовки на Ананьевъ, Степановку, Мостовое; 11) отъ Степановки Березовки на Петровъровку, Яновку, Севериновку, Одессу.

Вопросы, на которые могли-бы отвѣтить корреспонденты, слѣдующіе: 1) имя, отчество и фамилія; 2) какой губерніи, уѣзда, города или волости, съ 3) когда вышелъ на промыселъ; 4) какъ совершилъ путь: пѣшкомъ на ложахъ, по желѣзной дорогѣ или парохомомъ; 5) одинъ шелъ или съ други артелью; 6) какую имѣлъ при себѣ тяжесть и какія орудія работы; 7) какъ обувь и какъ употреблялъ ее въ пути; 8) чѣмъ продовольствовался въ пути; 9) сколько взялъ денегъ, выходя изъ дому; 10) гдѣ останавливался по пути въ постоянныхъ дворахъ, хатахъ или въ полѣ; 11) какой видъ работы или промыселъ отыскиваетъ; 12) куда направляется; 13) сколько думаетъ заработать по примѣру прежнихъ лѣтъ за весь періодъ; 14) холостъ или женатъ, сколько дѣтей; гдѣ семья; какъ живетъ; 15) какія именно причины побудили идти отхожій промыселъ; 16) на сколько мѣсяцевъ бралъ видъ или не бралъ во 17) во что одѣвался, сколько одежды; 18) состояніе здоровья *).

Въ виду того, что рабочіе ходятъ партіями, то возможно было-бы высылать карточку, на которую можно было-бы наносить свѣдѣнія о всей партіи; но необходимо составить карточку и для отдѣльнаго рабочаго.

Проектъ карточки и наставленія.

ДЛЯ РАБОЧЕЙ АРТЕЛИ №

1. 18 года мѣсяца числа
2. Мѣсто наблюденія: городъ, село уѣзда
3. Имя, отчество и фамилія атамана (вожака, подводчика, старосты)
4. Число мужчинъ женщинъ дѣтей
5. Холостыхъ чел., женатыхъ чел. Съ семьями въ пути чел.
6. Дѣта: 0—1 г. $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$; 1—5 л. $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$; 5—15 л. $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$; 15—25 л. $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$
25—60 л. $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$; свыше $\left\{ \begin{array}{l} \text{м.} \\ \text{ж.} \end{array} \right.$
7. Званіе: бывш. помѣщ. крест. чел., бывш. государств. крест. мѣщанъ чел.; чел.
8. Время выхода съ родины мѣс. числа
9. Откуда вышли губ. уѣзда села, города
10. Гдѣ въ послѣдній разъ останавливались уѣзда
11. Куда направляются
12. Есть-ли подводы и сколько ; что или кто на нихъ везется
13. Какъ продовольствуются; *артелью, каждый за себя*
14. Какой работы ищутъ
15. Сколько больныхъ и чѣмъ
16. Сколько недомогающихъ

Подпись наблюдателя:

*) Эти вопросы большею частью заимствованы изъ Харьковской программы.

ДЛЯ ОДНОГО РАБОЧАГО №

1. 18 года мѣсяца числа
2. Мѣсто наблюденія: гор. село уѣзда
3. Имя, отчество и фамилія рабочаго.
4. Дѣта.
5. Семейное состояніе { холостъ, женатъ, вдовъ
дѣвица, замужняя, вдова
6. Званіе: бывш. помѣщ. крест. бывш. госуд. крест. мѣщанинъ
7. Откуда родомъ: губерніи уѣзда села волости
8. Когда вышелъ на промыселъ: мѣсяца числа
9. Какъ совершилъ путь: пѣшкомъ, на лошадахъ, желѣзной дорогой, пароходомъ
10. Одинъ шелъ или артелью
11. Гдѣ въ послѣдній разъ останавливался
12. Куда идетъ
13. Какой работы ищетъ
14. Какую имѣлъ при себѣ тяжесть и какія орудія работы
15. Чѣмъ продовольствовался въ пути
16. Гдѣ останавливался: на постоялыхъ дворахъ, въ хатахъ, въ полѣ
17. Сколько думаетъ заработать за весь періодъ
18. Какія причины побудили идти на промыселъ
19. Если женатъ, то изъ кого состоитъ семья и гдѣ живетъ
20. Состояніе здоровья

Подпись наблюдателя:

Наставленіе для записыванія свѣдѣній на карточкахъ для рабочихъ

Карточка для рабочей артели.

Въ 1 п. пишется время наблюденія.

п. 3. Если-бы рабочая партія затруднялась назвать вожака, напр. если она состоитъ изъ трехъ—четырехъ человекъ, т. е. если эта должность не представляется обособленною, то всегда въ такой партіи найдется болѣе бывалый человекъ; въ такомъ случаѣ слѣдуетъ записать его фамилію; но при этомъ необходимо спросить, не подвергалась-ли рабочая партія уже подобному опросу и кто былъ записанъ атаманомъ предыдущимъ корреспондентомъ.

п. 5. „Съ семьями въ пути“ обозначаетъ вопросъ, не сопровождаетъ-ли семья рабочаго.

п. 6. Буквы „м“ и „ж“ обозначаютъ мужчинъ и женщинъ; противъ буквы „м“ надо ставить число мужчинъ извѣстнаго возраста, находящихся въ рабочей партіи.

п. 7. Если-бы въ рабочей партіи оказались рабочіе такого званія, которое не упомянуто въ карточкѣ, то это званіе слѣдуетъ прописать на оставленномъ пустомъ мѣстѣ. Если-бы мѣста не хватило, то написать въ графѣ „замѣтки“.

п. 8 и 9. Эти вопросы имѣютъ цѣлью опредѣлить мѣсто постоянного жительства рабочаго, которое иногда можетъ и не быть мѣстомъ его родины, и время выхода оттуда. Напримѣръ уроженецъ Тульской губерніи можетъ переселиться въ Херсонскую и пріобрѣсти тамъ землю или арендовать ее; затѣмъ онъ можетъ уйти отъ своей земли на заработки; въ такомъ случаѣ, т. е. если онъ постоянный житель Херсонской губерніи, его слѣдуетъ писать, какъ жителя Херсонской губерніи и время выхода слѣдуетъ считать съ мѣста постоянного жительства, а не изъ Тульской губерніи.

п. 10. Имѣетъ цѣлью опредѣлить то направленіе, по которому рабочая партія движется.

п. 11. Имѣть ту же цѣль; поэтому слѣдуетъ писать и конечный пунктъ и ближайшее село, въ которомъ идутъ рабочіе, для того, чтобы опредѣлить, какими именно путями они достигаютъ конечнаго пункта, такъ наприм. слѣдуетъ писать, если корреспондентъ, положимъ, находится въ Ровномъ, Елисаветградскаго уѣзда: „черезъ Вознесенскъ и Мостовое въ Березовку“.

п. 13. По этому пункту желательно было-бы имѣть болѣе подробныя свѣдѣнія, желательно было бы знать, что именно ѣдятъ и сколько. Поэтому весьма важно было-бы на оборотѣ карточки писать о томъ болѣе подробно.

п. 15. Если наблюдатель—врачъ или фельдшеръ, то необходимо писать діагнозы; если же и неврачъ, то діагнозы тоже желательны тамъ, гдѣ они возможны; напримѣръ и не врачъ различитъ такія болѣзни, какъ оспа, корь, развитый дифтеритъ, кровавый поносъ и т. п. Если въ рабочей партіи нѣсколько человѣкъ болѣны одинаковою болѣзнию, хотя-бы наблюдатель и не зналъ какою, то существенно важно отмѣчать этотъ фактъ въ графѣ замѣтки.

Подпись наблюдателя. Надо подписывать не только свою фамилію, но и профессію наприм. врачъ, фельдшеръ, учитель, священникъ, землевладѣлецъ и проч. Это нужно для того, что-бы тѣ лица, которыя будутъ разрабатывать матеріалъ могли ориентироваться относительно наприм. вопроса о діагнозѣ.

Карточка для отдельнаго рабочаго.

Всѣ вопросы, разобранные въ предыдущемъ, приложимы и здѣсь. Кроме того:

п. 16. Нужно слово надо подчеркнуть.

п. 17. Для отвѣта на этотъ вопросъ слѣдуетъ руководствоваться тѣмъ, сколько рабочей зарабатывалъ въ прежніе годы.

п. 18. Здѣсь слѣдуетъ писать: неплодородіе собственной земли, или неурожай въ своей мѣстности, или немѣніе собственного хозяйства, или многочисленность семьи, въ которой разспрашиваемый не нуженъ, какъ рабочая сила и т. п.

Въ той и другой карточкѣ есть рубрика „замѣтки“. Здѣсь слѣдуетъ заносить всѣ тѣ свѣдѣнія, которыя не вошли въ карточку, но которыя наблюдатель почему либо считаетъ важными. Всѣ такія добавленія и поясненія будутъ приняты съ благодарностью.

Карточки въ возможно скоромъ времени по написаніи слѣдуетъ пересылать въ Херсонскую губернскую земскую управу. Всѣ расходы по пересылкѣ будутъ оплачены по предъявленіи наблюдателемъ счета произведеннымъ расходамъ.

Карточки эти слѣдуетъ отпечатать и разослать корреспондентамъ, земскимъ врачамъ, участковымъ и санитарнымъ, и фельдшерамъ. Затѣмъ эти карточки должны пересылаться въ губернскую управу въ возможно скоромъ времени, гдѣ и разрабатываться. Разработка въ губернской управѣ положительно необходима; ея невозможно возложить на уѣздныхъ санитарныхъ врачей, такъ какъ рабочія партіи въ своихъ путешествіяхъ не придерживаются границъ уѣздовъ, и было-бы непреодолимое затрудненіе въ отнесеніи карточекъ къ какому нибудь уѣзду; кромѣ того, рабочая партія, положимъ, будетъ записана въ Александрійскомъ уѣздѣ, затѣмъ въ Елисаветградскомъ, затѣмъ въ Апаньевскомъ, тремя различными корреспондентами; весьма понятно, что всѣ эти три карточки должны сосредоточиться въ однихъ рукахъ.

Пересылка карточекъ корреспондентами должна быть оплачиваема.

Немедленная пересылка карточекъ нужна вотъ въ какихъ цѣляхъ. Предлагаемая регистрація могла-бы теперь-же, а не только въ будущемъ, служить

для практических цѣлей. Всѣ пути рабочихъ партій проходятъ черезъ врачебныя участки; такимъ образомъ возможенъ осмотръ партій врачами и выдѣленіе заболѣвшихъ заразными болѣзнями и такимъ образомъ прекращеніе возможности разноса заразы. Тѣ партіи, которыя ускользнутъ отъ надзора врача, но будутъ осмотрѣны корреспондентами, могутъ подвергаться надзору. Во первыхъ, есть такія болѣзни, какъ корь, скарлатина, оспа, дифтеритъ, кровавый поносъ и проч., діагнозъ которыхъ незатруднителенъ и для неврача; во вторыхъ, корреспонденты будутъ отмѣчать однородныя заболѣванія въ одной и той-же партіи; такія заболѣванія всегда служатъ указаніями на существованіе заразныхъ болѣзней. Свѣдѣнія такого рода, получаемыя въ губернской управѣ, могутъ быть сообщаемы врачамъ тѣхъ мѣстностей, черезъ которыя проходятъ рабочія партіи и куда онѣ направляются.

И такъ для возможности выполненія первой части настоящей программы нужно:

1. Просить статистиковъ и санитарныхъ врачей пріискать корреспондентовъ на путяхъ движенія рабочихъ.
2. Просить черезъ уѣздныя управы земскихъ врачей и фельдшеровъ принять на себя трудъ регистраціи проходящихъ рабочихъ.
3. Напечатать въ газетахъ нашей губерніи воззваніе отъ губернской управы, приглашающее всѣхъ желающихъ помочь въ дѣлѣ регистраціи.

Рабочіе на рынкѣ.

Ислѣдованіе этого вопроса можетъ быть поручено только врачамъ, санитарнымъ и участковымъ.

Въ такіе важные пункты, какъ Березовка и Каховка, санитарные врачи должны командироваться во время наибольшаго движенія рабочихъ, именно въ маѣ. Въ Березовку можно командировать врачей Тираспольскаго, Одесскаго и Ананьевскаго уѣздовъ. Въ Каховку (по соглашенію съ Днѣпровскою управою) — Херсонскаго, губернскаго санитарнаго врача и врача г. Одессы Вознесенскъ поручить Елисаветградскому санитарному врачу. Александрію и Н. Прагу Александрійскому. Желательно участіе въ этомъ дѣлѣ и участковыхъ врачей.

Такъ какъ для насъ чрезвычайно важно знать заболѣваемость рабочей массы и установить за нею надзоръ, то слѣдуетъ просить уѣздныя управы въ тѣхъ пунктахъ, гдѣ нѣтъ участковыхъ врачей, но гдѣ значительныя рабочіе рынки, открыть временныя амбулаторіи и черезъ полицію объявлять, что рабочіе могутъ бесплатно въ такомъ-то мѣстѣ получать совѣтъ и лекарство и прививать оспу дѣтямъ. Для этого слѣдуетъ заблаговременно уѣздной управѣ справиться, въ какіе именно дни бываютъ въ данномъ мѣстѣ скопленія рабочихъ. Такіе пункты суть (курсивомъ напечатаны тѣ пункты, гдѣ есть земскіе врачи:) *Новоисоріевскъ, Александрія, Н. Прага, Елисаветградъ, Новомиргородъ, Малая Виска, Б. Виска, Равное, Анновка, Ольвіополь, Константиновка, Вознесенскъ, Ананьевъ, Степановка, Мостовое, Петровпровка, Березовка, Яновка, Бобринецъ, Возсіятское, Н. Одесса, Николаевъ, Братомоловка, Казанка, Н. Бузь, Кривой Рогъ, Давидовъ Бродъ, Снегиревка, Херсонъ, Бериславъ*.

славъ, Ново-Воронцовка, Качкаровка. Слѣдуетъ просить о томъ же городскія управленія г. Херсона и г. Николаева. Въ указанныхъ пунктахъ, какъ Березовка и Коховка, и санитарные врачи могутъ открыть амбулаторію, если это окажется возможнымъ.

Программу изслѣдованія можетъ служить уже изложенная выше; кромѣ того слѣдуетъ внести еще слѣдующіе вопросы: сколько дней сидятъ въ ожиданіи работы; не нанимаются-ли временно, напр. на недѣлю, въ окрестныя села; гдѣ ѣдятъ (харчевни, заѣзжіе двory и проч.—осмотрѣть эти заведенія), обычаи при наймѣ — выдана ли задатковъ, угощеніе, кутежи и пр. Нанимаются ли партіями или порознь; куда нанялись. Описать село въ санитарномъ отношеніи по установленной схѣдомъ программѣ.

И такъ по данному пункту слѣдуетъ;

1. Войти въ соглашеніе съ Дибровской уѣздною управой относительно усиленія медицинскаго персонала въ с. Каховкѣ ко времени ярмарки

2. Командировать санитарныхъ врачей на май мѣсяць въ указанные выше пункты.

3. Просить принять участіе въ этомъ изслѣдованіи участковыхъ врачей.

4. Просить г. Херсонскаго губернатора приказать полиціи оказывать содѣйствіе при осмотрѣ рабочихъ, постоянныхъ дворовъ и пр.

5. Просить уѣздныя управы и Херсонскую и Николаевскую городскія открыть временныя амбулаторіи съ бесплатной раздачею лекарствъ въ вышеуказанныхъ пунктахъ.

Рабочіе на мѣстѣ работы.

Это изслѣдованіе можетъ быть произведено только врачами, причемъ санитарные врачи производятъ его обязательно, участковые же врачи приглашаются къ тому.

Главнымъ образомъ это изслѣдованіе должно быть направлено на экономіи, такъ какъ это наиболѣе частыя скопленія рабочихъ въ нашей мѣстности. Въ виду этого и программа составлена примѣнительно къ этому классу рабочихъ. Для изслѣдованія же фабричныхъ и промышленныхъ рабочихъ можно пользоваться программой Московскаго земства, или нашей и Московскою вмѣстѣ. Избрать слѣдуетъ сначала болѣе крупныя экономіи, а также экономіи, которыя обратятъ на себя вниманіе заболѣваемостью, что можно видѣть изъ врачебныхъ карточекъ. Количество рабочихъ въ экономіяхъ уѣзда можно узнать изъ подворныхъ описаній, а гдѣ ихъ не производилось—у статистиковъ. Для того, чтобы врачи не встрѣчали препятствій при изслѣдованіи экономій, фабрикъ и мѣстъ промысла, слѣдуетъ ходатайствовать передъ губернскимъ собраніемъ объ изданіи соответственнаго обязательнаго постановленія. Изслѣдовать надо въ свободное отъ работъ время.

Программа изслѣдованія.

Поводъ изслѣдованія экономіи или мѣста промысла.

І. Общія свѣдѣнія.

- | | | | |
|--|------|--------|--------|
| 1. Время осмотра | годъ | мѣсяць | число. |
| 2. Названіе экономіи или мѣста промысла. | | | |

3. Мѣстонахождение. Уѣздъ, городъ, станъ, волость, церковный приходъ, селеніе, разстояніе отъ уѣзднаго города, отъ станц. жел. дороги, отъ почтовой станціи.

4. Званіе, имя отчество и фамилія владѣльца.

5. Количество десятинъ земли, принадлежащей владѣльцу, съ подраздѣленіемъ на пашню, сѣнокосъ, выгонъ и неудобную землю. Отдается ли часть въ аренду и постоянно ли. Не существуетъ ли какого другого промысла, кромѣ земледѣлія, наприм. выпасъ скота, овцеводство и пр. Чистый годовой доходъ экономіи или мѣста промысла.

II. Топографія мѣстности.

1. Высота мѣстности и характеръ поверхности; куда направленъ уклонъ почвы.

2. Свойство почвы; почвенная вода.

3. Есть-ли вблизи жилищъ рабочихъ рѣка, прудъ, озеро, болото. Въ какомъ разстояніи отъ экономіи; какъ велики весенніе разливы и друг. вопросы по программѣ С. Н. Бараманенка.

4. Характеръ мѣстности, окружающей жилища рабочихъ С, Ю, В, З.; заселена-ли она и кто живетъ; какія постройки находятся вблизи; если мѣстность не заселена, то подъ чѣмъ занята.

III. Свѣдѣнія о строеніяхъ.

1. Число всеѣхъ помѣщеній, занятыхъ рабочими, назначеніе каждаго и ихъ взаимное расположеніе. Вышшее описаніе всеѣхъ зданій служащихъ для рабочихъ.

a) Наружные размѣры.

b) Родъ строительнаго матеріала и его доброкачественность.

c) Время постройки.

d) Есть ли признаковъ сырости.

e) Чѣмъ крыты строенія.

2. Внутреннее описаніе зданій.

a) Число комнатъ и ихъ назначеніе.

b) Размѣры комнатъ въ длину, ширину и вышину.

c) Число и величина оконъ; въ какую сторону свѣта они обращены; какія рамы.

b) Отапливаются-ли осенью и чѣмъ, теплы-ли.

e) Какъ вентилируются.

f) Какіе полы и чисто-ли содержатся, какіе потолки.

g) Другія замѣчанія о жилищахъ. Если это землянки, то описать ихъ. Сколько рабочихъ помѣщается въ каждомъ зданіи (maximum и minimum) гдѣ и какъ помѣщаются поденные рабочіе.

IV. Свѣдѣнія о рабочихъ.

Какое количество рабочихъ въ экономіи или мѣстѣ промысла, maximum и minimum, въ какое время. Гдѣ они размѣщаются въ разное время года. Какъ продовольствуются: отъ хозяина получаютъ паекъ, артелью-ли съ особой кухаркой. Что ѣдятъ и въ какомъ количествѣ, качество пици. Откуда получаютъ воду. Какъ продовольствуются въ степи. Какъ часто привозятъ воду въ поле и гдѣ ее держать.

Гдѣ помѣщаются лѣтніе рабочіе—подъ навѣсами или безъ помѣщенія; гдѣ ютятся во время ливней, праздниковъ; гдѣ варится пицца; гдѣ пріобрѣтается провизія. Раздѣляются ли при почевкахъ мужчины и женщины. Какая одежда у рабочихъ. Какъ моютъ бѣлье. Раздѣленіе рабочихъ по спеціальностямъ—мастера, чабаны, чернорабочіе и пр.: отличіе въ бытовыхъ особенностяхъ каждой группы. Моютъ ли тѣло рабочіе, какъ часто и гдѣ.

Какія машины употребляются при работахъ. Степень ихъ опасности. Какія предосторожности принимаются отъ несчастныхъ случаевъ. Есть ли работы на молотил-

кахъ и др. машинахъ по вечерамъ, когда стемнѣеть; работаютъ ли при извѣстной машинѣ опредѣленные приученные рабочіе, или кто придется; нѣтъ ли исключеній для пола или возраста; у барабанщиковъ есть ли очки.

Свѣдѣнія о рабочихъ въ слѣдующей таблицѣ; отдѣльная таблица для годовыхъ и для сроковыхъ съ обозначеніемъ срока; если подневная работа, то свѣдѣнія могутъ быть и не такъ полны, если это окажется невозможнымъ.

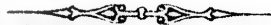
Возрасты:	Жителей того же мѣстечка, или селеній не дальше 10 вер.		Жителей прочихъ мѣсть того же уѣзда.		Жителей другихъ уѣздовъ Херсонской губерніи.		Жителей другихъ губерній.	
	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.	М.	Ж.
0—1 .	—	—	—	—	—	—	—	—
1—5 .	—	—	—	—	—	—	—	—
5—15 .	—	—	—	—	—	—	—	—
15—25 .	—	—	—	—	—	—	—	—
25—60 .	—	—	—	—	—	—	—	—
свыше .	—	—	—	—	—	—	—	—

Здѣсь слѣдуетъ указать изъ какихъ именно волостей Херсонской губерніи приходятъ рабочіе и изъ какихъ губерній (съ указаніемъ уѣзда) съ указаніемъ числа.

Есть ли рабочіе, которые ежегодно приходятъ въ данную мѣстность и какъ велико число ихъ; всю артель записать на карточку для рабочихъ партій.

Какъ велика плата рабочимъ съ подраздѣленіемъ на виды работы. Въ которомъ часу начинаютъ работать и въ которомъ кончаютъ. Есть ли дневной отдыхъ и всегда ли. Сколько времени идетъ на обѣдъ и проч. Работаютъ ли въ праздники и всегда ли. Нѣтъ ли для рабочихъ больницы (описать ее), фельдшера, врача. Въ какой мѣрѣ рабочіе пользуются земско-медицинской помощью. Выписать число амбулаторныхъ и стационарныхъ больныхъ рабочихъ даннаго мѣста работы въ ближайшихъ медицинскихъ участкахъ по мѣсяцамъ съ указаніемъ диагнозовъ. Нѣтъ ли въ данное время больныхъ и чѣмъ. Подробная ихъ регистрація. Не было ли умершихъ за текущій годъ. Физическая сила и крѣпость организма рабочихъ. Сравнить въ этомъ отношеніи постоянныхъ и временныхъ рабочихъ, пришлыхъ и мѣстныхъ; сравнить съ коренными жителями той мѣстности. Желательно было бы произвести антропометрическія сравнительныя наблюденія.

М. Уваровъ.



ДОДАТОК В

Правила для губернского съезда врачей Херсонской губернии

Утвержденные III медицинским съездом и губернским собранием.

1. Для более успешной организации медицинской части в Херсонской губернии и для обсуждения санитарных и врачебных вопросов устраиваются губернские съезды врачей и членов управ.
2. Съезды созываются губернской земскою управою один раз в год в мае или в июне месяцах поочередно при каждой из уездных управ Херсонской губернии.
3. Заседание съезда продолжается не более 7 дней.
4. Членами съезда с правом голоса, кроме земских врачей и членов управ, могут быть и другие врачи-гости, изъявившие желание участвовать в заседаниях съезда. Съезд решает каждый раз – участвуют ли гости в съезде с правом совещательного или решающего голоса.
5. Съезд считается состоявшимся, если в съезд прибыли представители от губернской управы и не менее половины представителей от всех уездов.
6. Съезд открывается председателем и членом губернской земской управы и избирает из среды своей председателя и секретарей.
7. Вопросы, подлежащие обсуждению съезда, решаются простым большинством голосов; при равенстве же голосов, голос председателя дает перевес.
8. В программу занятий съезда входят вопросы: предложенные а) предыдущим съездом и б) земскими собраниями, управами, уездными съездами врачей и членами губернского съезда.
9. Вопросы и мнения уездных съездов, которые вошли в программу, передаются в случае необходимости, для разбора их и представления по ним докладов, в особые комиссии, избираемые съездом.
10. При губернском съезде должны быть специальные медицинские заседания, в которых врачи сообщают наиболее выдающиеся случаи из земской медицинской практики. Для этих заседаний назначается не более двух дней с тем, чтобы эти дни не были среди дней, назначенных для прочих заседаний съезда.
11. Протоколы заседаний и доклады печатаются в “Сборнике херсонского земства”.
12. Расходы, необходимые на устройство съезда, определяются губернским земским собранием.

ДОДАТОК Д

Устав

земской фельдшерской школы при Херсонской
губернской земской больнице

Утвержден министром внутренних дел 13 октября 1871 г.

§ 1. Фельдшерская школа учреждается при херсонской губернской земской больнице, с целью приготовления фельдшеров для уездов губернии и для губернской земской больницы.

§ 2. Школа состоит в ведении губернской земской управы, от которой зависит определение и увольнение как преподавателей, так и учеников.

§ 3. Непосредственное заведывание школой и надзор за нею поручается: по части учебной – старшему врачу заведений общественного призрения. А по части хозяйственной – смотрителю этих заведений.

§ 4. Заготовление припасов, одежды и всех других принадлежностей для большего удобства, делается нераздельно с таковыми заготовлениями по

заведениям общественного призрения, и отчет по приходу и расходу сумм, отпускаемых на содержание школы, производится на том же основании и тем же порядком, как и отчеты по всем заведениям общественного призрения. Отчет же по хозяйственным предметам, как то: о припасах, одежде и проч., представляется в управу конторою заведений, вместе с отчетами по заведениям.

§ 5. Общее число воспитанников школы, как пансионеров земства, так и вольнослушателей, назначается 40*). Выбор учеников-пансионеров для уездов предоставляется уездным земским управам и делается по преимуществу из лиц, принадлежащим к сельским обществам, без различия

*) Ежегодно принимается не более 10 воспитанников и только при наступлении 4-го года существования школы комплект воспитанников может быть полный.

вероисповедания; выбор же учеников для губернской больницы делается губернской управою.

§ 6. Вольноприходящими учениками школы могут быть дети лиц всех сословий без платы за право учения.

§ 7. Желаящие поступить в школу должны быть не моложе 14 и не старше 20 лет и знать русскую грамоту. При этом, если поступающий принадлежит к числу лиц, не освобожденных от рекрутской повинности, то, применяясь к 644 ст. XIII т. уст. общ. призр., обязан представить свидетельство об увольнении от этой повинности, как во время нахождения в школе, так и после, во время службы.

§ 8. Прием в школу учеников производится по надлежащем их испытании преподавателями школы, при чем свидетельствуется и состояние их здоровья. Увольнение же из школы до окончания курса может быть за неспособностью или за дурное поведение, но не иначе. Как по представлению о том старшего врача больницы, по соглашению с прочими преподавателями.

§ 9. Полный курс учения в школе полагается 4 года и разделяется на 4 класса. Наставникам школы состоят старший врач и ординаторы губернской больницы, управляющий земской аптекой, священник больничной церкви и особый преподаватель по общеобразовательным предметам, который должен быть из окончивших курс в специальных педагогических учебных заведениях или имеет свидетельство по крайней мере на звание домашнего учителя или учителя уездного училища, по предметам им преподаваемым. Преподавателю общеобразовательных предметов поручается и надзор за воспитанниками школы. Назначение вознаграждения всем этим лицам за их занятия по школе определяется утверждены

§ 10. В фельдшерской школе будут преподаваться: 1) закон Божий – для воспитанников православного исповедания, краткий православный катехизис и объяснение Евангелия, а для воспитанников не православного исповедания объем преподавания их религий определяется губернской управою по соглашению с духовенством тех исповеданий, к которым принадлежать будут воспитанники; 2) Русский язык – правильно чтение и письмо,

практическая грамматика; 3) арифметика – 1-я и 2-я части; 4) начальные сведения из естественных наук; 5) ознакомление, в виде бесед, с историей и географией, преимущественно России; 6) латинский язык – правильное чтение и письмо, а также и сведения грамматические, насколько они требуются при писании рецептов; 7) необходимые сведения из ботаники, фармакогнозии, краткая фармация, с практическими знаниями в аптеке; 8) общие понятия из физиологии и анатомии, насколько они требуются для фельдшера, с практическими занятиями на трупах; 9) краткая фармакология; 10) необходимые сведения из частной патологии и терапии и в особенности по сифилитическим болезням; 11) учение о вывихах и переломах, наложение повязок и малые хирургические операции, как то кровопускание, вскрытие нарывов, прививание оспы, извлечение зубов и пр.; 12) правила хождения за больными с практическими занятиями в больнице при кроватных больных.

§ 11. Распределение занятий учеников школы вообще и часов преподавания им учебных предметов пред началом курса учения делается преподавателями и утверждается губернской управою, причем по каждому предмету составляется краткая программа, которой будут следовать наставники и преподаватели.

§ 12. Обучение теоретическое в школе, по примеру прочих учебных заведений, полагается ежедневное. Исключая дни праздничные. С 15-го же июня по 1-е августа назначаются каникулы, на время которых ученики-пансионеры могут быть увольняемы из школы.

§ 13. В конце каждого учебного года производится ученикам школы испытание преподавателями, в присутствии членов губернской управы. При чем ученики достойные допускаются к дальнейшему обучению, а оказавшиеся неспособными исключаются из школы.

§ 14. По окончании полного курса учения, воспитанники подвергаются надлежащему экзамену в присутствии инспектора и членов врачебного отделения, председателя и членов губернской управы, старшего врача больницы и наставников школы. Выдержавшим экзамен удовлетворительно выдается свидетельство на звание фельдшера, применяясь к 735 ст. уст. врач., из врачебного отделения херсонского губернского правления, с утверждения медицинского департамента.

§ 15. Фельдшера, воспитывавшиеся на счет земства, по выдержании окончательного экзамена, обязаны. Применяясь к ст. 663 т. XIII уст. общ. приз., прослужить земству Херсонской губернии 4 года, получая жалование по назначению земских учреждений. Нежелающие служить в земстве Херсонской губернии обязаны возратить расход, употребленный на их воспитание. Фельдшера из вольноприходящих учеников служить по назначению земства не обязаны.

§ 16. По окончании обязательной службы земству, оказавшие прилежание к своим обязанностям и опытность производятся в старшие фельдшера, в установленном порядке, по удостоверению врачей, при которых они состояли, и о службе своей получают аттестат из земской управы, в ведении

которой они состояли.