

## РАЗВИТИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НА БЕЛОРУССКИХ ЗЕМЛЯХ В КОНЦЕ XVIII – НАЧАЛЕ XX в.

*Индрос В.А., преподаватель, БГПУ, г. Минск*

Результатом разделов Речи Посполитой в 1772, 1793, 1795 гг. стало то, что белорусские земли, с населением более 3 млн. человек, оказались под властью Российской империи. После инкорпорации Беларуси в состав России имперское правительство начало проводить политику, направленную на сближение и слияние новых территорий с русскими регионами.

Развитие здравоохранения на белорусских землях, в последние годы XVIII в. и вплоть до Октябрьской революции 1917 г., происходило на фоне высокой заболеваемости и смертности населения. Свирепствовали холера и другие эпидемические заболевания. Из 46 лет (1804–1849) в XIX в. отмечалась депопуляция, а в отдельные годы низкий прирост населения. По неполным данным за 1913 год по Витебской, Гродненской, Минской, Могилевской губерниям было зарегистрировано 5 млн случаев заболеваний. Из них на долю заразных и паразитарных болезней приходилось 20,5 %, болезней органов пищеварения – 19,6 %, органов дыхания – 15,5 %, органов кровообращения – 2,12 % [4, с. 77].

В начале XIX в. белорусские земли вошли в состав Виленской, Витебской, Гродненской, Минской и Могилевской губерний. На этих территориях начали распространяться существовавшие в России организационные формы медицинской помощи. Существенные преобразования произошли в медико-санитарном деле, была учреждена местная медицинская администрация и начался процесс распространения на белорусские территории государственной медицины.

Первыми были образованы местные органы управления здравоохранением. По российскому образцу вводились должности уездных врачей, повивальных бабок (1775), образуются губернские врачебные управы (1777). Основные задачи уездных врачей состояли в «обслуживании больных всякого сословия без требования за свой труд воздаяний; немедленном прекращении опасных и повальных болезней; внимательном изыскании причин, приведших к появлению опасных заболеваний» [7, с. 3].

По российскому образцу на территории Беларуси были учреждены Приказы общественного призрения (Могилев, Минск, 1796; Витебск, 1802; Гродно, 1802) [1, с. 7]. Эти Приказы должны были открывать и содержать больницы, аптеки, приюты. Приказы финансировались из государственной казны, а также пополнялись за счет благотворительных пожертвований и самостоятельной финансовой деятельности, в том числе и оказание платных услуг [7, с. 4].

Приказы общественного призрения открыли больницы во всех губернских городах (Минск, 1799; Могилев, 1802; Гродно, 1802; Витебск, 1804).

Рождение психиатрической помощи началось в системе государственной, а не церковной медицины. Открывались психиатрические отделения в Витебске (1843) на 6, в Могилеве (1846) – 20, Минске (1857) – 20, Гродно (1857) – 6 коек. В начале XX века на их основе создаются самостоятельные психиатрические больницы [8, с. 6].

В конце 1820-х гг. вслед за губернскими центрами больницы приказов общественного призрения открываются в уездных городах, тем самым закладываются государственные основы сельской медицины [7, с. 7]. В 1830-е гг. содержание врачей и больниц перекладывается на крупные помещичьи и государственные имения, а также фельдшеров на средства созданного министерства государственных имуществ. С отменой крепостного права (1861) больницы в имениях ликвидируются, а врачи увольняются [8, с. 7].

В связи с началом проведения реформ и введения земств, на которые было возложена обязанность заботы о бедных, сиротах и неизлечимых больных, участие в мероприятиях по сохранению народного здоровья, увеличение средств для оказания врачебной помощи населению и «изыскание способов обеспечения местности в санитарном отношении» [2]. В белорусских губерниях медицинские учреждения еще длительный период времени оставались в подчинении Приказа общественного призрения. Губернским Приказам общественного призрения выделялись из государственной казны мизерные средства для бесплатного обслуживания населения. Положение ухудшалась нехватка медицинского персонала, а также недостаточное количество сельских лечебниц. 24 декабря 1868 г. Государственный совет издал «Положение об устройстве сельской врачебной медицины», которое применялось в тех губерниях, где не было введено Положение о земских учреждениях. Согласно этому Положению на каждый уезд назначались: 1 врач, 3 повивальные бабки и 7–9 фельдшеров [1, с. 8]. В 1887 г. в неземских губерниях был увеличен штат сельских врачей и фельдшеров, а также было введено обязательное строительство сельских больниц.

Медицинская помощь сельскому населению, согласно нововведению, должна была основываться на следующих положениях:

- 1) бесплатный прием и лечение больных из среды местного населения;
- 2) стремление приблизить к сельскому населению врачебную помощь;
- 3) стационарный способ врачебной помощи;
- 4) обращение расходов, связанных с организацией сельской врачебной части, на местный земский сбор с целью равномерного распределения тяжести обложения на врачебную помощь, падавшую до того времени исключительно на крестьян [1, с. 9].

Значительный импульс развитию здравоохранения был дан после введения 1903 г. Положения об управлении земским хозяйством в не земских губерниях. Действие этого положения было распространено на Минскую, Могилевскую и Витебскую губернии. В этих губерниях медицинские учреждения были переданы из Приказа общественного призрения земским врачевным управам. Местные органы государственного управления впервые законодательно обязывались проявлять заботу о медицинской помощи населению, улучшении санитарных условий, предупреждении и пресечении эпидемий [1, с. 10]. После введения земских выборных органов в 1911 г. на территории всех белорусских губерний оказание медицинской помощи сельскому населению активизировалось. И хотя на здравоохранение отпускалось, в среднем, 25–30 % земского бюджета, а оплата за медицинскую помощь в земских лечебных учреждениях не взималась, серьезных изменений в здравоохранении не произошло [7, с. 19]. По-прежнему существующие участковые учреждения не могли обеспечить в полном объеме потребности населения в медицинской помощи. Уровень медицинской организации Беларуси накануне первой мировой войны был чрезвычайно низок. В 1914 г. на территории Белоруссии было 106 сельских больниц, 93 сельских приемных покоя, 263 фельдшерских пунктов. Общий фонд составлял 1530 койко-мест [1, с. 10]. С земствами связано и создание скорой медицинской помощи. 7 октября 1910 г. был утвержден устав «О ночных дежурствах врачей» и уже с 17 октября того же года в Минске вводятся ночные дежурства врачей для оказания пострадавшим скорой медицинской помощи. Служба скорой медицинской помощи в г. Минске имела в своем распоряжении конную карету и телефонную связь. При несчастных случаях была экстренной и бесплатной. Другие выезды, не связанные с несчастными случаями, были платными. Стоимость вызова составляла от 20 копеек до 1 рубля. За 1911 г. службой ночных дежурств врачей было выполнено 650 вызовов [3].

В рассматриваемый период на территории Беларуси проходил процесс становления ведомственной медицины. Медицинский персонал и больницы содержали военные, тюремные, духовные, железнодорожные и иные ведомства [7, с. 9]. С начала XIX в., на основании указа (1807) открываются первые постоянные военные госпитали в Северо-Западном крае (Минск 1805; Витебск, Гродно, Могилев 1808; Бобруйск 1810; Брест 1816).

Ко второй половине XIX в. относится развертывание тюремных больниц. К 1915 г. тюремные больницы были не только в губернских (Минск, Гродно по 40 коек), но и уездных городах (так, они были развернуты в 6 из 9 уездов Минской губернии) [8, с. 9]. Количество медицинских учреждений других ведомств было незначительным.

Для второй половины XIX в. характерно существование фабрично-заводской, общественной и частной медицины, наряду с государственной и ведомственной.

В 1866 г. был принят закон, предусматривающий создание при фабриках и заводах больниц. Согласно этому закону, к работодателям, владельцам фабрик и заводов предъявлялось требование иметь больницы, число коек в которых исчислялось по количеству рабочих на предприятии: 1 койка на 100 работающих [6]. К концу XIX в. первые медицинские учреждения начали открываться и на территории Беларуси (больница при Слонимской суконной фабрике, 1865; больница при Добрушской бумажной фабрике, 1880-е гг.; приемный пункт на 2 койки при Гродненской табачной фабрике, 1897). В 1899 г. в Минске была открыта первая фабрично-заводская амбулатория, в которую могли бесплатно обратиться рабочие 13 предприятий. Амбулатория финансировалась как владельцами, так и рабочими, которые платили специальный налог [7, с. 11]. Необходимо отметить, что больницы не могли обеспечить всех нуждавшихся в медицинской помощи.

Улучшить положение рабочих должен был принятый в 1903 г. Закон «О вознаграждении граждан, потерпевших вследствие несчастного случая, рабочих и служащих, а равно членов их семейств на предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности». По данному Закону работодатель нес ответственность за ущерб, нанесенный здоровью при несчастных случаях на производстве. Предусматривались обязательные выплаты потерпевшим без различия их пола и возраста. А в случае смерти рабочего работодатель должен был оплачивать погребение и выплачивал членам их семей пособия и пенсий [5].

Закон об обязательном страховании рабочих на случай болезни и несчастных случаев (1912) положил начало страховой медицине в Беларуси. С целью его реализации на принципах самоуправления и самофинансирования организовывались первые больничные кассы (Минск 1913; Витебск 1913). К 1914 г. в Минской губернии действовало 16 больничных касс (в том числе в Минске 2, из которых одна Общая, охватывающая 28 предприятий с 1416 рабочими) [7, с. 23].

По Закону 1912 г. врачебная помощь за счет предпринимателя оказывалась участнику больничной кассы в четырех видах:

1. Первоначальная помощь при внезапных заболеваниях и несчастных случаях.
2. Амбулаторное лечение.
3. Родовспоможение.
4. Больничное (коежное) лечение с полным содержанием больного [5].

Государство создавало условия для развития частной медицины. Врачи, а также другие представители медицинского персонала (фельдшера, акушерки, повивальные бабки) имели право на частную практику. На территории Беларуси в 1913 г. работало 844 врача, из них 408 занималось частной практикой (в том числе 259 в городах) [8, с. 10]. Однако из-за высокой стоимости таких услуг, пользоваться ими могли только богатые слои населения.

Таким образом, на протяжении XIX ст. в белорусских губерниях ведущая роль в оказании лечебной помощи населению принадлежала приказам общественного призрения. Уже в начале XX в. начался процесс зарождения и развития новых организационных форм здравоохранения в виде земской и страховой медицины.

#### Литература и источники

1. Агиевец, С.В. Теоретические проблемы правового регулирования медицинской помощи: монография / С.В. Агиевец. – Гродно: ГрГУ, 2002. – 168 с.
2. Глейникова, В.С., Крылова, З.К. Земская медицина в Беларуси / В.С. Елейникова, З.К. Крылова // Седьмая научная конференция по истории медицины Беларуси, посвященная 50-летию окончания Второй мировой войны: сб. материалов, Минск. 7–9 сент. 1995. – Минск, 1995. – 70 с.
3. К 100-летию юбилею службы скорой медицинской помощи г. Минска // История и этапы развития службы скорой медицинской помощи в г. Минске [Электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://www.minzdrav.by/med/article/sravn>. – Дата доступа: 28.01.2011.
4. Пилипцевич, Н.Н. Развитие здравоохранения Беларуси в IX – начале XX веков / Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2005. – № 2. – С. 73–79
5. Правила о вознаграждении потерпевших вследствие несчастных случаев рабочих и служащих, а равно членов их семейств в предприятиях фабрично-заводской, горной и горнозаводской промышленности. Высочайше утверждены

2-го июня 1903 года [электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://www.hist.msu.ru/ER/Text/1903.htm>. – Дата доступа: 01.02.2011.

6. Развитие и формирование медицинского страхования в России [электронный ресурс]. – 2011. – Режим доступа: <http://www.rostmedstrah.ru/articles.php?bId=0&theme=26&show=1&id=92>. – Дата доступа: 28.01.2011.
7. Тищенко, Е.М. Здравоохранение Беларуси в составе Российской империи (1795 – 1914) / Е.М. Тищенко. – Гродно, 1999. – 22 с.
8. Тищенко Е.М. Здравоохранение Белоруссии в XIX – XX веках. / Е.М. Тищенко. – Гродно, 2003. – 269 с.

## **ДА ПЫТАННЯ АБ АЙЧЫННАЙ ГІСТАРЫЯГРАФІІ ПРАБЛЕМЫ «ПАЛІТЫКА ШЛЮБНА-ДЫНАСТЫЧНЫХ СТАСУНКАУ ВКЛ» ПЕРЫЯДУ РЭФОРМЫ 1861 г.**

*Назаранка К.Р., аспірант, БДПУ, г. Мінск*

Праблема палітыкі шлюбна-дынастычных адносін у гісторыі сярэднявекowych дзяржаў з'яўляецца даволі важнай і актуальнай навукова-гістарычнай праблемай без якой нельга прааналізаваць жыццё і дзейнасць дзяржавы на тым ці іншым этапе эвалюцыі. Шлюбна-дынастычныя стасункі былі метадам пабудовы сярэднявековымі дзяржавамі зносін з краінамі-суседзямі. Пры дапамозе шлюбна-дынастычных стасункаў краіны вырашалі розныя праблемы міждзяржаўных адносін. З аднаго боку, дынастычным шлюбам заканчваліся войны, з іншага, устанавліваліся жадаемыя другатэрміновыя дыпламатычныя адносіны, або ўрэгулёваліся канфліктныя сітуацыі шляхам дыпламатыі з апорай на шлюбна-дынастычную сувязь. Іншымі словамі, шлюбна-дынастычная тэматыка ў гісторыі сярэднявекowych дзяржаў з'яўляецца адной з важных, навукова-гістарычных праблем без вывучэння якой нельга цалкам зразумець усю спецыфіку палітыкі міждзяржаўных адносін.

Любы гісторык, які б перыяд гісторыі Беларусі ён не разглядаў у сваёй працы, калі яна прысвечана аналізу гісторыі краіны эпохі Сярэднявечча, не можа абысці праблему палітыкі шлюбна-дынастычных стасункаў. Айчынная гісторыя эпохі адмены прыгоннага права як беларускія, так расійскія ці ўкраінскія, якія прывяцілі свае працы гісторыі Беларуска-літоўскай дзяржавы, абавязкова закраналі праблематыку жаніцтва сыноў і выдання замуж дачок кіраўнікоў ВКЛ. Асабліва гэта датычыцца перыяду гісторыі ВКЛ, дзе дынастычны шлюб адыгрываў рэальнае значэнне ў развіцці Княства. Гэты перыяд можна ўмоўна абмежаваць з XIII ст. – і да ўтварэння новага органа дзяржаўнай улады, які з'явіўся пасля выбарання на прастол Казіміра Ягелончыка ў 1440 г. – Панюў Рады. У гэты час вялікія князі ВКЛ яшчэ мелі рэальную ўладу ў краіне і часцей за ўсё вырашалі міждзяржаўныя адносіны з дапамогай шлюбных кантактаў.

Найбольш важнымі вузламі праблем шлюбна-дынастычнай палітыкі ВКЛ, якія часцей за ўсё траплялі на старонкі гістарычных прац розных навукоўцаў, былі такія як: «канфліктная жаніцтва Міндоўга, пасля смерці яго першай жонкі (Марты), а таксама шлюб дачкі Міндоўга з Галіцка-Валынскім каралевічам Шварнам з дапамогай якога Войшалк урэгуляваў канфлікт з Галіцка-Валынскім княствам; «жаніцтва Трайдзеня на Ганне Мазавецкай», якую па-мастацку апісаў польскі гісторык XVI ст. М.Стрыйкоўскі; «шлюбна-дынастычныя адносіны часоў Гедыміна»: па-першае два яго ўласныя шлюбы – з Волгай, а потым з Еўнай», па-другое жаніцтва яго сына Альгерда на віцебскай князёўне Марыі, у выніку чаго да ВКЛ былі далучаны Віцебскія землі, а па-трэцяе жаніцтва ў 1325 г. яго сына Любарта на дачцы ўладзіміра-валынскага князя за якой, у выніку смерці бацькі, у склад ВКЛ увайшла Валынь»; «шлюб дачкі Вітаўта Соф'і з маскоўскім князем Васіліем-І Дамітрыевічам», дзякуючы якому Вітаўт у 1427 г. ўстанавіў пратэктарат ВКЛ над Маскоўскай дзяржавай; «красіцкі перыяд узаемаадносін ВКЛ з Польшчай і шлюб Ягайлы з польскай каралевы Ядзвігай»; а таксама «жаніцтва Аляксандра Казіміравіча на маскоўскай князёўне Алене Іванаўне».

Аналіз прац паказвае, што розныя гісторыкі па-рознаму ў той ці іншай ступені закранаюць гэтыя (або іншыя) важнейшыя праблемы шлюбна-дынастычных палітычных стасункаў ВКЛ, якія рэальна ўплывалі на станаўленне міжнароднага аўтарытэту краіны. Так і гісторыкі XIX ст., эпохі адмены прыгоннага права ў Расіі, асяяляючы гісторыю Беларуска-літоўскай дзяржавы, таксама не абышлі сваёй увагай многія з названых праблем.

Беларускі гісторык XIX ст. І.В. Турчыновіч, у кнізе «Агляд гісторыі Беларусі са старажытнейшых часоў» выдадзенай у 1857 г., падкрэсліў ролю полацкага князя Таўцівіла і апісаў працэс заняцця ім полацкага