

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М. В. ЛОМОНОСОВА
ИСТОРИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ

На правах рукописи

Данилов Евгений Владимирович

**Статистический анализ обращений за медицинской помощью
в Европейской России в конце XIX – начале XX века**

5.6.5 – Историография, источниковедение, методы исторического
исследования

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата исторических наук

Научный руководитель:
кандидат исторических наук,
А.Ю. Володин

Москва – 2024

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА I. ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЕ, ИСТОЧНИКОВЕДЧЕСКИЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	14
§ 1.1. ИСТОРИОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	14
§ 1.2. ИСТОЧНИКОВЕДЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	36
1.2.1. Сравнение Всеподданнейших отчетов губернаторов и «Отчетов...» Медицинского департамента (Управления главного врачебного инспектора)	38
1.2.2. Другие источники.....	61
§ 1.3. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.	65
ГЛАВА II. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЕВРОПЕЙСКОЙ РОССИИ В 1902–1913 ГГ.: АНАЛИЗ ГУБЕРНСКОГО АНАЛИТИЧЕСКОГО УРОВНЯ.....	77
§ 2.1. ДАННЫЕ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ	77
§ 2.2. ИНФРАСТРУКТУРНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЕВРОПЕЙСКОЙ РОССИИ	85
2.2.1. Характеристика корпуса медицинских сотрудников.....	87
2.2.2. Характеристика больничной инфраструктуры	100
2.2.3. Пространственное распределение врачебных участков	106
2.2.4. Финансирование здравоохранения	110
§ 2.3. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: СТАТИСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФАКТОРОВ	115
2.3.1. Обращаемость за медицинской помощью	116
2.3.2. Статистический анализ факторов обращаемости за медицинской помощью	133
2.3.3. Выводы.....	152
ГЛАВА III. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЕВРОПЕЙСКОЙ РОССИИ В КОНЦЕ XIX – НАЧАЛЕ XX ВЕКА: АНАЛИЗ УЕЗДНОГО И УЧАСТКОВО-ВОЛОСТНОГО АНАЛИТИЧЕСКИХ УРОВНЕЙ.....	158
§ 3.1. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ В ЗЕМСТВАХ: УЕЗДНЫЙ УРОВЕНЬ	159
3.1.1. Данные и методика анализа	159
3.1.2. Обращаемость населения за медицинской помощью: общая характеристика	163
3.1.3. Факторы обращаемости за медицинской помощью.....	169

3.1.4. Выводы.....	181
§ 3.2. ОБРАЩАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ: АНАЛИЗ УЧАСТКОВО-ВОЛОСТНОГО АНАЛИТИЧЕСКОГО УРОВНЯ (НА ПРИМЕРЕ САМАРСКОГО УЕЗДА)	184
3.2.1. Данные и методика исследования.....	185
3.2.2. Земская медицина в Самарском уезде: характеристика	189
3.2.3. Обращаемость за медицинской помощью в Самарском уезде: подсчеты и оценки	192
3.2.4. Выводы.....	206
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	210
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ	215
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	222
ПРИЛОЖЕНИЯ	241

Введение

Научная значимость и актуальность темы исследования. На рубеже XIX–XX вв. Российская империя, согласно современным исследовательским оценкам¹, находилась в состоянии активного экономического роста, что стало катализатором дискуссии о социально-экономическом развитии страны и об уровне жизни в ней. Согласно подсчетам Б.Н. Миронова, в Российской империи на рубеже веков происходил процесс активного социального развития, траектория которого соответствовала европейскому тренду². Однако такие оценки не являются общепринятыми³. Не вдаваясь в подробности этой дискуссии, все же важно отметить, что этот спор является признаком неисчерпанности проблемы. Необходимы новые работы и исследовательские оптики для уточнения оценок социального развития и уровня жизни в дореволюционной России. Настоящая работа является попыткой провести такое исследование на примере отдельной характеристики российского общества – обращаемости населения за медицинской помощью.

А. Дитон, лауреат Нобелевской премии по экономике 2015 г., сравнил историю человечества с историей «великого побега» – побега от нищеты и смерти⁴, а медицина и здравоохранение являются одними из ключевых составляющих этого побега. А. Сен, также лауреат Нобелевской премии по экономике 1998 г., доказывал, что улучшение качества жизни вообще и развитие здравоохранения в частности играют огромную роль в создании

¹ *Грегори П.* Экономический рост Российской империи (конец XIX – начало XX веков). Новые подсчеты и оценки. М., 2003; *Давыдов М.А.* Двадцать лет до Великой войны: модернизация Витте–Столыпина. СПб., 2016.

² *Миронов Б.Н.* Российская империя: от традиции к модерну. В 3 т. Т. 3. СПб., 2015. С. 593–603.

³ *Миронов Б.Н.* Можно ли увидеть всю Россию из Малых Пупков? // *Круг идей: алгоритмы и технологии исторической информатики* / Под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 528–543; *Дьячков В.Л., Канищев В.В.* Послание Б.Н. Миронову о сущности работы отдельных провинциальных историков, или Ответ ученому соседу // *Круг идей: алгоритмы и технологии исторической информатики* / Под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 544–577; *Миронов Б.Н.* Нет, не увидеть всю Россию из Малых Пупков! // *Круг идей: алгоритмы и технологии исторической информатики* / Под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 578–592.

⁴ *Дитон А.* Великий побег: здоровье, богатство и истоки неравенства. М., 2016. С. 11.

потенциальных возможностей человека, что, в свою очередь, оказывает сильное положительное влияние на экономический рост⁵. Таким образом, изучение истории здравоохранения представляется важным для формирования оценок социального развития и уровня жизни в исторической ретроспективе.

Данная работа посвящена исследованию здравоохранения в России на рубеже XIX–XX вв. в аспекте обращаемости за медицинской помощью. Это явление выступает в том числе в роли индикатора взаимодействия населения и системы здравоохранения. Пример пандемии COVID-19 показал, что это взаимодействие, которое включает обращаемость за медицинской помощью, соблюдение санитарных норм, отношение к прививочной кампании, является результатом комплексного действия большого количества факторов, относящихся как к домену медицины, так и к социокультурным параметрам общества. В связи с этим необходимо тщательное изучение такого взаимодействия для ведения более эффективной здравоохранительной политики. В настоящем исследовании анализируется это взаимодействие на примере обращаемости населения за медицинской помощью и его факторов в Европейской России конца XIX – начала XX века. Актуальность выбранного подхода заключается в том, что в такой исследовательской оптике возникает возможность исследовать как медицинские институты, так и их взаимодействие с населением, что позволяет, во-первых, очертить рамки деятельности и эффективность здравоохранения, во-вторых – оценить на историческом опыте особенности контактов людей с медициной. Здравоохранение – это социальный институт, и взаимодействие с ним, как и с другими общественными институтами, является одним из индикаторов сложного социокультурного, политического, экономического пространства в дореволюционной России.

⁵ Сен А.К. Развитие как свобода. М., 2004. С. 166–167.

Объект и предмет исследования. Объектом исследования является медицинская статистика, среди составляющих которой наиболее важной в рамках данной работы является статистика обращений населения за медицинской помощью. В процессе исследования этот показатель преобразуется в параметр обращаемости населения за медицинской помощью. Этот выбор был обусловлен представлением, что обращаемость, с одной стороны, это статистический показатель интенсивности обращений людей в лечебные заведения. С другой стороны, она также является индикатором взаимодействия принимающей способности здравоохранения и готовности населения обращаться за медицинской помощью. Это, в свою очередь, определяется сложной комбинацией социальных, культурных, экономических факторов и связано с уровнем медиализации (медиализация – это процесс расширения восприятия различных областей человеческой жизни в качестве объектов медицинского знания) населения. Обращаемость за медицинской помощью зависит не только от уровня развития здравоохранения, но и от умения людей различать здоровое состояние от нездорового, а также от доверия к медицинским институтам в вопросах лечения. Важным аспектом исследования является разделение обращаемости за медицинской помощью по территориальному и амбулаторно-стационарному принципам. Территориальный принцип предполагает различие обращаемости между городами и уездами (в том числе в силу доступности данных в источниках). Амбулаторно-стационарный принцип предполагает разделение обращаемости на амбулаторный (нестационарный) прием и стационарный, при котором пациенты проходят лечение стационарно, в больницах. Предметом исследования является эволюция и структура обращаемости за медицинской помощью в европейских губерниях Российской империи в конце XIX – начале XX века, а также факторы, влияющие на уровень обращаемости населения.

Хронологические рамки работы охватывают период конца XIX века – начала XX века. Такой выбор обусловлен следующими причинами. Для первой аналитической части исследования наиболее подходящим источником

являются «Отчеты о состоянии народного здоровья...» Управления главного врачебного инспектора, которые выходили в 1902–1913 гг. Это наиболее полный источник медицинской статистики за этот период. Отчеты Медицинского департамента, выпускавшиеся до 1902 г., были менее содержательными, целостными и консистентными, в связи с чем было принято решение ограничиться периодом 1902–1913 гг. Вторая аналитическая часть работы ограничена 1898 г. Третья аналитическая часть исследования включает период 1880–1910-х гг. – такие рамки обусловлены доступностью источников.

Территориальные рамки работы – пределы европейских губерний Российской империи (за исключением Великого княжества Финляндского): 60 губерний, уезды 34 земских губерний, Самарский уезд.

Цель и задачи исследования. Целью работы является изучение обращаемости населения за медицинской помощью, структуры ее распределения и факторов, оказывающих влияние на это распределение, в Европейской России в конце XIX – начале XX века. Исходя из определения цели, необходимо выполнение ряда задач:

- исследовать и охарактеризовать источники, содержащие информацию об обращаемости за медицинской помощью в данный период (отчеты Управления Главного врачебного инспектора, земские медицинские отчеты);
- обосновать методы, с помощью которых производится анализ источников;
- исследовать тенденции развития инфраструктуры здравоохранения в начале XX века;
- проанализировать эволюцию и структуру обращаемости за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв. на трех уровнях – губернском, уездном и участково-волостном;
- определить факторы, оказывавшие влияние на распространение и интенсивность уровня обращаемости в губерниях и уездах Европейской России;

– дать интерпретацию полученных результатов, сформулировать выводы о развитии процессов, связанных с обращаемостью за медицинской помощью, в логике методологических рамок работы.

Методологическую основу исследования составляют принципы историзма, системности и объективности. В работе применяются сравнительно-исторический и историко-статистический методы. В основе теоретико-методологической модели исследования лежит теория здорового образа жизни / здорового поведения, объясняющая факторы, влияющие на процесс взаимодействия людей с институтами медицины и здравоохранения, в том числе в аспекте обращаемости за медицинской помощью. В силу ограниченности источниковой базы, а именно – фактического отсутствия статистических данных о характеристиках лиц, обратившихся за медицинской помощью, в данном исследовании теоретико-методологическая база была преобразована следующим образом. Обращаемость за медицинской помощью исследуется в логике того, насколько инфраструктурное состояние и инфраструктурные характеристики здравоохранения, которые в рамках исследования рассматриваются как организационно-инфраструктурные факторы, объясняют интенсивность уровня обращаемости в пределах Европейской России конца XIX – начала XX века. Аналитическая часть исследования базируется на сборе, обработке и анализе статистических данных. Для изучения влияния факторов на обращаемость населения за медицинской помощью в работе применяются методы корреляционного и регрессионного анализа.

Степень изученности данной темы в историографии в целом невысока. Объясняется это во многом тем, что исследование обращаемости населения за медицинской помощью практически не ставилось в фокус анализа в предыдущих работах. Стоит отметить, что земские статистики безусловно проявляли интерес к статистике обращаемости за медицинской помощью: при их непосредственном участии составлялись медицинские отчеты и аналитические записки; однако эта статистика во многом представляла

интерес для них как источник для формирования картины заболеваемости населения. Впрочем, более корректным термином для обозначения объекта их исследования была бы картина *выявленной* заболеваемости, так как значительная часть заболевших не обращалась за медицинской помощью в больницы и лечебницы. В том числе поэтому важно изучение обращаемости за медицинской помощью, так как ее анализ может позволить выявить факторы, влияющие на обращаемости и не-обращаемость в больницы (что, в свою очередь, влияет на картину выявленной заболеваемости).

Исследователи общественной медицины периода конца XIX – начала XX вв. в фокусе своих исследований ставили развитие организации медицины в Европейской России, деятельность врачей, лечебных заведений, органов медицинского управления, в то время как обращаемость за медицинской помощью, которая является индикатором взаимодействия населения и институтов общественной медицины, оставалась вне поля их исследовательского интереса. В данном же исследовании фокус ставится именно на этом аспекте функционирования здравоохранения.

Источниковая база исследования в основном составлена из опубликованных медико-статистических материалов. В первую очередь, это «Отчеты о состоянии народного здоровья и врачебной помощи населению в России» Управления главного врачебного инспектора МВД – решение об их использовании было принято на основе компаративного анализа этого источника и «Обзоров губерний» – приложений к губернаторским отчетам (которые проигрывают первым как по удобству использования, так и по согласованности включенных сведений). Они содержат богатые медико-статистические сведения об инфраструктурном состоянии и обращаемости за медицинской помощью на уровне губерний Российской империи. Также в исследовании используется «Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г.», составленный Хозяйственным департаментом МВД на основе медицинской статистики уездных земств в Европейской России и используемый для анализа уровня обращаемости на уездном уровне.

Для исследования обращаемости на участково-волостном уровне использовались медицинские отчеты Самарской земской уездной управы – они представляют интерес потому, что позволяют провести анализ не только на уровне врачебных участков, но и на уровне волостного административного деления (в силу доступности данных).

Научная новизна работы обусловлена малой степенью изученности существующих данных в оптике поставленной проблемы, а также введением методов статистического анализа, опыт применения которых в данной тематике достаточно скуден. В диссертации была произведена попытка объяснить процессы обращаемости в логике развития медицинских институтов; показано, что корреляция между развитием инфраструктуры здравоохранения и обращаемостью за медицинской помощью не является однозначно прямой.

Теоретическая значимость исследования заключается в том, что оно вносит дополнительный контекст в историографию изучения дореволюционной общественной медицины в России: обращаемость за медицинской помощью впервые анализируется как отдельный объект исследования, и его результаты могут предложить по-новому взглянуть на политику в области здравоохранения в России на рубеже XIX–XX вв.

Практическая значимость исследования обусловлена тем, что выводы и материалы диссертации могут быть использованы для подготовки новых научно-исследовательских работ и расширения интерпретаций деятельности здравоохранения в Российской империи.

Достоверность исследования определяется широким кругом его источниковой базы и верифицируемыми методами, которые автор применяет для изучения и анализа исторических источников.

Апробация результатов исследования. Настоящая диссертация прошла обсуждение на кафедре исторической информатики исторического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова и была рекомендована к защите.

Основные положения и выводы диссертационного исследования представлены в 4 научных публикациях общим объемом 4,4 п.л. в рецензируемых научных изданиях, индексируемых в базах данных Web of Science, Scopus, RSCI и в изданиях, рекомендованных для защиты в диссертационном совете МГУ имени М.В. Ломоносова по группе специальностей 5.6. – Исторические науки.

Результаты исследования были представлены на 10 международных и всероссийских научных конференциях.

Структура работы определена поставленными задачами, включает введение, 3 главы, заключение, список источников и литературы, приложения.

Положения, выносимые на защиту:

1. На рубеже XIX–XX вв. в Европейской России происходило значительное развитие инфраструктуры общественной медицины. Количество врачей и фельдшеров, больниц, больничных кроватей, уровень финансирования – многие параметры организационного состояния здравоохранения испытывали значительный рост за относительно короткий промежуток времени. Это развитие происходило с учетом довольно активного демографического роста – таким образом, организационно-инфраструктурная доступность здравоохранения также возрастала. При этом наблюдалась заметная дифференциация в уровне инфраструктурного развития общественной медицины между регионами Европейской России – наиболее развитой инфраструктура здравоохранения была в земских и остзейских губерниях, в то время как в неземских и привислинских губерниях уровень ее развития был сравнительно низок.

2. Процессы обращаемости за медицинской помощью в Европейской России в начале XX века развивались динамичным образом: с 1902 по 1913 гг. количественно ее уровень вырос практически наполовину. Обращаемость за медицинской помощью выступает в качестве индикатора взаимодействия населения и институтов медицины, и в этой логике столь высокий рост за

относительно небольшой срок свидетельствует о довольно динамичном развитии не только институтов здравоохранения, но и практик обращения за медицинской помощью.

3. В Европейской России обращаемость за медицинской помощью распределялась в значительной степени неравномерно. В земских губерниях уровень обращаемости был выше среднего по Европейской России, в то время как губернии Привислинского края существенно отставали по этому показателю. Уровень вариации обращаемости меняется при переходе от губернского аналитического уровня к уездному: для последнего характерны более высокие значения, что свидетельствует о сложной природе процессов обращаемости в приближенной аналитической оптике. Об этом свидетельствует также в значительной степени неоднородное распределение обращаемости среди уездов, относившихся к одной губернии. На участково-волостном уровне анализа также была выявлена некоторая степень неоднородности обращаемости как между врачебными участками, так и волостями.

4. Согласно результатам анализа губернского уровня, организационные факторы, характеризующие инфраструктурное состояние здравоохранения, объясняют существенную часть того, в какой мере уровень обращаемости за медицинской помощью распределялся среди губерний; т.е. интенсивность обращаемости в губернии во многом определялась количеством врачей и фельдшеров, уровнем финансирования, вместимостью лечебниц в губернии. Впрочем, эти же организационно-инфраструктурные факторы обладают несколько меньшей объяснительной силой в отношении дисперсии обращаемости в городах; в сельской местности объяснительная сила этой группы факторов значительно выше. В логике методологической рамки «моделей здорового поведения» эти наблюдения свидетельствуют о существенном влиянии инфраструктурного состояния здравоохранения на интенсивность негородской обращаемости; в то же время в городах это

влияние было ниже, что, вероятно, говорит о большем значении факторов иного рода.

5. Уездный уровень исследования показал, что организационно-инфраструктурные факторы также в существенной мере объясняют дисперсию уровня обращаемости за медицинской помощью в стационарном секторе, что соотносится с результатами анализа губернского уровня. Однако эти факторы в меньшей степени объясняют вариацию обращаемости в амбулаторном секторе, что противоречит результатам, полученным на губернском аналитическом уровне. Таким образом, результаты анализа показывают довольно комплексную картину распространенности практик обращения за медицинской помощью у населения в Европейской России в конце XIX – начале XX века.

Глава I. Историографические, источниковедческие и методологические аспекты исследования

1.1. Историографические аспекты исследования

Проблематика обращаемости за медицинской помощью тесно связана с более общей и широкой темой истории медицины, в связи с чем данный историографический обзор во многом будет сконцентрирован на анализе литературы, посвященной истории общественной медицины и здравоохранения в Российской империи конца XIX – начала XX века.

Историографическая традиция складывалась таким образом, что по временной шкале ее можно поделить на три основных этапа. Первый этап – труды дореволюционного времени, импульс появления которым был придан возникновением и развитием земской медицины. Вторым этапом – советский, пришедший на смену дореволюционному. Третий этап затрагивает исследования, выполненные в постсоветскую эпоху (в эту группу также включены работы зарубежных авторов).

Формально дореволюционный этап исторического изучения медицины и здравоохранения начался еще до введения земской реформы и образования земской медицины: это работы В.М. Рихтера⁶ и Е.Е. Петрова⁷ об истории медицины, Я.В. Ханькова⁸ – о деятельности и принципах функционирования медицинской полиции. Один из наиболее полных и обстоятельных трудов с характеристикой Приказов общественного призрения – основного органа заведования медициной до введения земской реформы (а после ее введения – в губерниях без земского статуса) – составил Н.В. Варадинов в рамках более общего описания деятельности Министерства внутренних дел и его истории⁹.

⁶ *Рихтер В.М.* История медицины в России. Ч. 1–3. М.: Тип. Московского Университета, 1814–1820.

⁷ *Петров Е.Е.* Собрание Российских законов о Медицинском управлении с присовокуплением постановлений Правительства по предмету наук: Медицинской, Фармацевтической, Ветеринарной и принадлежащих к ним Судной Медицины и Полиции Медицинской. Ч. I – III. СПб., 1826–1828.

⁸ *Ханьков Я.В.* Очерк истории медицинской полиции в России. СПб.: Тип. МВД, 1851.

⁹ *Варадинов Н.В.* История Министерства внутренних дел. Ч. I – III. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1859–1862.

При этом интересно отметить, что еще до введения земств Варадинов, отмечая, что хоть и «Правительство... неусыпно старалось об увеличении числа медиков и средств врачевания...»¹⁰, признавал, что недостаток врачей был «всегдашний», что особенно чувствовалось во время вспышек эпидемий – мнение, практически повсеместно разделяемое в отношении приказной системы среди земских деятелей в последующую эпоху. Также довольно комплиментарную характеристику системе общественного призрения в середине XIX века дал К.А. Мушинский¹¹, работавший в Хозяйственном департаменте МВД.

Однако земская реформа стала катализатором исследовательского интереса к медицине в целом, а в особенности – к земской медицине (при этом внимание к приказной системе значительно уменьшилось). Примечательно, что во второй половине XIX века часто наиболее влиятельными исследователями здравоохранения и общественной медицины стали сами врачи (в большинстве своем земские).

Один из первых трудов, посвященных исследованию земской медицины, составил И.И. Моллесон, земский врач, заведующий санитарных бюро в Саратовском, Тамбовском и Калужском губернских земствах¹². М.Я. Капустин, также земский врач, а затем депутат Государственной Думы II и III созывов, выпустил «Основные вопросы земской медицины»¹³, в которую включена доля критики разъездной системы оказания врачебной помощи¹⁴, распространенности фельдшерского приема и восприятия его как равной альтернативы приему врачебному¹⁵. В том числе в работе была затронута тема

¹⁰ Варадинов Н.В. Указ соч. Ч. 3. Кн. 2. С. 246.

¹¹ Мушинский К.А. Устройство общественного призрения в России. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1862.

¹² Моллесон И.И. Земская медицина. Казань, 1871.

¹³ Капустин М.Я. Основные вопросы земской медицины. СПб.: Типография К.Л. Риккера, 1889.

¹⁴ Там же. С. 14–15.

¹⁵ Там же. С. 29.

проблем и сложностей карточной системы ведения заболеваемости¹⁶, которая, несмотря на ее преимущества для последующего анализа процессов заболеваемости, была очень сложна и трудоемка, что накладывало дополнительную нагрузку на врача¹⁷. Стоит отметить, что эти наблюдения были сформированы на начальном этапе введения карточной системы, и они во многом оказались пророческими в связи с составлением отчетов о заболеваемости населения в последующие 25 лет.

В 1890–1893 гг. выходил «Земско-медицинский сборник»¹⁸ – один из первых крупных трудов о земской медицине, он был составлен из семи томов, в которых в относительно унифицированном (и частично в табличном) виде систематизирована информация об устройстве и состоянии земской медицины во всех 34 земских губерниях и уездах в них. Этот семитомник стал результатом коллективной работы большого числа врачей, которые готовили информационные справки по губерниям и уездам; он выпускался под эгидой Общества памяти Н.И. Пирогова как некоторое подведение итогов 25-летней деятельности земской медицины¹⁹. Составителем сборника выступил Д.Н. Жбанков, который также был автором ряда трудов и заметок по вопросам медицины и здравоохранения²⁰.

В продолжение «Земско-медицинского сборника» была выпущена «Русская земская медицина»²¹, которая обобщала полученные в ходе работы

¹⁶ Карточная система представляла собой ведение врачами индивидуальных карточек для каждого пациента с описанием болезни.

¹⁷ Там же. С. 96–130.

¹⁸ Земско-медицинский сборник. Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865 – 1890) / Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова / Обработал Д.Н. Жбанков. Вып. 1–7. М.: тип. М.П. Щепкина, 1890–1893.

¹⁹ *Егорышева И.В.* Из истории создания книги "Русская земская медицина" (1899) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016. №3. С. 99–100.

²⁰ *Жбанков Д.Н.* Нужны ли для земства больницы? Чернигов: тип. Черниг. губ. правл., 1889; *Он же.* О санитарном состоянии Смоленских народных школ. СПб.: тип. Я. Трей, 1897; *Он же.* Несколько сравнительных данных о земской и сельской медицине. СПб.: Тип. Я. Трей, 1896.

²¹ *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Русская земская медицина. Обзор развития. М.: Товарищество «Печатня С.П. Яковлева», 1899.

над сборником материалы. Первые две части, составленные Е.А. Осиповым, санитарным статистиком в Московской губернии, были посвящены статистическому описанию России по основным демографическим категориям и характеристике устройства земской медицины в России; третья часть, составленная И.В. Поповым и П.И. Куркиным, также служащими Санитарного бюро Московского земства, была посвящена истории развития и состоянию земской медицины в Московской губернии. В их представлении земская медицина являлась наиболее эффективной формой организации здравоохранения; на этом фоне резко контрастирует описание ими удручающего состояния лечебниц, которые были переданы в ведение земств из системы Приказа общественного призрения²². Это в том числе сказывалось и на характере взаимоотношений населения с земской медициной – опыт контакта с приказной системой, по мнению авторов, сформировал устойчиво неприязненный общественный взгляд на медицину, который пришлось преодолевать земским врачам²³. Впрочем, в работе также отмечалось, что, несмотря на большой прогресс, пройденный медициной за время своего существования, требовалось вложение еще большего количества ресурсов для улучшения качества оказываемой медицинской помощи²⁴.

Куркин П.И., будучи главой санитарно-статистического отделения Московского губернского санитарного бюро, являлся одним из основоположников традиции санитарной статистики. Под его руководством было составлено множество статистических работ, посвященных демографическим процессам в Московской губернии, среди которых «Статистика движения населения в Московской губернии в 1883–1897 гг.»²⁵, «Детская смертность в Московской губернии и ее уездах в 1883–1897 гг.»²⁶,

²² Там же. С. 60–71.

²³ Там же. С. 68–69.

²⁴ Там же. С. 228–229.

²⁵ Куркин П.И. Статистика движения населения Московской губ. в 1883–1897 гг. М., 1902.

²⁶ Куркин П.И. Детская смертность в Московской губернии и ее уездах в 1883–1897 гг. М.: Печатня С.П. Яковлева, 1902.

«Статистика болезненности населения в Московской губернии за период 1883–1902 гг.»²⁷, а также труды, посвященные теоретическим и практическим вопросам ведения санитарной статистики²⁸. Эти работы, новаторские для своего времени, описывали общие тенденции естественного движения населения, младенческой смертности, заболеваемости, на которые ориентировались земские статистики из других губерний. В 1961 г. был выпущен сборник его работ²⁹, которые были посвящены теоретическому осмыслению санитарной статистики, характеристике санитарного состояния Российской империи и Европы, учету заболеваемости в конце XIX века и в СССР. Также большой вклад в складывание санитарной статистики внесли статистики-теоретики, которые в том числе рассматривали методические вопросы подсчета статистики обращаемости и заболеваемости населения³⁰.

Продолжая тренд земской медицинской статистики: к рубежу XIX–XX вв. в некоторых губерниях сложилась традиция публикации статистических отчетов о заболеваемости населения. В первую очередь они основывались на данных карточной регистрации больных³¹ – карточка представляла собой унифицированный набор сведений о больном и его заболевании. Одним из

²⁷ Куркин П.И. Статистика болезненности населения в Московской губ. за период 1883–1902 гг. Вып. I–IV, М., 1907–1912 гг.

²⁸ Куркин П.И. Земская санитарная статистика (Опыт систематической библиографии). Вып. 1. Земская статистика вообще и санитарная статистика в губерниях Воронежской, Вологодской, Екатеринославской и Курской. М.: Печатня С.П. Яковлева, 1904.

²⁹ Куркин П.И. Вопросы санитарной статистики: Избранные произведения / под ред. проф. А.М. Меркова. М.: Госстатиздат, 1961.

³⁰ Новосельский С.А. Очерк статистики населения, заболеваемости и медицинской помощи в России. СПб.: Типография «Сельский вестник», 1912; Эрисман Ф.Ф. Краткий учебник по гигиене. М.: Издание А.А. Карцева, 1912; Янсон Ю.Э. Теория статистики. СПб.: Тип. Альтшулера, 1907.

³¹ Шингарев А.И. Заболеваемость населения Воронежской губернии 1898–1902 гг. Т. I. Ч. 1. Общий очерк заболеваемости: по карточной регистрации врачебных амбулаторий. Воронеж: Воронежское губ. земство, 1906; Тезяков Н.И. Заболеваемость населения Воронежской губернии в 1898 году: Общ. очерк по карточ. Материалу. Воронеж: Воронеж. губ. земство, 1900; Заболеваемость населения Саратовской губ. ... [в 1903, 1904, 1907 г.] / Отд-ние нар. здоровья при Саратов. губ. зем. управе. Саратов: Саратовская губ. земская управа, 1906–1914; Материалы по болезненности населения в 8-ми уездах Харьковской губернии, разработанные Санитарным бюро по карточкам участковых врачей за [в 1904–1909 г.] Харьков: Сан. бюро Харьковск. губ. земства, 1908–1915.

наиболее впечатляющих примеров таких отчетов стала работа И.И. Моллесона по агрегированию поселенных данных (в отличие от распространенной практики уездного принципа сборки сведений) в рамках Тамбовской губернии в табличном формате³². Отчеты, как правило, сопровождались комментариями составителей о структуре заболеваемости населения, а также о состоянии статистического учета приходящих больных. Карточная система, сведения по которой лежали в основе отчетов, оказывала амбивалентный эффект: с одной стороны, она давала более полное и систематическое представление как об индивидуальном пациенте, так и о тенденциях заболеваемости в целом при совмещении индивидуальных данных, что давало большие возможности для контроля вспышек болезней³³. Однако в то же время карточный учет заболеваемости велся исключительно врачами, из-за чего составители этих статистических отчетов упускали значительную долю обратившихся за медицинской помощью к фельдшерам (а также к вольнопрактикующим врачам), для которых ведение карточной регистрации не было характерно. В результате некоторая доля обращений за медицинской помощью оставалась вне поля видимости таких статистических сборников, отчего последние гораздо более корректно рассматривать как сборники о выявленной заболеваемости (причем степень выявления была ограничена рамками ведения карточной регистрации). В этом случае ярко проявились проблемы, очерченные еще М.Я. Капустиным и известные самим земским статистикам: в силу большой трудоемкости карточной регистрации в существовавших тогда условиях было невозможно ввести ее во врачебную практику без значительных информационных потерь – однако в целом такая проблема воспринималась как временная, и ожидалось, что со временем

³² Моллесон И.И. Краткий очерк заболеваемости и смертности населения Тамбовской губернии в трехлетие 1898, 1899 и 1900 гг. Тамбов: типо-лит. Н. Бердоносова и Ф. Пригорина, 1903–1904.

³³ Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И. Указ. соч. С. 235–237.

усовершенствование карточной системы и адаптация к ней приведет к раскрытию подлинной ценности такого формата учета данных³⁴.

Одной из ключевых работ по теме была монография Б.Б. Веселовского «История земств», в которой одна из частей была посвящена истории земской медицины³⁵. В ней Веселовский дает комплексную картину функционирования земской медицины в течение 40 лет. Автор вполне последовательно доказывает преимущественное положение земской медицины в противовес приказной системе оказания медицинской помощи и перечисляет список достижений первой: постепенный отказ от взимания платы за медицинскую помощь (в первую очередь с жителей уезда, уплачивавших земские сборы), увеличение числа врачей и больниц, в особенности в сельской местности, постепенный переход от разъездной системы к стационарной, увеличение размеров медицинских бюджетов. Впрочем, Веселовский не обходит стороной и существенную долю проблем: недостаток финансирования, сложный характер взаимодействия между земской административной бюрократией и сообществом практикующих врачей, плохо сбалансированное разделение ответственности между губернскими и уездными земствами, слабое развитие межрегиональной коммуникации врачей, неудовлетворительное состояние противоэпидемиологической борьбы, сохранение в ряде земств фельдшеризма³⁶.

Впрочем, последний пункт требует дополнительного пояснения – в том числе в связи с тем, что негативное мнение о распространенности фельдшерского приема как некачественного способа оказания медицинской

³⁴ Моллесон И.И. Краткий очерк заболеваемости и смертности населения Тамбовской губернии в трехлетие 1898, 1899 и 1900 гг. С. 9–15.

³⁵ Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. Т. 1–4. СПб.: О.Н. Попова, 1909 – 1911. Т. 1.

³⁶ Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. Т. 1–4. СПб.: О.Н. Попова, 1909 – 1911. Т. 1. С. 425–434.

помощи разделяли многие деятели земской медицины³⁷. Значительную часть корпуса медицинских сотрудников составляли фельдшеры (с более низким уровнем медицинского образования), что было в особенности характерно для сельской местности, где их численность превышала число практикующих врачей. В таких условиях распространенность фельдшерского приема была во многом неизбежным явлением, вызванным системными условиями организации здравоохранения в Российской империи. В связи с этим критика фельдшерского приема выглядит достаточно необоснованно, так как полная его замена была невозможна в силу отсутствия необходимого числа практикующих врачей, а его прекращение было бы чревато радикальным уменьшением доступности медицинской помощи, в первую очередь в сельской местности. Можно заметить, что в критике фельдшеризма просматривается критика «механического», шаблонного метода лечения в целом, что было характерно в том числе и для многих врачей³⁸. В качестве возможных решений проблемы фельдшеризма предлагалось как увеличивать число фельдшерских школ, так и в целом улучшать качество образования фельдшеров³⁹.

В качестве некоторой витрины, отражавшей достижения земской медицины, был выпущен сборник «Очерки земского врачебно-санитарного дела»⁴⁰, в котором в кратком виде была представлена характеристика земской медицины как в целом по России, так и в земских губерниях по отдельности, с приложением большого числа графических материалов (в том числе схем и чертежей устройства лечебниц, фотографий медицинского и лабораторного оборудования). Выход этого сборника был приурочен к Дрезденской и Санкт-Петербургской гигиеническим выставкам, в связи с чем становится понятен его общий комплиментарный тон.

³⁷ Канель В.Я. Что такое фельдшеризм? М.: Типография Торг. Д. «Художественная печать», 1912. С. 1–5.

³⁸ Там же. С. 18–24.

³⁹ Там же. С. 24–26.

⁴⁰ Френкель З.Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела. СПб.: «Слово», 1913.

В целом, большая часть работ так или иначе была посвящена тематике земской медицины, в основном авторами выступали сами земские деятели. Впрочем, врачи и санитарные статистики не были ограничены исключительно земской сферой и понимали важность более комплексной картины состояния общественной медицины в Российской империи, в том числе в городах. Так, во второй половине 1890-х гг. по инициативе V Пироговского съезда был проведен комплексный анализ состояния медицины в городах Российской империи. Исследование проводилось по программе, включавшей в себя вопросы о состоянии медицинской инфраструктуры, финансировании, числе больных, организации санитарной и противоэпидемиологической политики, учета движения населения. Программа рассылалась по городам (и в обратной связи были получены данные, далеко не всегда полностью отвечавшие требованиям программы), и на основе полученных в 1895–1897 гг. данных был составлен труд «Городская медицина в Российской империи»⁴¹. При этом составитель этого сборника А.А. Чертов отмечал, что городские власти делают ничтожно мало как для организации врачебной помощи для населения, так и в сфере санитарной и противоэпидемиологической профилактики (что, в свою очередь, стало особенно выпуклым в 1892–1893 гг. во время вспышек холерной эпидемии). В итоге в значительной части городов земских губерний, отмечает Чертов, ответственность за организацию медицинской части брали на себя земства, хотя это не являлось главным их приоритетом и отвлекало их от первоочередной задачи организации медицины в сельской местности⁴².

Работа по исследованию городской медицины была продолжена, и в 1914 г. вышел «Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России»⁴³. Как и предыдущий сборник по городской медицине, в нем

⁴¹ *Чертов А.А.* Городская медицина в Европейской России. Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах. М.: Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1903.

⁴² Там же. С. III.

⁴³ *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1915.

содержалась информация по основным параметрам общественного здравоохранения в городах, которая была скомпилирована на основе запрошенных из городских самоуправлений сведений об устройстве врачебной помощи, санитарной организации и противоэпидемиологических мероприятиях, ветеринарной части, финансировании медицины. Отличием сборника 1914 г. стало включение общей сводки о состоянии городской медицины в Российской империи, что позволило добавить в относительно компактном формате сведения о городской медицине и в небольших уездных городах. Отдельно стоит отметить, что эта сводка была представлена в табличном формате, позволяющем в более наглядном виде проводить сравнительный анализ о состоянии медицины в российских городах.

Также к рубежу XIX–XX веков большую значимость, в связи с индустриальным развитием страны, стала приобретать фабрично-заводская медицина. Земские врачи и статистики проявляли интерес к теме профессиональной заболеваемости рабочих, а также к условиям их труда⁴⁴. В Московской губернии в 1870–1880-х гг. были проведен детальный обзор фабрик и заводов на предмет их санитарного состояния, а также антропометрическое исследование рабочих этих заводов по основным характеристикам: роду деятельности, полу, росту, весу, возрасту, месту рождения⁴⁵. Врачи также составляли обзорные работы о состоянии фабричной медицины и доступности врачебной помощи для рабочих⁴⁶.

На рубеже XIX–XX веков большая часть литературы об общественной медицине была посвящена земской ее форме, и в целом авторы трудов, будучи сами, так или иначе, представителями медицинской системы, рассматривали вопросы, связанные с медициной, через оптику профессии. При этом, как

⁴⁴ Канель В.Я. Фабричная медицина и бюрократия. М.: «Колокол», 1906.

⁴⁵ Сборник статистических сведений по Московской губернии. Отдел санитарной статистики. Т.4. Общая сводка по санитарным исследованиям фабричных заведений Московской губернии за 1879 – 1885 гг. / под ред. Ф.Ф. Эрисмана. М.: Московское губернское земство, 1890.

⁴⁶ Дементьев Е.В. Врачебная помощь фабричным рабочим. СПб.: Типография Киришбаума, 1907, Святловский В.В. Очерк фабрично-заводской гигиены. СПб., 1901.

правило, практически вне фокуса интереса крупных работ оставался один из важных аспектов общественной медицины – как ее воспринимали сами пациенты. Такая работа предполагает большое этнографо-антропологическое исследование, и одним из наиболее примечательных примеров подобных работ стала «Русская народно-бытовая медицина»⁴⁷ Г.И. Попова. Создание ее было вдохновлено князем В.Н. Тенишевым, увлекавшимся этнографией, который организовал «Этнографическое бюро», собиравшее сведения о различных сферах жизни людей, населявших Россию⁴⁸. Так, одно из исследований бюро включало в том числе вопросы об отношении опрошиваемых к вопросам здоровья и к медицине. На основе этих данных Попов, сотрудник Тенишевского бюро, произвел компиляцию ответов великорусских крестьян в единый труд. Он показал, что отношение сельского населения к медицине было в достаточной степени сложным, и врач далеко не всегда был способен найти общий язык с пациентами, и это сильно сказывалось на том, как часто крестьяне обращались (или не обращались) к нему за медицинской помощью.

Впрочем, помимо исследователей из Тенишевского бюро, определенный интерес к теме восприятия медицины населением проявляли врачи, непосредственно осуществлявшие практику, в особенности в сельской местности. Они также отмечали сложный характер отношения крестьян к медицине⁴⁹, которое нельзя рассматривать в простой логике доступности медицинской помощи. Необходимо в этой связи отметить работу земского статистика А.И. Шингарева, который в отчете о заболеваемости населения Воронежской губернии задается вопросами о причинах обращаемости (и

⁴⁷ *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина: По материалам Этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. СПб.: Типография А.С. Суворина, 1903.

⁴⁸ *Бергер Е.Е., Тугорская М.С.* «Комплаенс» в русской деревне. Биополитика или распространение гигиенических знаний? // Диалог со временем. 2023. № 82. С. 272–284.

⁴⁹ *Шингарев А.И.* Вымирающая деревня: Опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронежского уезда. СПб.: «Общественная польза», 1907;; *Воскресенский А. П.* О практических способах популяризации врачебно-санитарных истин в народе // Вестник V съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова. 1893. №8;

необращаемости) населения за медицинской помощью⁵⁰, при этом причины такого поведения формулируются в логике культурных (низкий уровень грамотности населения, влияние традиций и суеверий) и социально-экономических (благополучие населения, урожайность) предпосылок⁵¹. Впрочем, стоит отметить, что Шингарев нередко подменяет понятия, заменяя «обращаемость» на «заболеваемость», что приводит к тому, что он нередко взаимозаменяет эти сущности – но, в любом случае, такой подход отличает эту работу от иных губернских статистических отчетов о заболеваемости населения, в которых вопросы, связанные именно с обращаемостью (а не выявленной заболеваемостью) и ее причинами, практически не формулируются.

Чуть ли не единственным случаем, когда рассматривалась проблема именно обращаемости, является серия работ Московского губернского санитарного бюро по анализу обращаемости за медицинской помощью в Московской губернии⁵². Этот материал являлся первым этапом анализа статистики заболеваемости населения за период 1898–1902 гг. Ведущий составитель этих материалов П.И. Куркин обозначает, что целью этой работы стало изучение соотношения обеспеченности населения медицинской помощью и потребности в ней. Такой анализ, по мнению Куркина, важен потому, что именно фактическая обращаемость может свидетельствовать о потребности населения в ней, что необходимо для дальнейшей разработки планов по увеличению доступности медицинской помощи⁵³. Куркин отмечает, что стимулы к обращаемости складываются не только из тенденций

⁵⁰ Шингарев А.И. Заболеваемость населения Воронежской губернии 1898–1902 гг. Т. I. Ч. 1. Общий очерк заболеваемости: по карточной регистрации врачебных амбулаторий. Воронеж: Воронежское губ. земство, 1906. С. 317.

⁵¹ Там же. С. 337–344.

⁵² Материалы по организации общедоступной врачебной помощи населению Московской губернии. М.: Московское губернское земство, 1904–1912.

⁵³ Куркин П.И. Обращаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г. М.: Московское губернское земство, 1906. С. IX–XI.

объективной заболеваемости людей, но также из их стремления сохранить свое здоровье и доверия к врачам и медицинским институтам⁵⁴.

Куркин указывает, что обращаемость в Московской губернии довольно сложна по своему содержанию из-за существенной доли в ней обращений горожан (кроме г. Москвы) и фабричного населения⁵⁵, при этом возникают трудности в сравнении этих долей друг с другом в картине общей обращаемости (связанные, в том числе, со сложностями разделения населения по видам занятости, влияющей, в свою очередь, на заболеваемость населения⁵⁶). В связи с этим Куркин намечает следующий план – исследование обращаемости по волостям, уездам и губернии в целом, а также с разделением по сельскому и фабричному секторам. Кроме того, в работе была предпринята попытка исследовать, как уровень обращаемости соотносится с расстоянием между населенным пунктом и лечебницей, соотношением мужского и женского населения, тенденциями заболеваемости и смертности. В итоге Куркин представляет достаточно сложную картину, согласно которой есть некоторая связь между уровнем обращаемости и:

- долей фабричного населения – уровень обращаемости увеличивается в большинстве регионов с высоким процентом рабочих⁵⁷;
- уровнем заболеваемости и смертности от инфекционных болезней⁵⁸ – с уменьшением этих показателей уровень обращаемости также снижается;
- плотностью населения – с уменьшением плотности населения уровень обращаемости увеличивается⁵⁹;

⁵⁴ Куркин П.И. Обращаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г. С. XII.

⁵⁵ Там же. С XVIII, 2.

⁵⁶ Там же. С. XXIII.

⁵⁷ Там же. С. 23–25.

⁵⁸ Там же. С. 33–37.

⁵⁹ Там же. С. 51.

- расстоянием до лечебницы, однако эта связь не является общей для всех регионов; в некоторых уездах с большей доступностью врачебной помощи уровень обращаемости сравнительно ниже⁶⁰.

По результатам складывается достаточно сложная картина распределения обращаемости в Московской губернии, в которой наблюдается непостоянная связь между обращаемостью населения и уровнем доступности медицинской помощи. Стоит, впрочем, отметить, что эта работа была подготовительной для последовавших более известных исследований Куркина о заболеваемости населения в Московской губернии. В рамках этой же серии вышли работы по более детальному освещению вопросов, связанных с обращаемостью фабричного населения, а также транспортной доступности медицинской помощи⁶¹.

В целом получается следующая картина анализа дореволюционной историографии, посвященной изучению общественной медицины. Активный исследовательский интерес к ней возник в первую очередь с возникновением земской медицины, и в большой степени авторами исследований выступили представители земско-медицинского сообщества, что во многом повлияло на оптику их восприятия в относительно положительном ключе. Если же оценивать этот исследовательский этап в тематическом плане, преобладали работы общеописательного и обзорного характера. Нужно отметить, что во многих работах авторы апеллировали к данным медицинской статистики. Кроме того, в работах земских врачей прослеживается линия положительного влияния самоуправления на состояние общественной медицины, что, в том числе, отражалось в довольно натянутых отношениях между земскими

⁶⁰ Куркин П.И. Обращаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г. С. 67–71.

⁶¹ Скибневский А.И. Обращаемость фабричного населения Московской губернии в лечебные заведения в 1901–1903 гг. М.: Издание Московского губернского земства, 1907; Лебедев В.С. Материалы по обращаемости населения в лечебные заведения в зависимости от расстояний за 1889–1902 гг. М.: Издание Московского губернского земства, 1908. Соколов Н.Д. Промысловые занятия населения Московской губернии и его обращаемость в лечебницы. М: Издание Московского губернского земства, 1909.

врачами и представителями властей (которые, в свою очередь, стали объектом более пристального исследовательского внимания уже в советский и постсоветский период). Это положительное влияние было одним из аргументов в общественно-политической дискуссии за распространение практики введения земского управления и на остальные регионы Российской империи.

Также следует заметить, что практически во всех работах красной нитью проходит мысль о необходимости улучшения материального положения здравоохранения – в общественную медицину вкладывалось недостаточное финансирование, не хватало врачей, больниц и кроватей в них. При этом следует отметить, что в крупных монографиях практически не уделялось внимания проблемам взаимоотношения медицины и пациента, так же как и проблемы, связанные с обращаемостью за медицинской помощью, не находились в главном фокусе исследовательского интереса в дореволюционный период. Исследования данных об обращениях велись в контексте анализа выявленной заболеваемости населения, в то время как причины обращений и не-обращений системно фактически не исследовались.

В советской историографии изучение здравоохранения дореволюционного периода во многом было ангажировано и подвержено идеологическим установкам, обязательным в социально-гуманитарных науках. Сразу после революции можно отметить некоторый дуализм в исследовательской практике. Так, в 20–30-х гг. оставшиеся в Советском Союзе деятели еще дореволюционной земской медицины и статистики выпустили некоторое число работ, в которых в достаточно комплиментарной форме приводили оценку земской медицины как предшественницы советской модели здравоохранения⁶². Впрочем, в этот же период встречались также и достаточно резкие высказывания в сторону дореволюционной в целом и земской

⁶²*Варзар В.Е.* Воспоминания старого статистика. Ростов-на-Дону, 1924; *Куркин П.И.* Санитарно-статистические таблицы. М, 1925–1926; *Скорыходов Л.Я.* Краткий очерк истории русской медицины. Л.: «Практическая медицина», 1926.

медицины в частности⁶³. Основными направлениями этой критики были обвинения, с одной стороны, в буржуазности врачебного сообщества, а с другой – в устаревшем характере земской медицины (в сравнении с советской моделью). В целом можно отметить, что в данный период большинство работ, посвященных истории дореволюционного здравоохранения, так или иначе рассматривались в компаративной оптике относительно модели здравоохранения молодого советского государства, что, по всей видимости, было связано с трендом утверждения «советского» относительно досоветской России.

С 50-х гг. этот идеологизированный тренд несколько смягчился, и последовал ряд ревизионистских работ, в которых отмечались достижения дореволюционной медицины (в подавляющем большинстве случаев земской)⁶⁴. Впрочем, в этих работах также отмечалось большое количество недостатков земской модели здравоохранения, выражавшихся в низком уровне финансирования, небольшом числе врачей (в особенности в провинции), высоком уровне смертности. Также в этот период наметился тренд на расширение проблематизации исследований о здравоохранения. В ряде работ история дореволюционного здравоохранения рассматривалась в логике социально-политических процессов в пореформенной Российской империи. При этом основная мысль таких работ заключалась в том, что авторитарный характер общественно-политического устройства страны и бедственное социально-экономическое положение населения оказывали негативное влияние на развитие общественной медицины. Это возможно было

⁶³ *Семашко Н.А.* Очередные задачи социальной гигиены в России // Социальная гигиена. Вып. 2. Апрель, 1923. С. 1–7; *Соловьев З.П.* Строительство советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1932; *Левинштейн И.И.* История фармации и организация фармацевтического дела. М.–Л.: Медгиз, 1939; *Барсуков М.И.* Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1951.

⁶⁴ *Заблудовский П.Е.* Медицина в России в период капитализма: развитие гигиены, вопросы общественной медицины. М.: Медгиз, 1956; *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Основные черты развития медицины в России в период капитализма: 1861 – 1917. М.: Медгиз, 1956; *Баткис Г.А., Лекарев Л.Г.* Социальная гигиена и организация здравоохранения. М., 1969.

изменить только путем существенной демократизации (что, по мнению исследователей, выразилось в большевистской революции и установлении советского строя)⁶⁵. Стоит отметить, впрочем, явный догматизм подобных рассуждений о соотношении авторитаризма и демократизации и их влиянии на здравоохранение.

Стоит также отметить работу К.Г. Васильева и А.Е. Сегала⁶⁶, в которой авторы на основе широкого круга источников предприняли попытку изложить и охарактеризовать эпидемиологическую историю России с XVII по начало XX вв. В целом, оценка авторами противэпидемиологической и санитарной работы здравоохранения в пореформенной России была неудовлетворительной: они отмечали, что эффективная борьба с эпидемиями в условиях как слабой санитарной деятельности, так и недостаточной инфраструктурной мощности здравоохранения была фактически невозможной (что, впрочем, также догматически связывалось с недостатками существовавшего общественно-политического строя).

Необходимо отметить определенный интерес советских историков к санитарной статистике. Если сначала работы такого рода были составлены пережившими революцию земскими деятелями⁶⁷, то к 1960-м гг. наметился определенный поворот к истории санитарной статистики исследователями, напрямую не связанными с дореволюционным здравоохранением, который, в том числе, выражался в перевыпуске работ земских статистиков⁶⁸. В 1966 г. вышел отдельный сборник, посвященный исследованию российской

⁶⁵ *Страшун И.Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг. М.: Медицина, 1964; *Очерки истории русской общественной медицины / под ред. П.И. Калью.* М.: Медицина, 1965; *Левит М.М.* Становление общественной медицины в России. М.: Медицина, 1974.

⁶⁶ *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* История эпидемий в России. М.: Медгиз, 1960.

⁶⁷ *Куркин П.И.* Санитарно-статистические таблицы; *Новосельский С.А.* Предмет и содержание отечественной санитарной статистики в досоветский период её развития // *Ученые записки МЭСИ. Т.6. Труды Кафедры демографии.* М., 1955.

⁶⁸ *Куркин П.И.* Вопросы санитарной статистики: Избранные произведения; *Новосельский С.А.* Демография и статистика: Избранные произведения / под ред. Л.Е. Полякова. М.: «Статистика», 1978.

санитарной и медицинской статистики⁶⁹. В нем представлены работы по истории статистики в доземский⁷⁰ и земский период⁷¹, отдельно рассмотрены роль земских органов и деятелей в становлении санитарной статистики, а также развитие петербургской школы медицинской статистики (которая является довольно редким объектом исследования в историографической традиции)⁷². Отмечается, что петербургская школа (будучи аффилированной с Медицинским департаментом и Управлением главного врачебного инспектора, то есть с МВД) часто подвергалась критике со стороны земских санитарных статистиков за устаревшие и неполные номенклатурные формуляры собиравшихся и публиковавшихся статистических сведений, однако эти упреки были не совсем справедливыми в силу того, что отчеты Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора были единственными источниками по медицинской статистике для масштаба всей страны⁷³. Также истории становления медицинской статистики были посвящены работы Ф.Д. Маркузона⁷⁴, который в том числе рассматривал проблемы ведения городской санитарной статистики в дореволюционной России (и по заключению которого учет заболеваемости в городах значительно уступал по качеству земской статистике)⁷⁵, и А.И. Гозулова⁷⁶.

⁶⁹ Очерки истории отечественной санитарной статистики / Под ред. А.М. Меркова. М.: Медицина, 1966.

⁷⁰ Белгородская С.Н. Истоки санитарной статистики в России / Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 7–62.

⁷¹ Гринина О.В. Комплексные санитарно-статистические исследования второй половины XIX века / Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 63–121; Арсеньева-Ложкина Е.И. Роль земских врачей в развитии статистики общей заболеваемости населения / Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 121–176.

⁷² Белицкая Е.Я. Очерк развития санитарной статистики в Петербурге – Петрограде в дореволюционный период / Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 177–225.

⁷³ Там же. С. 185–186.

⁷⁴ Маркузон Ф.Д. Очерки по санитарной статистике в дореволюционной России. М.: Госстатиздат ЦСУ СССР, 1961.

⁷⁵ Он же. Санитарная статистика в городах предреволюционной России // Очерки по истории статистики СССР. М.: Госстатиздат. 1955. С. 121–162.

⁷⁶ Гозулов А.И. Очерки истории отечественной статистики. М.: Статистика, 1972.

В целом, советский период в историографии дореволюционного здравоохранения опирался на догматические суждения о преимущественном положении советского здравоохранения, относительно которого оценивалось дореволюционная медицина. В отношении последней если и приводились положительные оценки и характеристики, то во многом они меркли на фоне постулируемой невозможности построить адекватную систему здравоохранения при сохранении общественно-политического устройства Российской империи. Также стоит отметить, что, несмотря на присутствовавший некоторый интерес к вопросам, связанным с медицинской статистикой, авторы советского периода практически не рассматривали проблемы, связанные с обращаемостью населения за медицинской помощью – возможно, в этом отношении интерес был даже меньшим, чем в дореволюционный этап.

Для современного этапа в историографии характерен еще больший спектр проблематизации при исследовании дореволюционного здравоохранения. При существовании ряда работ, в которых в общем виде и в общих цифрах представлена характеристика общественной медицины в Российской империи⁷⁷, появились исследования с более узкой исследовательской оптикой. Например, был выпущен ряд статей⁷⁸ и диссертаций⁷⁹, посвященных характеристике деятельности общественной

⁷⁷ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014; Ульянова Г.Н. Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века / Под ред. акад. А.Н. Яковлева. М.: Новый хронограф, 2002. С. 624–651; *Мирский М.Б.* Медицина России X–XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005.

⁷⁸ *Баданов В.Г.* Земская медицина на Европейском Севере России: становление, развитие, результаты(1867–1917) // Вопросы истории и культуры северных стран и территорий. Сыктывкар, 2010, №1(9). С.33–48; *Гуркина Н.К.* Сельская медицина европейского севера дореволюционной России // Управленческое консультирование. 2010. № 3. С. 204–222; *Калиниченко В.П.* Деятельность Вятского земства по развитию здравоохранения в губернии. // Вятский медицинский вестник. №2. 2014 С. 41–47; *Коломейцева М.А.* Состояние здравоохранения в среде аграрного населения Области войска Донского во второй половине XIX века (по материалам крестьянства) // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2016. Т. 18. № 3 (1). С. 50–55;

⁷⁹ *Арутюнов Ю.М.* Земская медицина в Московской губернии во второй половине XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. М., 2000.; *Ахмадов Т.З.* Становление и развитие

медицины в отдельных регионах и губерниях. Во многом они были сфокусированы на изучении земской модели здравоохранения, в то время как иные формы общественной медицины конца XIX – начала XX века остаются слабоизученными. Некоторые работы были посвящены изучению фабрично-заводской медицины⁸⁰ и частной практики (в том числе в городах)⁸¹. Также следует отметить, что исследований, посвященных тематике приказной медицины (в неземских губерниях) после земской реформы, на данный момент фактически не составлено. Такая же ситуация характерна и в отношении медицины в Привислинском и Остзейском краях в обозначенный период – как минимум, в российской историографической традиции таких работ практически не представлено.

Отдельный сектор исследований – роль и деятельность врачей, непростая динамика взаимоотношений центральной власти и медицинского сообщества⁸². Примечательны работы, в которых авторы предпринимают попытку отойти от сложившегося в советской исследовательской традиции мнения о неизменном антагонизме врачей и бюрократии и показывают сложную и динамичную конфигурацию их отношений, которая включала как

врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.): диссертация ... кандидата медицинских наук. М., 2014; *Краснобородько К.А.* Становление и развитие земской медицины в Курской губернии в середине 60-х гг. XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Курск, 2010; *Назаров В.В.* Деятельность земских учреждений в области здравоохранения в 60-е гг. XIX – начале XX вв.: по материалам Саратовской губернии: дис. ... канд. ист. наук. Саратов, 2003; *Никитина А.В.* Становление и развитие земской медицины в Уфимской губернии в последней четверти XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Уфа, 2009; *Сосновская И.А.* Развитие системы здравоохранения в Орловской губернии во второй половине XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Орел, 2013; *Черноухов Д.Э.* Земская медицина Пермской губернии в последней трети XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2020; *Морозова Е.В.* Организация земского здравоохранения в Казанской губернии во второй половине XIX – начале XX века: диссертация ... канд. мед. наук. Казань, 2014.

⁸⁰ *Смирнова Е.М.* Фабричная медицина России в XIX – начале XX века // Манускрипт. 2016. №4–1 (66). С. 165–170.

⁸¹ *Смирнова Е.М.* Частная врачебная практика в России (XVIII – начало XX вв.) // Новый исторический вестник. 2014. №41. С. 44–62.

⁸² *Frieden N.M.* Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856–1905. Princeton: Princeton University Press, 1982; *Кузьмин В.Ю.* История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.). Дисс. ... док. ист. наук. Оренбург, 2005.

взаимовыгодное сотрудничество, так и антипатию на фоне политической радикализации⁸³. Кроме того, в работах, которые можно отнести к этому же направлению, рассматриваются проблемы взаимоотношения центральной власти и медицинского сообщества в части гипотетического формирования единого медицинского ведомства в Российской империи⁸⁴. Здравоохранительные функции были распределены по разным ведомствам, а Медицинский департамент и Управление главного врачебного инспектора по большей части выполняли функции мониторинга, в силу чего предлагались проекты создания отдельного медицинского органа управления, которые в итоге остались нереализованными.

Примечательна работа Ш. Хензе⁸⁵, в которой автор на комплексном изучении источников и литературы, относящимся к вспышкам эпидемии холеры в 1892 и 1907–1910 гг. в городе Саратове и в Саратовской губернии, показывает, что причиной столь высокой смертности в эпидемию 1892 г. стал системный кризис. Этот кризис включал множество факторов: провал системы противоэпидемиологического предупреждения, неудачную планировку застройки города и вытекающие проблемы с водоснабжением и отводом отходов, неэффективность карантинных мер, недостаточную доступность

⁸³ *Becker E.M.* *Medicine, Law, and the State in Imperial Russia*. Budapest – New York, 2011; *Туманова А.С.* Пироговские съезды врачей о «недугах» социального развития России начала XX века // *Медицина в годы войны и мира*. СПб.: Нестор-История, 2011; *Мазаник А.В.* *Медицина и здравоохранение в России в начале XX века // Российская империя между реформами и революциями 1906–1916 / под ред. А.И. Миллера и К.А. Соловьева*. М.: Квадрига, 2021. С. 643–667.

⁸⁴ *Hutchinson J.F.* *Politics and public health in Revolutionary Russia, 1890–1918*. Baltimore; London: The John Hopkins University Press, 1990; *Егорышева И.В., Данилишина Е.И.* Деятельность правительственной комиссии по реорганизации управления врачебно-санитарным делом в России (конец XIX – начало XX века) // *Проблемы социальной гигиены и история медицины*. 1999. № 5. С. 60–62; *Егорышева И.В., Морозов А.В.* Эволюция центральных органов государственного управления здравоохранением в дореволюционной России // *Вестник современной клинической медицины*. 2016. №3. С. 43–48; *Егорышева И.В., Морозов А.В.* Реформа здравоохранения в Российской Империи, попытки переустройства управления врачебно-санитарной частью (1886–1916) // *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2019. №4. С. 718–722.

⁸⁵ *Henze C.* *Disease, health care and government in late imperial Russia: Life and death on the Volga, 1823–1914*. London: Routledge, 2011.

медицинской помощи. В итоге этот системный кризис привел к большому числу жертв – 15 тысячам погибших; и многие черты этого кризиса повторились во время вспышек холеры в 1907–1910 гг., однако в целом урон от эпидемии был сравнительно ниже.

Можно также отметить определенный «социальный» переход в истории медицины, связанный с обращением к микроисторическим сюжетам и к социокультурным аспектам в области медицины⁸⁶.

Некоторые работы были посвящены изучению статистики. В коллективной монографии «История медицины и медицинской географии в Российской империи»⁸⁷ отдельная глава посвящена истории становления медицинской статистики в период 1770–1870 гг., в которой авторы представляют медицинскую статистику как некоторый способ «увидеть» состояние здоровья в пространстве страны⁸⁸. Ряд статей был посвящен описанию основных институтов, связанных с формированием медицинской статистики в период вплоть до революции⁸⁹. В этих работах скорее представлена история формирования статистических отделов, деятельность

⁸⁶ Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / под ред. Ю. Шлюмба, М. Хагнера, И.С. Сироткиной. М.: Алетейя, 2008; *Голикова С.В.* Кликуши. По материалам Урала XVIII – начала XX вв. // Диалог со временем. 2010. № 32; *Дякина Е.В.* Сравнительный анализ пищевой и энергетической ценности рационов крестьян Сибири и Европейской России позднеимперского периода в сопоставлении с нормами физиологической потребности конца XIX и начала XXI вв. // Исторический курьер. 2018. №2; *Пироговская М.М.* Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2018.

⁸⁷ История медицины и медицинской географии в Российской империи / Под ред. Е. А. Вишленковой и А. Реннера. М.: Шико, 2021.

⁸⁸ *Затравкин С.Н., Вишленкова Е.А.* Медицинская статистика и карты // Там же. С 216–254.

⁸⁹ *Савина А.А., Комаров С.Г., Погонин А.В.* Исторические этапы становления медицинской статистики в Москве (обзор литературы) // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №3. С. 103–121; *Вишленкова Е.А., Затравкин С.Н.* Эпидемические и санитарные карты и таблицы второй половины XIX века как «паспорта здоровья» российских территорий // Гигиена и санитария. 2022. №1. С. 102–107; *Скрьдлов А.Ю.* Изучение медицинской статистики в пореформенной России: историко-научный обзор // Социология науки и технологий. 2022. №2. С. 50–67; *Симонян Р.З.* Становление и развитие медико-санитарной статистики в России во второй половине XIX – начале XX вв. // Современная научная мысль. 2022. №2. С. 21–27.

которых была сконцентрирована на сборе и обработке статистики. Однако исследование самой медицинской статистики в задачи этих исследований не входило, и в целом они не подвергали исследовательской оптике и критике сами статистические данные. И в целом проблема обращаемости как индикатора взаимодействия медицинских институтов и населения фактически не поднимается в современных исследованиях.

В целом, обзор историографии показывает, что несмотря на довольно широкий спектр исследований в области истории медицины, в котором все же преобладает оптика характеристики медицинской организации, практически упускается из виду проблематика обращаемости за медицинской помощью. В дореволюционный период эту тематику косвенно затрагивали земские статистики, однако для них больший интерес представлял схожий показатель *выявленной заболеваемости*, в то время статистика обращаемости была своего рода одной из ее составляющих. Попов, основываясь на материалах Тенишевского бюро, произвёл условно качественное⁹⁰ исследование отношения крестьянского населения к научной медицине и медицинским институтам; впрочем, оно требует ревизии на основе современной социолого-антропологической теории. В советский и современный периоды в историографии практически не затрагивалась тема обращаемости населения за медицинской помощью, что еще раз подтверждает научную новизну данного исследования.

1.2. Источниковедческие аспекты исследования⁹¹

Источниковая база данного исследования основывается на опубликованных источниках. В их число входят медицинские статистические

⁹⁰ В смысле «qualitative».

⁹¹ При подготовке данного параграфа были использованы следующие публикации автора: *Данилов Е.В.* Динамика и факторы обращаемости населения за медицинской помощью в Европейской России начала XX века // Историческая информатика. 2022. № 4. С. 65–83. DOI: 10.7256/2585-7797.2022.4.39251; *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью в конце XIX века // Вестник Пермского университета. История. № 4(63). С. 148–160; *Данилов Е.В.* Опыт сравнительного анализа

отчеты, выпущенные министерскими и земскими органами, статистические приложения Всеподданнейших отчетов губернаторов, а также сборники демографической статистики. Выбор этих источников был предопределен логикой исследования: все они так или иначе обладают информационным потенциалом для характеристики процессов обращаемости за медицинской помощью в Европейской России в исследуемый период.

Выбор источников продиктован задачами исследования – охарактеризовать процессы обращаемости за медицинской помощью в Европейской России на трех уровнях: губернском, уездном и участково-волостном.

Для первой аналитической части исследования, посвященной анализу обращаемости за медицинской помощью в Европейской России на уровне губерний, было принято решение провести предварительное сравнительное исследование статистики двух видов источников: медико-статистических Управления главного врачебного инспектора МВД и приложений ко Всеподданнейшим отчетов губернаторов. Оба эти источника включают данные по медицинской статистике на уровне губерний, в связи с чем было принято решение сравнить, насколько данные этих двух источников согласуются друг с другом. С целью пролонгированного анализа было принято решение также использовать отчеты Медицинского департамента, ведомственного предшественника Управления главного врачебного инспектора.

источников по медицинской статистике (на основе Всеподданнейших отчетов губернаторов и отчетов Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора) России конца XIX – начала XX веков // ЭНОЖ «История». 2023. № 6; *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв.: на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда // Историческая информатика. 2024. № 1. С. 37–55.

1.2.1. Сравнение Всеподданнейших отчетов губернаторов и «Отчетов...» Управления главного врачебного инспектора (и Медицинского департамента)

Всеподданнейшие отчеты губернаторов являются одним из наиболее известных исторических источников, относящихся к периоду дореволюционной России. Они содержат в себе объемные сведения по широкому спектру социально-экономических и общественно-политических сфер⁹². Губернаторские отчеты публиковались ежегодно на следующий относительно отчетного год. В данном исследовании используются «Обзоры губерний» – приложения к отчету, в которых содержались статистические сведения. Одна из содержательных частей в этих «Обзорах...» – «Народное здравие» – была посвящена характеристике состояния общественной медицины в губернии. Согласно формуляру, в эту часть должны были входить данные о численности медицинского персонала в губернии, о количестве больниц и кроватей в них, о количестве больных, об эпидемиях и эпизоотиях, судебно-медицинской практике и благотворительных учреждениях. Однако нередко отчеты составлялись с отклонением от формуляра, с допущением пропусков некоторых данных – возможность такого явления освещена далее в тексте. Для удобства использования терминологии в последующем тексте будет использован термин «Обзор губернии...», под которым будет подразумеваться приложение ко Всеподданнейшему отчету губернатора.

Отчеты Медицинского департамента составлялись Медицинским департаментом Министерства внутренних дел из данных губернских и местных приказов общественного призрения. Отчет представлял собой набор данных о состоянии медицинской части в Российской империи за отчетный

⁹² *Минаков А.С.* Всеподданнейшие отчеты губернаторов Российской империи: современные проблемы историографии // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2016. №2 (38). С. 5–6; *Минаков А.С.* Губернаторский корпус и центральная власть: проблема взаимоотношений (по материалам губерний Чернозёмного центра второй половины XIX – начала XX вв.). Орёл: Издательский дом «Орлик», Издатель Александр Воробьев, 2011.

год; отчеты выпускались регулярно в 1880-е гг., обычно чаще всего через два или три года относительно отчетного года. Однако с 1893 по 1901 гг. вышло всего два отчета, первый из которых относился к отчетным 1893–1895 гг. и был выпущен в 1898 г., второй – к периоду 1896–1901 гг. и был выпущен в 1904 г. Вероятно, это было связано с процессом реорганизации Медицинского департамента на рубеже веков, функции которого в 1904 г. перешли к новообразованному Управлению главного врачебного инспектора, тоже относившемуся к МВД⁹³. Отчеты для 1902–1914 гг. выходили регулярно через два года от отчетного; для каждого отчетного года составлялся отдельный отчет.

Отчеты Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора являлись специализированным источником данных о состоянии здравоохранения в Российской империи. Они содержали разнообразные сведения, в том числе статистические, о состоянии общественного здоровья: сведения о рождаемости и смертности населения, числе зарегистрированных больных, количестве стационарных больных, количестве случаев заболевания заразными болезнями, численности медицинского персонала, оспопрививании, а также о состоянии медицинской инфраструктуры и данных осмотра призывников. Стоит, впрочем, отметить, что отчеты до 1902 г. (относящиеся к периоду функционирования Медицинского департамента) уступали последовавшим отчетам Управления главного врачебного инспектора в качестве информационной подачи, что выражалось как в большей формулярной рассогласованности, так и в сравнительно большем числе пропусков данных по отдельным категориям и отдельным губерниям. Для удобства в последующем тексте подпараграфа отчеты как Медицинского

⁹³Белицкая Е.Я. Указ. соч. С. 183–184; Гуркина Н.К. «Народ к медицине относится положительно...» (Врачебные инспектора в становлении медико-санитарного дела в губерниях дореволюционной России) // Управленческое консультирование. 2022. №3 (159). С. 145–146; Hutchinson J.F. Op.cit. P. 10–12.

департамента, так и Главного врачебного инспектора будут обозначены как медицинские отчеты.

Примечательным является то, что как губернаторские, так и медицинские отчеты комплектовались на основе сведений, предоставляемых местными и губернскими приказами общественного призрения, врачебными отделениями и врачебными инспекторами⁹⁴. Уже это дает некоторые основания полагать, что из-за этого сведения в этих отчетах должны быть согласованы на удовлетворительном уровне, однако далее в исследовании показано, что это предположение не соответствует действительности в полной мере.

Методология исследования

В силу огромного объема работы, который предполагает полное исследование всех европейских губерний Российской империи, было решено остановиться на контролируемом отборе из 8 губерний: Астраханской, Вологодской, Гродненской, Московской (без г. Москвы), Орловской, Самарской, Саратовской и Санкт-Петербургской (без г. Санкт-Петербурга). Выбор этих губерний вызван следующими причинами: Вологодская губерния являлась земской губернией, однако территориально относилась к северной части Европейской России; выбор Астраханской, Самарской и Саратовской губерний вызван тем, что они входили в число наиболее пострадавших от холерных эпидемий XIX – начала XX вв., в борьбе с которыми была необходима оперативная и качественная информация о распространении инфекций. Более того, Астраханская губерния, в отличие от Самарской и Саратовской, не являлась земской, но территориально граничила с ними. Гродненская губерния относилась к Западному краю и не относилась к числу земских губерний. Санкт-Петербургская и Московская относились к числу наиболее крупных губерний в социально-демографическом плане. Выбор Орловской губернии был связан с тем, что материалы отчетов орловских

⁹⁴ *Минаков А.С.* Губернаторский корпус и центральная власть... С. 241; подробнее о комплектовании Отчетов Управления главного врачебного инспектора в разделе 2.1.

губернаторов хорошо разработаны в исследовательской практике А.С. Минаковым⁹⁵. В хронологическом аспекте было принято решение исследовать материалы отчетов в 6 срезах: 1887, 1892, 1897, 1902, 1907 и 1913 гг. Принцип формирования срезов таков: придерживаться пятилетнего промежутка так, чтобы отобранные срезы включали холерный 1892 г., 1897 г. – год переписи, 1902 г. – который стал первым отчетным годом для Управления главного врачебного инспектора – с исключением в виде замены 1912 г. на 1913 г. В исследование не были включены Обзор Орловской губернии за 1897 г. и Обзор Саратовской губернии за 1907 г., так как они не были выпущены⁹⁶. Стоит также отметить, что в Обзоре Самарской губернии за 1897 г. совсем не были включены данные по медицинской части.

Сбор данных происходил по следующему принципу: были выделены категории данных, встречающихся как в Обзорах губерний, так и в медицинских отчетах, для которых были собраны статистические сведения. В последних практически все они представлены в табличном виде, в то время как в Обзорах они включены в основном в текстовом виде (за некоторыми исключениями).

В целях проведения сравнительного анализа выбранные категории были поделены на две содержательные части. Первая из них включает данные об инфраструктурном состоянии медицинской части в Российской империи, которые достаточно часто представлены в Обзорах губерний и в медицинских отчетах. Эти категории включают следующие данные: численность врачей, численность фельдшеров, число больниц, количество больничных кроватей. Кроме того, в эту часть были отнесены данные о числе больных и числе обращений за медицинской помощью⁹⁷.

⁹⁵ Минаков А.С. Губернаторский корпус и центральная власть...

⁹⁶ Раздорский А.И. Обзоры губерний, областей и градоначальств Российской империи. 1870–1916: сводный каталог. СПб.: Дмитрий Буланин, 2011. С. XXX–XXXI.

⁹⁷ Различение терминов “обращение за медицинской помощью” и “больной” в данном случае является неоднозначным: в то время как в Обзорах губерний чаще всего употребляется термин “больной”, в отчетах Медицинского департамента и в большей степени в отчетах Главного врачебного управления эти термины используются как

Вторая содержательная часть – это данные о заболеваемости заразными болезнями. Одним из элементов противоэпидемиологической борьбы является сбор информации об их распространении и принятие решений на основе этой информации. Во многом успех противоэпидемиологической борьбы определяется качеством информации об эпидемиях и заразных болезнях⁹⁸. В связи с этим было принято решение включить блок данных о заразных болезнях в это исследование.

В этой части работы ставится задача сравнения статистических данных, относящихся к медицинской части, в связи с чем компаративный метод является основным методом исследования. Заключается он в сравнении количественных данных из Обзоров губерний и медицинских отчетов по идентичным категориям. На первом этапе компаративного анализа проводится подсчет частоты точных совпадений данных идентичных категорий. Далее следует этап вычисления разницы в данных идентичных категорий в медицинских отчетах и Обзорах губерний на предмет выявления отклонений. Вычисление производится в процентном отношении; в качестве основы сравнения были взяты данные медицинских отчетов (это решение было принято в связи с тем, что практически всегда категории данных, включенные в Обзоры губерний, были представлены и в медицинских отчетах).

В процессе исследования было также выявлено, что, несмотря на существование формуляра содержания, в Обзорах губерний выбранные категории данных представлены далеко не всегда. В связи с этим также возникает потребность в изучении того, насколько согласованно эти данные представлены в отчетах. Проблема заключается в том, что подобная несогласованность может выражаться как в рамках отчетов одной губернии, так и среди отчетов разных губерний. Наиболее часто она выражается в части, относящейся к инфекционным заболеваниям – набор заболеваний варьируется

взаимозаменяемые. В целях удобства в тексте употребляется термин «обращение за медицинской помощью».

⁹⁸ Henze C. Op. cit. P. 43–50, 53–79.

не только между отчетами разных губерний, но и в пределах отчетов одной губернии в разные годы, о чем пойдет речь в исследовании.

Сравнительный анализ данных по медицинской инфраструктуре

Частота совпадений идентичных категорий должна показывать, как часто данные Обзоров губерний совпадают с данными медицинских отчетов по идентичным категориям. В таблице 1 показаны сводные результаты подсчета частоты совпадений для 5 выбранных категорий данных. Из таблицы видно, что Астраханская губерния отличается наименьшей частотой совпадений – лишь в одном случае наблюдалось совпадение числовых данных идентичных категорий во всех временных срезах. Более того, примечательным является то, что среди всех губерний именно в Обзорах Астраханской губернии указанные категории данных были представлены реже всего – 19 раз, в то время как в Обзорах остальных губерний эти категории встречаются более 20 раз во всех временных срезах. Но также примечательно, что в Обзорах всех губерний как минимум единожды не была включена какая-либо категория данных. То есть ни в одной губернии Обзоры не включали все выбранные категории, что так или иначе говорит о том, что во всех Обзорах были случаи отклонения от условного формуляра отчетов.

Таблица 1. Частота встречаемости и совпадений данных идентичных категорий.

	Число обращений	Числ. врачей	Числ. фельдшеров	Число больниц	Число кроватей	Сумма
Астраханская (макс. – 6)	4/0	5/1	0/0	5/0	5/0	19/1
Вологодская (макс. – 6)	4/3	6/2	6/1	6/1	6/2	28/9
Гродненская (макс. – 6)	6/4	6/3	6/4	5/1	5/1	28/13
Московская (макс. – 6)	6/1	5/3	3/2	4/1	6/0	24/7
Орловская (макс. – 5)	3/2	5/1	5/2	5/1	5/2	23/8
Самарская (макс. – 6)	4/0	5/2	5/2	4/0	3/0	21/4
Саратовская (макс. – 5)	2/1	5/3	5/2	5/0	5/0	22/6
Санкт-Петербургская (макс. – 6)	5/2	5/2	5/0	5/0	5/1	25/5
Сумма	34/13	42/17	35/13	39/4	40/6	194/53

Примечания: Первый столбец: «макс. – п» означает максимально возможное число включений указанных категорий данных в Обзорах губерний; это число ограничено числом используемых Обзоров. Например, «макс. – 6» для Астраханской губернии означает, что максимальное число включений данных по категориям не может превышать 6 (первая цифра в дроби во втором и следующем столбцах); для Орловской и Саратовской губерний это число не может превышать 5 в силу отсутствия Обзоров за определённые срезы.

Второй и следующий столбцы: первая цифра дроби – количество включений данных указанной категории в Обзорах губерний; вторая цифра – число совпадений данных Обзоров губерний и медицинских отчетов.

Пример чтения таблицы (первая ячейка для Астраханской губернии): в Обзорах Астраханской губернии 4 раза (из 6 максимально возможных) были включены данные по числу обращений за медицинской помощью, ни в одном из случаев эти данные не совпадали с данными медицинских отчетов.

Более часто выбранные категории включены в Обзоры Вологодской и Гродненской губерний – по 28 раз. Для Вологодской губернии лишь в двух временных срезах – в 1887 и 1907 гг. – не встречаются данные об общем числе обращений за медицинской помощью; для Гродненской губернии не включены данные о числе больниц и больничных кроватей за 1887 г. Более того, данные отчетов Гродненской губернии наиболее часто совпадают с данными медицинских отчетов – 13 раз; при этом чаще всего они совпадают

по категории числа обращений и численности фельдшеров. Впрочем, такое большое число совпадений все же не превышает половины от общего числа категорий данных (13 против 28).

При переходе от сравнения данных на уровне губерний к сравнению на уровне категорий становится явно заметным рубеж между частотой совпадений в категориях числа обращений и численности медицинского персонала, с одной стороны, и количеством больниц и больничных кроватей – с другой. Так, для двух последних категорий число совпадений составляет лишь 4 и 6 соответственно, в то время как доля совпадений данных Обзоров губерний и медицинских отчетов для числа обращений, количества врачей и фельдшеров составляет около трети из всех известных случаев их представленности в Обзорах. В целом, из 194 случаев, когда обозначенные категории данных встречаются в Обзорах губерний, лишь в 53 случаях их количественные данные совпадают с данными этих же категорий в медицинских отчетах, что составляет чуть более четверти от всех известных значений.

О чем говорят эти данные? В Обзорах губерний исследуемые категории данных представлены с разной частотой, и ни для одной губернии не характерно абсолютное соблюдение формуляра при его составлении. Впрочем, чаще всего эти категории данных все же включены в Обзоры. Однако сравнение этих данных с данными медицинских отчетов показало, что по большей части они не являются абсолютно согласованными – они совпадают лишь в четверти случаев.

На фоне выявленной довольно серьезной тенденции несогласованности данных источников целесообразным следующим этапом является подсчет разницы между данными. В первую очередь внимание было уделено категории числа обращений за медицинской помощью (таблица 2). В целом мы видим, что данные, относящиеся к Вологодской и Орловской губерниям, наиболее приближены к полному совпадению. В Вологодской губернии в единственном случае, когда данные не совпадают в 1902 г., разница по модулю

составляет 3%. В этом отношении в Орловской губернии ситуация сходная – разница в данных наблюдается лишь в 1902 г. и составляет 2,5% по модулю. В остальных губерниях, несмотря на наличие полного совпадения данных хотя бы в одном временном срезе, в отдельных случаях разница между данными отчетов губернаторов и медицинских отчетов составляет более 10% (например, в Гродненской губернии за 1892 г., в то время как в остальные временные срезы разницы нет или она довольно низка).

Таблица 2. Сравнительный анализ отклонений данных по числу обращений за медицинской помощью.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	1,5%		-6,3%		0,7%	25,4%
Вологодская	0%		0%	-3,0%		0%
Гродненская	0%	44,1%	3,1%	0%	0%	0%
Московская	0%	-19,2%	-3,2%	2,3%	0,3%	7,2%
Орловская				2,5%	0%	0%
Самарская	30,2%			-9,2%	-41,1%	2,4%
Саратовская	0%			0,1%		
Санкт-Петербургская	0%	0%	-2,4%		-0,5%	-8,8%

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Отклонения, находящиеся выше отметки 40% по модулю, наблюдаются в двух случаях – в Гродненской губернии в 1892 г. и в Самарской губернии в 1907 г. В первом случае данные из медицинского отчета больше данных Обзора; в Самарской губернии ситуация диаметрально противоположная – данные во вторых значительно больше данных в первых. В целом, несмотря на отдельные значительные отклонения в данных, сведения, относящиеся к обращаемости населения, примерно сопоставимы. Кроме того, показательно, что разница в данных принимает как положительные, так и отрицательные

значения – для этой категории данных нет стойкой тенденции превалирования сведений из одного источника над данными из другого.

Таблица 3 содержит сводные расчеты разницы данных категории числа врачей. Срез за 1887 г. отличается от остальных тем, что ни в одной губернии данные между отчетами не совпадают – в пределах от относительно незначительных показателей (в Астраханской губернии) до существенных (в Гродненской губернии). Впрочем, на остальных срезах данные отличаются не столь существенно и довольно часты случаи их совпадения. Примечательно, что, как и в случае с данными об обрацаемости, направление отклонения данных принимает как положительные, так и отрицательные значения. И если склонность к отклонению в определенную сторону не является очевидной, нельзя не заметить, что в небольшой степени данные Обзоров губерний несколько выше, чем данные из медицинских отчетов.

Таблица 3. Сравнительный анализ отклонений данных по числу врачей.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	-4,2%	-16,1%	-4,1%		0%	10,1%
Вологодская	-19,0%	-7,7%	-3,2%	11,6%	0%	0%
Гродненская	57,3%	0%	2,6%	0%	0%	5,5%
Московская	18,1%		-3,4%	0%	0%	0%
Орловская	25,8%	0,8%		0%	-0,6%	-0,5%
Самарская	-10,8%	0%		-4,8%	-0,5%	0%
Саратовская	-27,8%	0%	-4,2%	0%		0%
Санкт-Петербургская	-16,7%	0%	-17,9%		0%	-14,0%

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Похожая картина наблюдается при сравнении данных по категории числа фельдшеров (таблица 4). За исключением отдельных случаев значительных отклонений (в Вологодской губернии в 1892 г., в Московской в

1902 г. и в Самарской – в 1907 г.), разница в данных источников довольно незначительна – при этом также заметна небольшая тенденция превалирования данных медицинских отчетов. Заметное отличие заключается в том, что в Обзорах Астраханской губернии вовсе не представлена исследуемая категория данных.

Таблица 4. Сравнительный анализ отклонений данных по числу фельдшеров.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская						
Вологодская	6,0%	-48,8%	2,4%	4,8%	7,2%	0%
Гродненская	1,3%	0%	0%	0%	0%	2,3%
Московская				30,3%	0%	0%
Орловская	9,2%	10,0%		0,7%	0%	0%
Самарская	6,0%	0%		-1,9%	30,4%	0%
Саратовская	-23,7%	0%	0,2%	0%		-1,9%
Санкт-Петербургская	23,2%	1,3%	-15,3%		0,7%	0,9%

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Ситуация резко меняется при обращении к данным, характеризующим число больниц и больничных кроватей в них. Помимо того, что число точных совпадений сведений составляет всего 4 и 6 случая соответственно (таблица 1), отклонения данных между источниками принимают существенные значения. Обратимся к данным по числу больниц (таблица 5). Наиболее привлекающим внимание является срез 1892 г. – для всех губерний данные из медицинского отчета существенно выше сведений из Обзоров губерний. Впрочем, такое значительное несоответствие может объясняться тем, что в медицинском отчете за 1892 г. вместо числа больниц употребляется термин “пункты приема больных”, который, вероятно, подразумевал и иные формы медицинских учреждений (такие как амбулатории). Однако даже без учета

среза 1892 г. заметно, что отклонения в сведениях между источниками принимают достаточно большие значения.

Таблица 5. Сравнительный анализ отклонений данных по числу больниц.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	-63,6%	47,8%	-11,1%		-7,5%	46,4%
Вологодская	-13,0%	64,8%	0%	45,0%	11,8%	-1,0%
Гродненская		16,7%	0%	14,1%	18,7%	-3,8%
Московская			0%	5,6%	0,9%	-21,4%
Орловская	-1,8%	30,9%		0%	-7,2%	-6,6%
Самарская	-12,5%	49,3%		5,6%	6,0%	
Саратовская	-28,8%	41,9%	-6,2%	-35,1%		-2,2%
Санкт-Петербургская	23,3%	22,3%	-123,3%		27,3%	-20,0%

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Примечательно, что данные по расхождениям данных в категории “больничные кровати” также достаточно существенны (таблица 6). Больничные кровати так или иначе ассоциированы с больницами – именно их наличие обеспечивает возможности медицинского учреждения оказывать медицинскую помощь в стационарном секторе и в целом отличает больницу от амбулатории. На срезе 1892 г. практически в каждом Обзоре губернии данные в количественном выражении меньше, чем в медицинских отчетах, что также может свидетельствовать о том, что данные о числе больниц в медицинском отчете за тот же год были завышены в силу терминологической неоднозначности. Более того, корреляционный анализ показал, что между расхождениями в данных по категориям “больницы” и “больничные кровати” (при исключении данных среза 1892 г.) наблюдается значимая корреляционная связь ($p < 0,05$). Впрочем, эта связь равна $r = 0,39$, что является довольно низким показателем – корреляция между расхождениями в данных

относительно низкая. Но, даже исключая срез 1892 г., сложно не заметить, что в целом отклонения данных в источниках существенно чаще и больше, чем разница данных о численности мед. персонала и количестве обращений.

Таблица 6. Сравнительный анализ отклонений данных по числу больничных кроватей.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	18,1%	-56,3%	1,4%		1,8%	11,9%
Вологодская	-14,4%	-5,1%	0%	67,8%	31,3%	0%
Гродненская		-14,1%	0%	0,1%	8,1%	5,2%
Московская	66,2%	-108,6%	0,6%	11,5%	28,5%	32,7%
Орловская	-17,0%	-24,9%		0,9%	0%	0%
Самарская	9,6%			25,1%	20,3%	
Саратовская	-26,7%	16,7%	-0,1%	-16,2%		-0,1%
Санкт-Петербургская	46,7%	-133,4%	2,4%	0%	31,6%	9,8%

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Сравнительный анализ отклонений данных источников показал результаты, которые были ожидаемы на фоне результатов анализа частоты совпадений данных. Для таких категорий, как число обращений, численность врачей и фельдшеров, характерен довольно высокий уровень совпадений данных, а отклонения сведений в источниках относительно небольшие по сравнению с категориями количества больниц и больничных кроватей – для этих категорий характерно как малое число совпадений, так и довольно высокий уровень разницы между данными Обзоров и медицинских отчетов. В чем причина такого несоответствия? Дать однозначный ответ на этот вопрос затруднительно, однако вероятно, что это может быть связано с отсутствием единой медицинской организации и дисперсией ее функций между разными

ведомствами, в том числе и в области управления медицинскими учреждениями и их учета⁹⁹. Возможно, это вызывало сложности при их учете.

В целом, исследование блока данных по медицинской инфраструктуре показало, что уровень совпадения данных Обзоров губерний и медицинских отчетов достаточно невелик и составляет около четверти от общего числа встречаемости исследуемых категорий данных. В Обзорах губерний нередко встречаются случаи отхода от формуляра отчета, что выражается в невключении отдельных категорий сведений с варьирующейся от губернии к губернии частотой. Кроме того, при сравнении количественных данных источников было выявлено, что сведения о числе обращений за медицинской помощью, а также численности медицинского персонала относительно сопоставимы, однако данные по числу больниц и больничных кроватей значительно расходятся. Вне зависимости от причин, это свидетельствует о том, что необходимо критично относиться к данным о принимающей способности медицинской инфраструктуры и ее стационарного сектора при обращении к ним в исследовательской практике (и, например, привлекать дополнительные источники, такие как Список больниц Гражданского ведомства в Российской империи¹⁰⁰).

Сравнительный анализ данных по заразным болезням

К началу XX века проблема эпидемий в России оставалась все такой же актуальной: вспышка холеры в 1892 г. была одной из крупнейших в XIX веке, а в 1904–1910 гг. вновь наблюдался рост заболеваемости этой болезнью¹⁰¹.

⁹⁹ *Фрейберг Н.Г.* Врачебно-санитарное законодательство // Справочник по общественно-санитарным и врачебно-бытовым вопросам. М.: Практическая медицина, 1913. С. 6–10, 738–740; *Hutchinson J.F.* Op. cit. P. 2–13.

¹⁰⁰ Список больниц Гражданского ведомства в Российской империи. Спб.: Тип. М-ва вн. дел, 1907.

¹⁰¹ *Васильев К.Г., Сегал А.Е.* Указ. соч.; *Henze С.* Op. cit; *Михель Д.В.* Общественное здоровье и холерный вибрион: российская империя, медицина и бактериология начала XX века перед угрозой холеры // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия История. Международные отношения. 2008. №2. С. 64–74; *Райкова С.В.* Из истории борьбы с холерными эпидемиями в России // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. №7. С. 114–116.

Одним из необходимых элементов эффективного противостояния инфекциям и эпидемиям является информация об их распространении. В частности, как показывает опыт эпидемии холеры 1892 г., недостатки механизмов передачи информации во многом стали одной из причин неудачной противоэпидемиологической борьбы¹⁰².

В данном разделе предлагается оценить степень представленности сведений о заразных заболеваниях в отчетах губернаторов и медицинских отчетах, а также сравнить их на предмет сопоставимости (таблица 8). Суммарно за период с 1887 по 1913 гг. в медицинских отчетах содержатся сведения о 30 видах заразных болезней – их список постоянен и практически неизменен на всем протяжении исследуемого периода. В этом смысле Обзоры губерний серьезно отличаются: ни один Обзор не включал список всех заразных заболеваний, представленных в медицинском отчете за соответствующий срез. Наиболее детализированным в этом отношении был Обзор Санкт-Петербургской губернии за 1887 г. – в него были включены сведения о 21 заболевании (более того, примечательно, что количественные сведения для этой категории данных во всех случаях совпадали с данными медицинского отчета). Впрочем, это явление не приняло характер тенденции, и уже в 1892 г. число заразных заболеваний снизилось до 14, а с 1902 г. их включение в текст Обзора и вовсе прекратилось.

Чаще всего в Обзорах губерний встречается информация о распространении сифилиса и оспа – 29 и 28 раз соответственно (таблица 7). В первую пятерку представленных заболеваний также входят скарлатина, брюшной и сыпной тифы. Такое частое включение сведений о сифилисе так или иначе свидетельствует о том, что его восприятие в общественно-политическом пространстве было достаточно серьезно¹⁰³. Примечательно, что сведения о распространении холеры были включены гораздо реже – 13 раз (это

¹⁰² Henze С. Op. cit. P. 55–56.

¹⁰³ Кежутин А.Н. Медицинские работники России в борьбе с сифилисом (на материалах общероссийской медицинской периодики 1894–1914 гг.) // Вестник Костромского государственного университета. 2013. №1. С. 152–155.

число, вероятно, было связано с частотой ее появления в губерниях). Однако их включение часто сопровождалось подробным текстовым изложением о мерах по противодействию вспышек холеры в губернии¹⁰⁴ (в особенности в отчетах Астраханской, Самарской и Саратовской губерний в холерные годы).

Таблица 7. Частота встречаемости сведений о заразных болезнях в Обзорах губерний.

Заболевание	Частота встречаемости	Заболевание	Частота встречаемости
Сифилис	29	Коклюш	24
Оспа	28	Дизентерия	22
Скарлатина	27	Грипп	22
Брюшной тиф	27	Венерические болезни	16
Сыпной тиф	26	Возвратный тиф	15
Дифтерит	25	Неопределенный тиф	14
Корь	25	Холера	13

Таблица 8. Частота встречаемости и совпадений данных в категории заразных болезней.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913	Всего
Астраханская	6/6	10/0	10/10	0/0	7/1	10/0	43/17
Вологодская	6/5	3/2	4/2	14/11	12/8	12/10	51/38
Гродненская	14/12	12/11	11/11	14/11	15/14	12/4	78/63
Московская	2/0	2/0	1/0	1/0	12/0	11/7	29/7
Орловская	18/1	4/2		10/0	8/0	7/0	47/3
Самарская	0/0	2/0	0/0	0/0	2/0	4/0	8/0
Саратовская	13/9	8/5	18/5	15/13		18/4	72/36
Санкт-Петербургская	21/21	14/4	15/0	0/0	0/0	0/0	50/25

Примечание: первая цифра дроби – количество включений данных указанной категории в Обзорах губерний; вторая цифра – число совпадений данных Обзоров губерний и медицинских отчетов;

черным цветом отмечены ячейки, для которых Обзоры губерний за соответствующие годы не включены в исследование.

¹⁰⁴ Вспышки эпидемий довольно часто отражались в отчетах в более детальном виде. См.: Минаков А.С. Губернаторский корпус и центральная власть... С. 253.

Пример чтения таблицы (первая ячейка для Астраханской губернии): в Обзоре Астраханской губернии за 1887 г. были включены данные по 6 видам заразных заболеваний, в 6 случаях эти данные совпадали с данными по тем же заразным заболеваниям из медицинских отчетов.

При обращении к данным о частоте встречаемости заразных заболеваний в Обзорах губерний видно, что наибольшее количество раз они представлены в отчетах Гродненской губернии – 78 раз. При этом примечательно, что по этой губернии наиболее часто совпадают данные из двух источников – 63 раза из 78 случаев включения. Реже всего инфекционные заболевания освещались в отчетах Самарской губернии – 8 раз при полном отсутствии совпадения данных. Примечательно, что в Обзорах Санкт-Петербургской губернии информация о заразных болезнях прекратила публиковаться с 1902 г. – при довольно широком ее освещении в предыдущий период. В целом, наиболее часто информация о заразных заболеваниях включалась в Обзоры губерний в 1887 г. – 80 раз, однако в дальнейшем она встречалась значительно реже, и только к 1913 г. количество упоминаний заразных болезней достигло 74.

Подобная картина включения и невключения сведений о заразных заболеваниях говорит о том, что при составлении Обзоров губерний имелось примерное представление о необходимости освещения ситуации с распространением заразных болезней, однако строгий формуляр заполнения этой тематической части, по всей видимости, не сформировался¹⁰⁵ – причем как в рамках одной губернии в хронологической перспективе, так и на межгубернском уровне. Впрочем, разнообразные и относительно стабильно встречающиеся данные об инфекционных заболеваниях содержались в отчетах Гродненской губернии и, за некоторыми исключениями, Саратовской и Вологодской губерний. Можно заметить, что к 1913 г. растет число случаев включения сведений в Обзоры губерний – в 5 из 8 Обзоров их число достигло как минимум 10.

¹⁰⁵ *Минаков А.С.* Губернаторский корпус и центральная власть... С. 252–254.

Для того, чтобы оценить степень согласованности данных по заразным болезням, было принято решение выделить три вида заболеваний: сифилис, оспу и холеру (таблицы 9 – 11). В случае с сифилисом наблюдается довольно сложная ситуация: в половине случаев расхождение данных источников составляет от 0 до 5% по модулю. В остальных случаях отклонение между данными Обзоров губерний и медицинских отчетов выше 5%-го порога – часто в значительной мере. Более того, определенного паттерна этих расхождений в пределах одной губернии не наблюдается, так как для одной и той же губернии могут быть характерны как точное совпадение, так и достаточно серьезная разница на разных временных срезах. В сравнении с сифилисом, данные по оспе гораздо более консистентны. Наибольшее отклонение – в Самарской губернии на срезе 1887 г. В остальном же практически в каждом случае, когда в Обзоре губернии встречаются количественные сведения по оспе, они совпадают с данными медицинских отчетов.

Сведения о холере как в Обзорах губерний, так и в медицинских отчетах встречаются гораздо реже – вероятно, в силу непостоянного характера холерных вспышек. Привлекает внимание, что некоторые случаи заболевания холерой, отраженные в медицинских отчетах, не были отражены в соответствующих Обзорах губерний. Это вызывает удивление, так как осведомленность о движении холеры являлась чрезвычайно важной и актуальной. В Московской, Самарской и Саратовской губерниях в 1887 г., согласно отчету Медицинского департамента, было выявлено 6, 159 и 1 случай заболевания холерой соответственно, в Московской губернии в 1892 г. было выявлено 280 случаев, в Орловской губернии в 1913 г. – 10 случаев. Ни в одном случае число заболеваний не достигает отметки в тысячу; впрочем, невключение сотенных показателей вызывает вопросы.

Во-вторых, наибольший интерес вызывает срез 1892 г., печально известный вспышкой холерной эпидемии. Практически во всех губерниях, в Обзорах которых были представлены сведения о распространении холеры,

данные источников примерно согласуются (за исключением Орловской губернии, в которой данные Обзора губернии были значительно выше данных отчета Медицинского департамента). В остальных срезах между данными источников наблюдается существенная количественная разница.

Таблица 9. Сравнительный анализ отклонений данных по числу выявленных случаев заболевания сифилисом.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	0%	9%	0%			-176%
Вологодская	0%		0%	22%	-27%	-29%
Гродненская	-99%	0%	0%	63%	35%	
Московская	-3%	-1%	-1%	-22%		
Орловская	-28%	-14%		-5%	-13%	
Самарская		16%				
Саратовская	-110%		0%	0%		0%
Санкт-Петербургская	0%	0%				

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Таблица 10. Сравнительный анализ отклонений данных по числу выявленных случаев заболевания оспой.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская	0%	-3%	0%			
Вологодская	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Гродненская	0%	0%		0%	0%	0%
Московская					16%	0%
Орловская		2%			12%	
Самарская	-51%					
Саратовская	0%	0%	0%	0%		0%
Санкт-Петербургская	0%	-12%	-29%			

Примечание: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета,

В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам.

Таблица 11. Сравнительный анализ отклонений данных по числу выявленных случаев заболевания холерой.

Губерния	1887	1892	1897	1902	1907	1913
Астраханская		5%			0%	
Вологодская			40%			
Гродненская		0%	0%			
Московская					27%	
Орловская	31%	-36%				
Самарская		2%			12%	
Саратовская		0%				
Санкт-Петербургская	0%	2%				

Примечания: значение в ячейке – результат отношения данных из медицинских отчетов и Обзоров губерний по указанной категории по формуле:

$$\frac{A}{B} * 100\% - 100\%,$$

где А – числовое выражение данных по соответствующему году из медицинского отчета, В – числовое выражение данных по соответствующему году из Обзора губернии. Красным отмечены ячейки, для которых данные по соответствующему году не представлены в Обзоре губернии, черным отмечены ячейки, для которых в исследовании не включены Обзоры губерний по соответствующим годам. Оранжевым отмечены ячейки, для которых, согласно медицинским отчетам, в губернии за соответствующий были зафиксированы случаи заболевания холерой, в то время как в Обзорах губерний таких сведений нет.

В целом, сравнительный анализ данных по блоку заразных болезней показал следующее. Обзоры губерний, согласно формуляру, должны включать сведения о заразных заболеваниях. Однако на практике это требование не выполнялось в полной мере: в Обзорах не сложился строгий формуляр сведений о заразных болезнях – так или иначе наблюдались определенные пропуски отдельных видов заболеваний. Более того, при сравнении Обзоров губерний одного временного среза выясняется, что общий формуляр для всех губерний был еще менее выражен, чем формуляр, характерный для одной губернии. Кроме того, сведения о распространении оспы (и несколько в меньшей степени холеры) достаточно хорошо согласованны. Но данные по сифилису нередко значительным образом разнятся – причина такого явления

неизвестна. Возможно, это связано с особенностями учета хронических заболеваний, а именно с различием нововыявленных больных и уже «наблюдавшихся» в течение некоторого времени (методы лечения сифилиса в эру, предшествующую введению во врачебную практику антибиотиков, были гораздо менее эффективными). Однако в данный момент мы не располагаем достаточным количеством свидетельств для перехода от предположений к утверждениям.

Выводы на основе сравнительного анализа

Общие результаты этой части исследования можно оформить в следующих тезисах.

Во-первых, Обзоры губерний не являются тотально унифицированным источником: нередко в них не включены те или иные категории данных, место которых определено в условном формуляре содержания Обзоров. Причины такой рассогласованности не вполне ясны; одним из возможных объяснений может быть связано с поспешностью составления отчетов ввиду коротких сроков предоставления их в Петербург. Впрочем, такое возможное объяснение является слишком удобным для исследователя, фактически не требующим более глубокого анализа бюрократического функционирования, в том числе и поэтому не может рассматриваться в качестве единственного. Примечательно, что со временем эволюция Обзоров не предполагает неизбежного их усложнения и увеличения категорий сведений, представленных в них. В некотором смысле в ходе исследования наблюдалась обратная тенденция: наибольшее число заразных болезней, сведения о которых были включены в Обзоры, приходится на начальный временной срез – 1887 г., за которым идет период довольно резкого спада и постепенного восстановления.

Эти наблюдения говорят о том, что рассматривать эволюцию губернаторских отчетов в некотором кумулятивном смысле было бы неверно: эпизоды усложнения формуляра Обзоров сменяются исчезновением отдельных видов данных – и наоборот. Впрочем, также однозначно

утверждать о хаотичном характере составления отчетов тоже было бы неверно, но для более уверенных утверждений в нашем распоряжении нет достаточных данных.

Во-вторых, сравнение количественных данных показало, что данные Обзоров и отчетов Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора чаще всего не идентичны и не совпадают. Более того, эти данные отличаются друг от друга как незначительно – в пределах нескольких процентов, так и довольно существенно. Наблюдается определенная тенденция в том, что данные Обзоров, относящиеся к числу обращений за медицинской помощью и численности медицинского персонала, гораздо лучше согласуются с данными медицинских отчетов, чем данные о числе больниц и больничных кроватей. В некотором смысле это парадоксально, так как факт существования больницы довольно трудно оспаривать, что теоретически должно было бы, напротив, способствовать большей согласованности данных о них. Однако этого не происходит, что, возможно, связано со сложным устройством управления медицинской частью в дореволюционной России (но на данном этапе достаточных сведений для более уверенных попыток объяснить высокую степень несогласованности данных у нас нет).

Стоит также отметить, что при сопоставлении данных не наблюдается определенного тренда превышения количественных показателей в источниках относительно друг друга: в случае несовпадения данные как Обзоров губерний, так и отчетов Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора могут быть больше относительно друг друга. Это говорит о том, что большее время для составления медицинского отчета и, соответственно, большие возможности по сбору и агрегированию данных не означают автоматического увеличения количественных показателей относительно Обзоров. Впрочем, мы также не можем быть уверены в том, что большее время на составление отчетов означает большую надежность и адекватность содержащихся в них данных.

В-третьих, Обзоры и отчеты Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора содержат достаточно разнообразные данные о заразных болезнях и заболеваемости ими, однако последовательность их включения в текст Обзоров варьируется от губернии к губернии. Кроме того, сравнение данных по отдельным видам болезней показало, что, например, в отношении оспы наблюдается довольно высокий уровень согласованности данных, в то время как данные по распространению сифилиса показывают скорее обратную картину.

Таким образом, сравнение двух источников – Обзоров губерний, относящихся к Всеподданнейшим отчетам губернаторов, и отчетов Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора – показало, что эти источники так или иначе содержат информацию об одном и том же процессе – за некоторыми исключениями. Так, данные о числе обращений за медицинской помощью и численности медицинского персонала являются хорошо сопоставимыми, отчего их использование в исследовательской практике представляется относительно адекватным. В то же время к данным о количестве больниц и больничных кроватей стоит относиться с осторожностью.

Впрочем, в этом аспекте большее доверие вызывает отчетность Медицинского департамента, так как именно в его компетенцию входил мониторинг состояния и функционирования институтов общественной медицины в Российской империи. Так, в 1889¹⁰⁶, 1892¹⁰⁷ и 1907¹⁰⁸ гг. были выпущены списки больниц гражданского ведомства, в которых были перечислены все больницы и лечебницы, находившиеся на территории Российской империи (за исключением больниц, относившихся к Военному и

¹⁰⁶ Больницы в губерниях и областях Российской империи по сведениям за 1887 год. СПб.: Тип. М-ва вн. дел. 1889.

¹⁰⁷ Гребенщиков В.И. Больницы гражданского ведомства в Российской империи. СПб.: Тип. М-ва вн. дел. 1892.

¹⁰⁸ Список больниц Гражданского ведомства в Российской империи. СПб.: Тип. М-ва вн. дел, 1907.

Морскому министерству). Выпущены они были сотрудниками Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора, то есть эта информация, вероятно, была также доступна внутри этого же ведомства и при составлении Отчетов о состоянии народного здоровья. Следовательно, можно с некоторой степенью уверенности предполагать, что благодаря этой внутриведомственной связи сведения Отчетов о состоянии народного здоровья в части, касающейся больничной инфраструктуры, вызывают большее доверие и в целом пригодны для использования в исследовательских целях.

В целом же, отчеты Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора – это специализированный вид отчетности, который выпускался ведомством, непосредственно осуществляющим мониторинг деятельности медицинских институтов в Российской империи. Это, а также удобный формат представления данных (в виде сводной статистики) составляют преимущество для использования этих источников в качестве основных. Эти отчеты используются в исследовании как источник данных о медицинской инфраструктуре и числе обращений для анализа процессов, связанных с обращаемостью, на губернском уровне в Европейской России. В рамках данного исследования было решено сконцентрироваться на «Отчетов о состоянии народного здоровья» Управления главного врачебного инспектора.

1.2.2. Другие источники

Для анализа процессов, связанных с обращаемостью населения, на уездном уровне был использован «Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 год». Он был выпущен Третьим отделением Хозяйственного департамента МВД в 1902 г. (который затем был включен в общий сборник, посвященный обзору образования, медицины и экономического положения населения, вышедший в 1904 г.). Название сборника говорит само за себя: в нем собраны статистические сведения, относящиеся к функционированию земской медицины. Этот источник интересен тем, что медицинская статистика в нем представлена для 360 уездов

34 губерний, в которых действовали земства по состоянию на 1898 г., что позволяет провести анализ на дополнительном, более глубоком уровне административного деления. Это дает возможность усложнить и разнообразить аналитическую оптику при исследовании процессов, связанных с обращаемостью населения за медицинской помощью, благодаря применению не только губернских, но и уездных данных.

Наконец, третья основная группа источников – это медицинские отчеты Самарской уездной земской управы, выпускавшиеся в 1880-х – 1910-х гг. Эти отчеты являли собой сборники статистических сведений о состоянии медицины и здравоохранения в Самарском уезде. Каждый отчетный год был отражен в отдельном отчете, которые выпускались в следующем за отчетным году. Формуляр отчетов с течением времени менялся: в 1880–1890-х гг. они в основном состояли из двух условных частей: из отчетов врачей о состоянии дел за отчетный год в медицинских участках, к которым они были прикреплены, а также общей сводки по уезду, которая составлялась на основе участковых отчетов. Впрочем, к началу XX в. формуляр претерпел изменения: в медицинские отчеты были введены протоколы и журналы совещаний врачей уезда, на которых часто обсуждались организационные вопросы: о выплате пособий, об открытии новых лечебниц, о режиме работы¹⁰⁹, о командировках¹¹⁰ и т.д. Также постепенно (но с определенной степенью нерегулярностью) усложнялся и формуляр отчетов, добавлялись новые категории данных. Эти отчеты были использованы в исследовании для того, чтобы проанализировать процессы обращаемости за медицинской помощью внутри одного уезда – на уровне медицинских участков и волостного административного деления (в данном случае, на примере Самарского уезда).

¹⁰⁹ Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году. Самара: Типография Л. М. Азеринского, 1914. С. 133.

¹¹⁰ Там же. С. 117.

Более конкретно используемые источники будут описаны в главах 2 и 3 для более удобного ориентирования в архитектуре данных и принципах их использования в исследовании.

В целом, данные перечисленных трех видов источников: отчетов Главного врачебного инспектора, «Обзора деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 год» и медицинских отчетов Самарской уездной земской управы – позволяют провести анализ процессов обращаемости за медицинской помощью на трех уровнях: губернском, уездном и участково-волостном внутри одного уезда. Впрочем, помимо данных по медицинской статистике, для такого исследования необходимы демографические сведения.

Для оценки уровня обращаемости необходимы демографические сведения. Данные по численности населения для начала XX века, используемые на губернском уровне, брались также из отчетов Управления главного врачебного инспектора, которые, пусть и уступают в точности сведениям, полученным в результате Всероссийской переписи населения, все же дают относительно правдоподобную картину населенности губерний Российской империи. Для анализа уездного уровня были использованы данные Всероссийской переписи населения – из сборников по отдельным губерниям, составленных Н.А. Тройницким¹¹¹ (выбор в пользу отдельных губерний сделан потому, что в них содержатся данные в том числе по грамотности населения, которые также используются в исследовании). Для части исследования, относящейся к анализу обращаемости в Самарском уезде, также использовались данные на основе Всероссийской переписи

¹¹¹ Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г.: [кн. 3, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 24–27, 29–31, 33–48, 50] / под ред. Н.А. Тройницкого. СПб.: Изд. Центр. стат. комитета М-ва внутренних дел, 1899–1905.

населения¹¹²; кроме того, были привлечены демографические данные на основе губернских подворных переписей¹¹³.

Помимо этого, в исследовании используются источники по медико-санитарному законодательству в Российской империи. В этом качестве выступили Устав Врачебный издания 1905 г. который являлся компиляцией законодательных актов, регулирующих сферу медицинской деятельности в Российской империи¹¹⁴, а также сборник по врачебно-санитарному законодательству¹¹⁵, составителем которого выступил Н.Г. Фрейберг, управляющий делами межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства¹¹⁶. В сборнике были сведены и систематизированы все действующие нормативно-правовые акты (на основе Устава Врачебного 1905 г.) по тематическим категориям, касающиеся медицинской деятельности в Российской империи по состоянию на 1913 г. Эти источники используются для уточнения вопросов, связанных с регулированием сбора статистики.

Обзор исследуемых источников показал следующее. В ходе сравнительного анализа губернаторских отчетов и отчетов Медицинского департамента и Управления врачебного инспектора было принято решение использовать в исследовании второй источник, при этом в качестве основного выступают отчеты Управления главного врачебного инспектора. В целом же, выбранный круг источников позволяет охарактеризовать картину

¹¹² *Протопопов И.А.* Список населенных мест Самарской губернии. Самара: Губ. тип., 1900.

¹¹³ Подворная перепись крестьянских хозяйств Самарской губернии / Оценочно-статистическое отделение Самарского губернского земства. Самара: типография Губернского земства, 1913–1915. Самарский уезд. 1913.

¹¹⁴ *Колычев Л.А.* Устав врачебный, изд. 1905 г. и по прод. 1912 и 1913 г.г., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постановками разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями. Петроград: издание юридического книжного магазина В. П. Анисимова, 1915.

¹¹⁵ *Фрейберг Н.Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России. СПб.: «Практическая медицина», 1913.

¹¹⁶ *Егорышева И.В.* Н.Г. Фрейберг – видный организатор отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2001. № 6. С. 53

обращаемости за медицинской помощью на трех уровнях – губернском, уездном и участково-волостном внутри одного уезда (на примере Самарского уезда); более подробная справка о структуре источников и методе их применения будет представлена в начале аналитических глав.

1.3. Методологические и методические аспекты исследования

В исследовании используются исторический, историко-сравнительный, историко-генетический методы. Помимо этого, данная работа базируется на теоретико-методологической основе таких понятий, как медиализация и «health seeking behavior»¹¹⁷. Выбор этой теоретико-методологической модели связан с тем, что обращаемость за медицинской помощью представляет собой достаточно сложный социальный процесс, который происходит под влиянием большого количества факторов. Факт обращения за медицинской помощью – это результат взаимодействия человека и институтов здравоохранения, и этот результат зависит от их состояния и характеристик, а также некоторых внешних процессов. Факт обращения зависит и от того, насколько система здравоохранения способна принимать пациентов, и от потребности и готовности пациента обращаться за медицинской помощью (а также от осознанности, что он нуждается в этой помощи вообще), что сформировано, в свою очередь, как эндогенными, так и экзогенными факторами.

Эта готовность и осознанность во многом определяется отношением человека к медицине, а также тем, насколько значительно присутствие и влияние научной медицины в жизни человека. С 60–70-х гг. XX века эта тема стала предметом исследовательского интереса социальных исследователей в концептуальной рамке понятия «медиализации». Одним из основных течений в рамках этого понятия стала фукольдианская интерпретация медиализации. Мишель Фуко в работах по истории медицины, безумия и девиантного поведения рассматривал медицинское знание как метод

¹¹⁷ Один из вариантов перевода – «модели здорового образа жизни» / «модели здорового поведения».

разграничения нормы и девиации не только в биомедицинском, но и в социальном смысле¹¹⁸. В XVIII–XIX вв. в европейском пространстве медицина стала определять безумие как медицинскую категорию, которая требует медицинского вмешательства, что также включает в себя ряд социальных ограничений, в том числе и ограничения в пространстве (например, помещение в психиатрическую клинику).

В целом, такое восприятие медицины стало ассоциироваться с логикой социологии власти, и в целом в том числе фукольдиданский подход сформировал тенденцию воспринимать медиализацию в русле медицинской власти, то есть того, как функциональность медицины включала в том числе социальный контроль, определение нормы/девиации¹¹⁹. Также медиализация подвергалась критике консьюмеризма: Иван Иллич отмечал нарастающую динамику медиализации в обществе, которая превращает здоровье человека в товар, а врачи, пользуясь преимуществами асимметрии информации, продают пациентам в действительности не нужные им услуги¹²⁰.

Впрочем, к рубежу XX–XXI вв. такая оптика в отношении медиализации перестала быть доминирующей в исследовательском поле. В 1980–1990-х гг. появляются работы, анализирующие процессы медиализации в вопросах женского здоровья¹²¹, в которых, в том числе, сформировалась критика восприятия медиализации как канала социального контроля, так как услуги здравоохранения могут быть действительно необходимы для людей,

¹¹⁸ Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 2010; Фуко М. Рождение клиники. М.: Смысл, 1998.

¹¹⁹ Szasz T. *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*. Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007; Zola I. *Medicine as an Institute of Social Control* // *Sociological Review*. New Series. 1972. V. 20 (4); Conrad P. *The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior* // *Social Problems*. 1975. V. 23 (1). P. 12–21.; Conrad P., Schneider J.W. *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. Philadelphia: Temple University Press, 1992;

¹²⁰ Illich I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. New York: Pantheon Books, 1976.

¹²¹ Riessman C. *Women and medicalization: A New Perspective* // *Social Policy*. 1983. 14 (1); Fox B., Worts D. *Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth* // *Gender & Society*. 1999. 13 (3); Lock M. *Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America*. Berkeley: University of California Press, 1993.

объективно (а не сконструированно) страдающих от недугов и девиаций здоровья¹²².

Кроме того, к рубежу веков также сформировалось течение в области изучения медиализации, обратившее внимание на «историю пациента», то есть на восприятие пациентом проникновения медицины в поле его жизнедеятельности, а также переживание им болезней и их лечения¹²³. В эту логику также вписывается отношение к медиализации в оптике «общества риска»: пребывание в социуме и жизнедеятельность в целом сопряжены с большим числом рисков, и медицина выступает в качестве агента предупреждения и смягчения этих рисков (что, в свою очередь, актуализирует взаимодействие медицины и людей вне медицинского круга)¹²⁴.

Впрочем, медиализация – это философско-социологическое понятие, в то время как похожая тематика – взаимодействие людей и медицинских институтов – также исследуется в области качественных и количественных социальных исследований. Эту область принято называть в общих терминах «health behavior» или «health seeking behavior». Под это определение подходит

¹²² *Davis-Floyd R.* Birth as an American Rite of Passage. Berkeley: University of California Press, 1992; *Davis-Floyd R.* The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices // C. Sargent, C. B. Brettell (eds.) Gender and Health. An International Perspective. New Jersey: Prentice Hall, 1996; *Темкина А.А.* Медиализация репродукции и родов: борьба за контроль // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3 С. 321-336.

¹²³ *Jewson N.D.* The Disappearance of the Sick-man from Medical Cosmology, 1770–1870 // *Sociology*. 1976. Vol. 10 (2); *Porter R.* A Social History of Madness: The World Through the Eyes of the Insane N. Y.: Widenfeld & Nicolson, 1987; *Carmichael A.G.* Plague and the Poor in Renaissance Florence. Cambridge: Cambridge University Press, 1986; *Ranger T., Slack P.* (eds). Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1992; *Rothman S.M.* Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995; *Feudtner C.* Bittersweet: Diabetes, Insulin, and the Transformation of Illness. Chapel-Hill, N. C.: University of North Carolina Press, 2003; *Арнаутова Ю.Е.* Колдуны и святые: Антропология болезни в средние века. СПб.: Алетейя, 2004.

¹²⁴ *Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000; *Payer L.* Disease-mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. New York: John Wiley and Sons, 1992; *Михель Д.В.* Медиализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). С. 260.

любое действие, которое так или иначе связано с желанием человека поддерживать свое здоровье на удовлетворительном уровне¹²⁵.

В классической работе 1973 г. «Pathways to the Doctor – from Person to Patient» Ирвин Золя рассуждает о следующем парадоксе: как правило, большинство людей чем-то больны, однако они не подозревают об этом и даже не испытывают никаких симптомов. Более того, даже если симптомы болезни проявляются, многие люди не обращаются за медицинской помощью. Золя задается вопросом, где находится «критическая точка», которая все же побуждает человека обратиться к врачу и превратиться в пациента; в качестве возможных траекторий поисков ответа на этот вопрос предлагает рассматривать в области как индивидуально-психологических, так и социокультурных особенностей людей¹²⁶.

Исследования в области «моделей здорового образа жизни» анализируют факторы, оказывающие влияние на то, какие действия совершает человек для поддержания своего здоровья: обращается ли он в лечебные заведения, прибегает к адептам медицины традиционной или вовсе не предпринимает никаких действий. В целом, эти факторы можно охарактеризовать как организационные, социальные, социально-экономические, экономические, географические, культурные¹²⁷. В рамках методологии «моделей здорового образа жизни» было выпущено большое количество работ, в которых изучается, как на политику человека в области собственного здоровья влияют пол, возраст, социально-экономический статус, организационные характеристики здравоохранительных систем, этническая и национальная принадлежность, культурные практики и многие другие

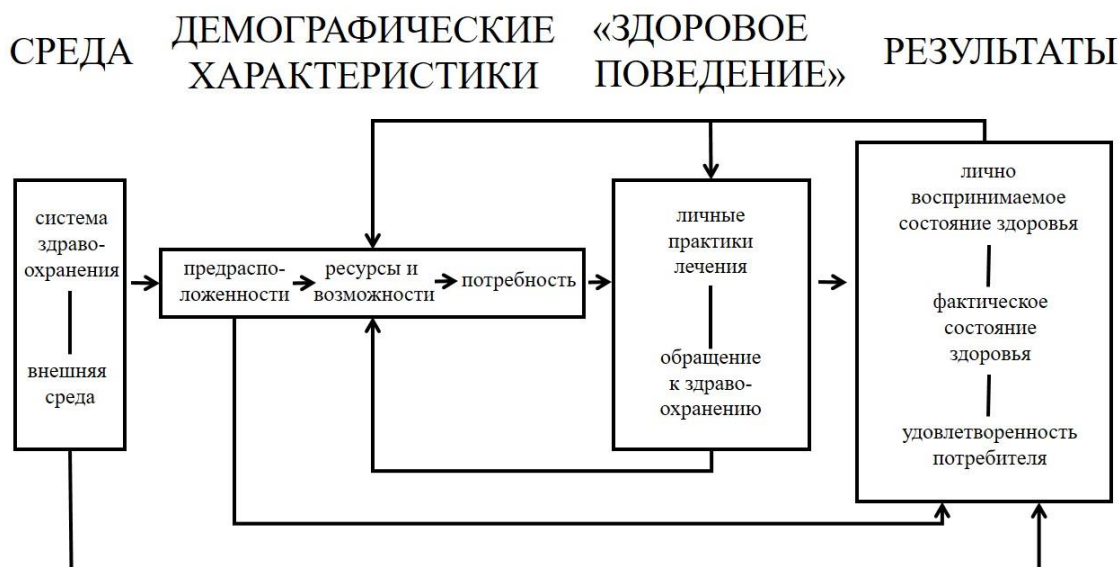
¹²⁵ Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models / ed. by M. Conner, P. Norman. Open University Press, 2005. P.2.

¹²⁶ Zola I.K. Pathways to the doctor – from person to patient // Social Science & Medicine. 1973. №7 (9). P. 677–689.

¹²⁷ MacKian S. A Review of Health Seeking Behaviour: Problems and Prospects. Internal Concept Paper Health Systems Development Program. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 2003. P. 4–5.

факторы¹²⁸. В целом, их влияние можно смоделировать в виде, представленном на рисунке 1.

Рисунок 1. Модель «здорового образа жизни» / «здорового поведения»



Адаптировано из: *Andersen, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. 36, 1. P. 1–10. Doi:10.2307/2137284.*

Эту модель построил Рональд Андерсен из Калифорнийского университета в Лос-Анджелесе, на основе которой он предпринял попытку отобразить схему влияния факторов различного характера на принятие человеком решения (не)обращаться за медицинской помощью, а также на сам

¹²⁸ *Adamson J., Ben-Shlomo Y., Chaturvedib N., Donovan J. Ethnicity, socio-economic position and gender – do they affect reported health-care seeking behaviour? // Social Science & Medicine. 2003. №57. P. 895–904; Ben-Shlomo Y., Adamson J., Donovan J., Chaturvedi N. Are poorer individuals less likely to seek health care with chest pain? // British Medical Journal Rapid Response. 2002; Ben-Shlomo Y., Chaturvedi, N. Assessing equity in access to health care provision in the UK: Does where you live affect your chances of getting a CABG? Journal of Epidemiology & Community Health. 1995. №49. P. 200–204; Carr-Hill R., Rice N., Roland M. Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices // British Medical Journal. 1996. №312. P. 1008–1013; Ahmed S.M., Adams A.M., Chowdhurya M., Bhuiya A. Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh // Social Science & Medicine. 2000. №51. P. 361–371.*

процесс этого обращения и в целом лечения¹²⁹. Из модели следует, что факторы не просто оказывают влияние на поведение человека, они влияют в том числе и друг на друга; более того, действия самого человека и их результат тоже влияют на некоторые факторы, в первую очередь касающиеся располагаемых ресурсов, потребностей в медицинских услугах и ожиданий от предполагаемого лечения. В целом получается, что «модели здорового поведения» обладают, помимо эффектов экзогенного характера (характеристик здравоохранительной системы и других внешних факторов), эффектом динамичных эндогенных, присущих самому человеку признаков, которые могут иметь свойство накапливаться – и тем самым видоизменяться. В итоге получается довольно комплексная модель, включающая большое количество как крупных элементов, так и специфичных нюансов, что, вероятно, в том числе сказалось на том, что единой предсказательной модели поведения человека построить не удалось, а изучение «моделей здорового поведения» в большинстве своем приобретает характер кейс-стади.

Практическое применение такой модели в данном исследовании сопряжено с рядом препятствий. В подавляющем большинстве работ в русле «моделей здорового поведения» используются современные социологические данные с различными характеристиками пациентов. Поэтому основная инструментальная методология в этих работах основывается на методах логистической регрессии, позволяющей анализировать влияние качественных и количественных переменных на переменную бинарную (на факт обращения или не-обращения за медицинской помощью).

Такой тип данных недоступен для периода рубежа XIX–XX вв. Более того, источников со сведениями о характеристиках обратившихся за медицинской помощью сравнительно мало. Отсутствие данных такого типа лишает возможности проводить количественное исследование антропогенных факторов, влияющих на обращаемость за медицинской помощью в конце XIX

¹²⁹ *Andersen R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. 36(1), 1. P. 1–10.*

– начале XX века. Нужно отметить, что Попов описывал довольно разнообразные опыты крестьянского населения по взаимодействию с медицинскими институтами. Так, например, некоторые крестьяне могли не обращаться за медицинской помощью к врачам в случае легких (или воспринимаемых как легкие) заболеваний¹³⁰; в то же время иные могли обращаться к врачам при первых же симптомах заболевания и даже совершать профилактические осмотры¹³¹. Часто к врачам не обращались, не веря в положительный исход этого действия¹³². Очень сложное отношение наблюдалось к лекарствам – от недоверия до неправильного использования¹³³; также крестьяне испытывали значительный скепсис в отношении операций¹³⁴. Нередко встречались конспирологические мнения о том, что врачи наносят умышленный вред пациентам¹³⁵ – ощущения, особенно распространенные в периоды холерных вспышек¹³⁶ и эпидемий в целом. Нужно отметить, что рецепция научной медицины в российском обществе рубежа XIX–XX вв. среди людей вне медицинской профессии происходила достаточно своеобразно: научное знание (например, знания о бактериологии или миазматической теории) модифицировалось в восприятии людей в более простых и видоизмененных категориях (персонификация бактерий, соблюдение гигиены как следование европейской моде), что отражало особенности социокультурных представлений по вопросам здоровья – и врачи

¹³⁰ Попов Г.И. Указ соч. С. 99–101.

¹³¹ Там же. С. 101–102.

¹³² Там же. С. 103.

¹³³ Там же. С. 104–107.

¹³⁴ Там же. С. 109–111.

¹³⁵ Там же. С. 112–114.

¹³⁶ Маркова С.В. Отношение населения Воронежской губернии к медицине в холерные эпидемии в конце XIX – начале XX вв. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-naseleniya-voronezhskoy-gubernii-k-meditisine-v-holernye-epidemii-v-kontse-xix-nachale-xx-vv> (дата обращения: 07.06.2024).

нередко использовали эти особенности для санитарного просвещения и выработки «здорового поведения»¹³⁷.

В целом опыты по взаимодействию с медицинскими институтами и восприятию научной медицины были достаточно разнообразными, и их исследование представляется чрезвычайно полезным для изучения «здорового поведения» населения Российской империи на рубеже XIX–XX вв. Это представляется особенно актуальным в свете того, что, согласно Попову, значительная часть практик в отношении собственного здоровья, характерных для крестьянского населения великорусских губерний, практически не соприкасалась с медицинскими институтами и во многом складывалась под влиянием местных традиций и верований. Шингарев, например, на материале Воронежской губернии описывает, как местное население обращалось к практикам народной медицины, что нередко приводило к летальному исходу, даже несмотря на наличие врачебных амбулаторий поблизости¹³⁸. К сожалению, для глубокого изучения «здорового поведения», в том числе влияния народно-бытовой медицины на это поведение, отсутствуют необходимые количественные социологические данные, на основе которых проводятся современные исследования.

В силу этого было принято решение модифицировать методологию исследования следующим образом: в различных источниках содержатся сведения об организационном и инфраструктурном состоянии общественной медицины (количестве врачей и фельдшеров, больниц и больничных кроватей, финансировании и некоторых других). С помощью этих данных становится возможным провести анализ того, в какой мере эти характеристики оказывают влияние на практики обращаемости населения за медицинской помощью. В теории, они должны некоторым образом объяснять динамику уровня обращаемости за медицинской помощью, в то время как необъясненная часть,

¹³⁷ Голикова С.В. Народная рецепция научного знания: представления о микромире // Диалог со временем. 2020. № 4. С. 100–110; Пироговская М.М. Указ. соч.

¹³⁸ Шингарев А.И. Вымирающая деревня. С. 139–143.

вероятно, более подвержена влиянию факторов другого характера: социальных, экономических, культурных и некоторых других.

Согласно мета-анализу по изучению поведенческих практиках (в том числе в области «здорового поведения»), проведенному исследователями Университета Пенсильвании, доступность медицинской инфраструктуры является одним из важных факторов «здорового поведения»¹³⁹. Если для современных обстоятельств речь идет скорее о доступности определенных форм медицинских услуг или препаратов, то для ситуации в Российской империи на рубеже XIX–XX вв. под доступностью в том числе можно понимать уровень доступа населения к медицинской помощи в принципе. Этот доступ во многом ассоциируется с состоянием инфраструктуры здравоохранения – возможность обратиться за медицинской помощью во многом определялась числом больниц и амбулаторий, врачей и фельдшеров. Из этого следует, что возможно исследовать определенный сегмент «здорового поведения», относящийся к взаимодействию с медицинскими институтами, в логике доступности услуг этих институтов для населения.

Эта логика применяется в данном диссертационном исследовании. Таким образом, здесь проводится попытка проанализировать, **в какой степени инфраструктурное состояние здравоохранения объясняет уровень обращаемости за медицинской помощью.** Иными словами, методологические рамки этой работы заключаются в анализе влияния **организационно-инфраструктурных факторов на модели «здорового поведения» / «здорового образа жизни», характерных для населения Европейской России на рубеже XIX–XX вв.**

Для проведения подобного исследования было принято решение использовать методы корреляционного и регрессионного анализа, которые позволяют выявлять взаимосвязи показателей и влияние различных

¹³⁹ Albarracín D., Fayaz-Farkhad B., Granados Samayoa J. A. Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions // Nature Reviews Psychology. 2024. № 3. P. 377–392.

переменных на определенную анализируемую переменную – в данном исследовании в качестве такой переменной выступает уровень обращаемости за медицинской помощью. Сам анализ проводится в логике сравнения уровня обращаемости между разными регионами с целью выяснить, в какой мере организационные факторы оказывают влияние на степень однородности распределения обращаемости в регионах Европейской России, на основе чего возникает возможность сформулировать выводы о сходствах и различиях практик обращаемости населения за медицинской помощью.

Этот анализ в работе проводится на трех уровнях: на уровне губерний Европейской России за период 1902–1913 гг. (губернский уровень), на уровне уездов земских губерний в 1898 г. (уездный уровень), на уровне медицинских участков и волостей Самарского уезда в конце XIX – начале XX века (участково-волостной уровень). Логика такого разделения в том, чтобы проследить, насколько тенденции, характерные для одного уровня, повторяются на следующем уровне, а также сформировать более полную картину динамики обращаемости за медицинской помощью, так как на крупномасштабном губернском уровне, например, могут быть потеряны ценные наблюдения в результате существенного укрупнения показателей.

Необходимо сделать следующее важное примечание: в этой работе не проводится анализ статистики заболеваемости населения, несмотря на то, что обращаемость и заболеваемость являются сущностно близкими понятиями. Связано это как со сложностями учета заболеваемости на рубеже XIX–XX вв., так и со следующим представлением: заболеваемость – это медицинская категория, формулируемая только после обращения человека за медицинской помощью. Уместно вспомнить работу Золя, согласно которой большинство людей так или иначе чем-то больны, однако выясняется это только во время контакта человека с врачом¹⁴⁰ – то есть заболеваемость населения как наблюдаемое явление становится видимым только через призму

¹⁴⁰ Zola I.K. Pathways to the doctor – from person to patient. P. 678.

обращаемости населения за медицинской помощью. При этом формулирование пациентами собственных болезненных состояний и их нарративы могут отличаться от научно-медицинского понимания симптомов¹⁴¹, то есть врач может поставить пациенту диагноз отличный от того, который последний предполагал до обращения к врачу. Статистика заболеваемости является более объективным маркером физического состояния людей, однако оценивать тенденции обращаемости в призме заболеваемости требует дополнительного методологического обоснования, в особенности с учетом сложностей учета статистики заболеваемости в России на рубеже XIX–XX вв. и ее межрегионального сопоставления. В то же время статистика обращаемости, несмотря на аналогичные сложности ее ведения, в первую очередь фиксирует факт обращения человека в лечебницу, что является результатом сочетания многих факторов и акторов, среди которых в том числе может быть как воспринимаемое (или нарративное), так и реальное болезненное состояние. Поэтому исследование обращаемости представляется методологически более простым инструментом для анализа практик контактов населения и медицинских институтов.

Выдвинутая методологическая рамка исследования предполагает сбор, обработку и анализ сведений, относящихся не только непосредственно к статистике обращений, но и к инфраструктурному состоянию здравоохранения: числу врачей и фельдшеров, больниц, финансирования и некоторых других – во многом их использование в анализе обусловлено их наличием в источниках. Также было принято решение включить в анализ некоторые демографические данные, например, уровень грамотности населения.

Так как в разных аналитических уровнях используются разные источники, было решено снабдить каждую аналитическую часть диссертации предварительным кратким описанием применяемой методологии, чтобы

¹⁴¹ *Charon R.* Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. N.Y.: Oxford University Press, 2008. P.3.

объяснить, в каком виде и с какой целью используются доступные в источнике данные для раскрытия влияния организационных факторов на уровень обращаемости за медицинской помощью.

Глава II. Обращаемость населения за медицинской помощью в Европейской России в 1902–1913 гг.: анализ губернского аналитического уровня

В данной главе представлен анализ уровня обращаемости населения в логике влияния на него организационных факторов. Первый параграф посвящен описанию архитектуры используемого источника – «Отчетов о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи населению в России» Управления главного врачебного инспектора – и описанию методов исследования. Второй параграф посвящен анализу инфраструктуры здравоохранения в Европейской России в 1902–1913 гг.; в третьем параграфе представлена характеристика динамики уровня обращаемости, а также проведен его анализ в логике влияния на него организационных факторов здравоохранения.

2.1. Данные и методологические аспекты

Основной источник, анализируемый в данной работе – «Отчеты о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи населению в России Управления главного врачебного инспектора». Они выпускались Управлением Главного врачебного инспектора – образованной в 1904 г. из расформированного Медицинского департамента ведомственной структурой МВД. В число основных функций Управления главного врачебного инспектора входили регистрация медицинского персонала, инспекция медицинской части, а также обеспечение санитарного надзора на общеимперском уровне. Новый медицинский орган не являлся ведомством, ответственным за все отрасли здравоохранения в Российской империи (например, вне области компетенции Управления оставались медицинские мероприятия, проводившиеся Военным и Морским министерствами, Министерством путей сообщения и некоторыми другими ведомствами), и имел ограниченное влияние на процесс его развития¹⁴².

¹⁴² *Hutchinson J.F.* Op. cit. P. 1–2, 12.

Одной из основных функций Управления главного врачебного инспектора являлся мониторинг состояния гражданского сектора здравоохранения в Российской империи, который заключается в ведении статистического обзора структур, предоставляющих медицинские услуги. Наблюдения публиковались в форме отчетов, которые составлялись на основе сведений, полученных из подконтрольных Управлению губернских врачебных управлений, в список обязанностей которых входил учет медицинской статистики в губерниях на основе аккумулирования медицинской статистики, в свою очередь, из местных врачебных управлений¹⁴³.

«Отчеты о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи населению в России» представляют собой статистический сборник сведений о системе здравоохранения в Российской империи за исследуемый период. Отчеты выпускались с 1904 по 1916 гг. В 1917 гг. публикация прекратилась, по всей видимости, из-за дестабилизации обстановки в стране. Публиковались отчеты спустя два года после отчетного года – за 1902–1914 гг. (стоит заметить, что отчеты представлены и за 1902–1903 гг., когда Управления еще не существовало).

Источник структурно разделяется на две части. Первая («Текста») содержит сведения по определенным категориям на общеимперском уровне за условный год, во второй части («Таблицы») представлены детализированные данные по губерниям Российской империи и их типам (земские, неземские и др.). В данной работе наиболее значимым представляется раздел «Таблицы», так как в нем представлены статистические данные по губерниям в отдельном порядке. Нами были выделены следующие группы данных, которые имеют наибольшую ценность для исследования.

Движение населения – данные о численности населения в Российской империи, его естественном движении. Данные представлены как на общем уровне губернии, так и на уровне городов и сельской местности.

¹⁴³ Фрейберг Н.Г. Указ. соч. С. 349–354.

Обращаемость к медицинской помощи. Представлены данные по общему числу обращений в лечебные заведения, которые детализируются по формам приема: стационарный, амбулаторный, в частной практике, эпидемические случаи и др. Помимо этого, обращения поделены по принципу врач/фельдшер и город/уезд (т.е. село), предоставляя картину квалификационного и территориального распределения числа обращений. Данные по обращаемости собирались по следующей схеме: всем гражданским и вольнопрактикующим врачам, а также лечебницам предписывалось отчитываться в местные врачебные управления о своей деятельности, в том числе об общих сведениях об осмотренных ими пациентах и количестве приемов¹⁴⁴. Затем эти данные аккумулировались губернскими врачебными управлениями и включались в состав ежегодных отчетов, которые затем собирались Управлением Главного врачебного инспектора и выпускались в «Отчетах...». В отчетах под количеством обращений за медицинской помощью понимается число больных, то есть число первичных обращений за медицинской помощью в связи с определенной болезнью.

В разделе «**Больничное призрение**» приведена информация о числе лечебных заведений, количестве больничных мест, общем числе стационарных пациентов и проведенных ими общем количестве больничных дней, а также числе умерших в процессе лечения. Приведена классификация лечебниц по числу укомплектованных в них кроватей, отдельный учет приема пациентов у врачей и фельдшеров.

Медицинский персонал. В источник включена информация о численности корпуса врачей и фельдшеров (они классифицированы по территориальному принципу город/уезд (т.е. сельская местность), а также акушеров, зубных врачей, дантистов и фармацевтов.

Финансирование системы здравоохранения, представляющее собой расходы на содержание медицинской части в Европейской России.

¹⁴⁴ *Колычев Л.А.* Указ. соч. С. 7, 102–103; *Фрейберг Н.Г.* Указ. соч. С. 350.

Работа проходила в несколько этапов. Первый заключался в сборе статистического материала по тематическим блокам, представляющим наибольшую ценность для исследования. Данные по численности населения, числу обращений, врачей и фельдшеров собирались для трех уровней: губернского, городского и сельского (источник позволяет это для обозначенных категорий данных). Наибольшая проблема такого принципа разделения данных заключается в сложности оценки их достоверности. Статус города в Российской империи в первую очередь определялся административным способом, что нередко противоречило его уровню реального социально-экономического развития. Ситуация, при которой статусом города обладал населенный пункт с населением, преимущественно занятым сельским типом производства, в то время как активные промышленные поселения городским статусом не обладали, была довольно часто распространена в дореволюционной России. Исследователи предлагают разные способы учета этой неточности для выработки более точной картины процессов урбанизации¹⁴⁵.

Для этого исследования подобная неточность в различении городского и сельского статуса данных также существует: абсолютной уверенности в том, что данные о городском населении и городской обращаемости действительно отражают эти исторические характеристики, нет. Возникает проблема того, что сопоставление данных о городской обращаемости с численностью городского населения невозможно осуществить из-за возможного разного содержания статуса «городской» для численности населения и числа обращений. При решении этой проблемы было сделано допущение, что составители «Отчетов о состоянии народного здоровья...» придерживались относительно единой логики различения городского и сельского статуса при сборе статистических данных.

Очередной существенной проблемой является то, что «Отчеты о состоянии народного здоровья...» не обладали всей полнотой данных об обращаемости

¹⁴⁵ Валетов Т.Я., Володин А.Ю. ГИС-подходы к анализу региональной статистики на примере вопроса урбанизации России/СССР по переписям населения 1897–1926–1959 гг. [Электронный ресурс] // Электронный научно-образовательный журнал История. 2016. Т. 7. №7 (51). URL: <https://www.academia.edu/34459044/> (дата обращения: 14.05.2022).

населения за медицинской помощью. Во-первых, в «Отчетах...» была представлена информация о медицине исключительно гражданского ведомства, что означало исключение, например, военного и морского секторов медицины из этого источника. Отдельная проблема касается полноты информации о частном приеме. Так, в «Отчетах...» указывается, что сведения о частной практике неполны и отсутствуют вовсе для ряда губерний¹⁴⁶. Такой недостаток данных вносит существенные сложности в оценку показателей обращаемости населения, связанной с платной формой предоставления медицинских услуг, чаще в городах.

В целом, необходимо повторить, что в исследовательской традиции существует определенный скепсис к качеству статистики обращаемости и заболеваемости (в частности относящейся городской части), приведенной в «Отчетах...»¹⁴⁷, однако с преобразованием Медицинского департамента в Управление главного врачебного инспектора земские санитарные статистики, в числе которых был П.И. Куркин, выработали к ней более умеренное отношение¹⁴⁸. В пределах данного исследования было принято решение использовать «Отчеты...» с сохранением определенной доли исследовательского

¹⁴⁶ Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1902 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1904. С. 9; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1903 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1905. С. 17–18; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1904 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1906. С. 16; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1905 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1907. С. 13; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1906 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1908. С. 13; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1907 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1909. С. 12; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1908 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1910. С. 11; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1909 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1911. С. 11; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1910 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1912. С. 11; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1912 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. Петроград, 1914. С. 11; Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1913 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. Петроград, 1915. С. 8.

¹⁴⁷ *Белицкая Е.Я.* Указ. соч.; *Маркузон Ф.Д.* Санитарная статистика в городах предреволюционной России; *Скрыдлов А.Ю.* Указ. соч.

¹⁴⁸ *Скрыдлов А.Ю.* Указ. соч. С. 60.

скепсиса, в том числе в силу уникального их характера, так как альтернативного источника по медицинской статистике такого масштаба для Российской империи не существует.

Следующий этап заключался в выборе и расчете основных параметров, которые характеризовали инфраструктурное состояние здравоохранения, обращаемость за медицинской помощью, а также демографическое состояние в Европейской России. Первая группа включала в себя параметры обеспеченности населения медицинскими сотрудниками (врачами и фельдшерами), состояния больничной инфраструктуры (условной обеспеченности населения больничными кроватями), пространственного распределения врачебных участков (средняя площадь) и финансирования здравоохранения (в расчете на население). Вторая группа включает параметры обращаемости населения за медицинской помощью, они рассчитываются с помощью формулы отношения общего числа первичных обращений пациентов к численности населения, выраженного в масштабе на 1 000 чел. (подавляющая часть этих обращений приходилась на амбулаторный прием, в связи с чем эта часть обращаемости фактически представляет собой амбулаторный сектор приема). В кратком виде ее можно представить следующим образом:

$$\text{Обращаемость} = \frac{\text{число обращений за мед. помощью}}{\text{численность населения}} \times 1\,000 \text{ чел.}$$

Кроме того, в эту группу включены параметры стационарной обращаемости за медицинской помощью, выраженной в той же формуле, которая применяется для общей обращаемости (единственным изменением является замена общего числа обращений на число стационарных приемов в числителе), а также показатели загруженности больничной инфраструктуры, выраженные в форме отношения общей продолжительности пребывания пациентов в стационарах к общему количеству больничных кроватей. Помимо этого, были привлечены демографические данные, включающие сведения о грамотности и

конфессиональном составе (в качестве основного показателя был выбран процент православного населения).

На следующем этапе работы была представлена основная характеристика инфраструктуры здравоохранения в виде динамических рядов параметров первой группы – для прослеживания эволюции показателей в течение исследуемого периода.

Для более удобного анализа данных было решено разделить весь набор европейских губерний по 4 группам: земские, неземские, остзейские и привислинские. Логика такого разделения представлена в «Отчетах...». Разделение между земскими и неземскими губерниями было обусловлено, в соответствии с названием, наличием или отсутствием у них земского статуса. Решение о выделении групп остзейских и привислинских губерний было принято в связи с тем, что такое подразделение присутствует в «Отчетах...» (что, вероятно, связано с особенностью их статуса в Российской империи, в том числе обусловленного историей их включения в состав страны и уровнем социального развития). В рамках данного исследования было принято решение использовать терминологию из источника и обозначить выделяемые группы губерний как «земские», «неземские», «привислинские» и «остзейские».

В группу земских губерний вошли 34 «староземские» губернии: Бессарабская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Вятская, Екатеринославская, Казанская, Калужская, Костромская, Курская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Олонецкая, Орловская, Пензенская, Пермская, Полтавская, Псковская, Рязанская, Самарская, Санкт-Петербургская, Саратовская, Симбирская, Смоленская, Таврическая, Тамбовская, Тверская, Тульская, Уфимская, Харьковская, Херсонская, Черниговская и Ярославская. В группу неземских губерний были определены 13 губерний, не обладавших земским статусом: Архангельская, Астраханская, Виленская, Витебская, Волынская, Гродненская, Киевская, Ковенская, Минская, Могилевская, Оренбургская и Подольская; также в эту группу было решено определить область войска Донского (которая, однако, не отнесена в «Отчетах...» в группу

неземских, видимо, по причине существования в нем земства до 1882 г.¹⁴⁹). «Положение об управлении земским хозяйством в губерниях Витебской, Волынской, Киевской, Минской, Могилёвской, Подольской»¹⁵⁰ 1903 г. вводило в указанных губерниях элементы земского управления. Но эти губернии все же были включены в список неземских, так как уровень развития земской организации между ними и «староземскими» губерниями, вероятно, значительно отличался. В группу остзейских губерний были определены 3 губернии Остзейского края: Курляндская, Лифляндская, Эстляндская. В группу привислинских губерний были отнесены губернии Привислинского края (бывшего Царства Польского): Варшавская, Калишская, Келецкая, Ломжинская, Люблинская, Петроковская, Плоцкая, Радомская, Седлецкая (до 1913 г.), Сувалкская, Холмская (с 1913 г.). Для каждой группы были подсчитаны средние показатели параметров.

Следующий этап заключался в представлении динамики уровня обращаемости в Европейской России. Для выявления факторов, влияющих на этот параметр, были применены методы корреляционного и регрессионного анализа. При проведении последнего предварительно были рассчитаны коэффициенты корреляции между выбранными независимыми признаками: при наличии высокой корреляционной связи ($r > 0,7$, однако в этой работе независимые переменные с коэффициентом корреляции между ними $r > 0,5$ также не включались в одну регрессионную модель). Для удобства проведения регрессионного анализа динамического процесса обращаемости из периода 1902–1913 гг. было взято 2 временных промежутка: 1902–1904 и 1911–1913 гг., с расчетами показателей всех параметров в виде средних значений за три соответствующих года.

В качестве независимых переменных были выбраны параметры, характеризующие инфраструктурное состояние здравоохранения, а

¹⁴⁹ Волвенко А.А. Земская реформа в Области войска Донского, 1864–1882 гг.: автореферат дис. ... канд. ист. наук. СПб, 1998. С. 30.

¹⁵⁰ Полное Собрание Законов Российской Империи. Собрание третье. СПб., 1905. Т. XXIII. Отделение I. С. 334–353.

регрессионный анализ проводился на 3 уровнях: общегубернском, городском и сельском (в силу существенных различий показателей обращаемости на этих уровнях). При этом если для уровня губерний в регрессионную модель включается большинство параметров в качестве независимых факторов, то для уровня городов и села их число уменьшается – это связано с тем, что различия данных по принципу город-село для отдельных категорий данных нет (финансирование, количество больничных кроватей). Также требуют дополнительной оценки возможности их применения в регрессионных моделях факторы грамотности и процента православного населения: данные по грамотности и конфессиональному составу в Российской империи были представлены в результатах Всероссийской переписи населения 1897 г. Их применение к периоду 1902–1913 гг. представляет определенные трудности, вызванные временным лагом и сопутствующими искажениями информации. Поэтому параметры грамотности и доли православного населения было решено использовать только в регрессионных моделях для временного промежутка 1902–1904, исходя из допущения, что для этого трехлетия данные от 1897 г. представляют наибольшую актуальность, в то время как для более позднего периода степень искажения информации становится все больше. При интерпретации результатов регрессионных моделей особое внимание обращалось на значения коэффициента детерминации R^2 (скорректированного) и p -уровня значимости коэффициентов регрессии (которые в таблице представлены в стандартизированном виде).

2.2. Инфраструктурная характеристика системы здравоохранения в Европейской России

Данный параграф посвящен анализу инфраструктурного состояния здравоохранения в 1902–1913 гг. В число параметров, которые характеризуют это инфраструктурное состояние, предлагается включить следующие пункты: численность корпуса медицинских сотрудников, количество больниц и

кроватей в них, площадь покрытия губерний врачебными участками, а также финансирование здравоохранения.

Выбор в пользу этих параметров был сделан потому, что эти характеристики, представленные в источнике, наиболее точно среди всех остальных параметров описывают способность системы здравоохранения предоставлять медицинские услуги населению страны. Медицинские сотрудники, врачи и фельдшеры, выполняют одну из наиважнейших функций здравоохранения – они осуществляют прием пациентов. Именно они являются звеном, способствующим получению медицинской помощи пациентами. В условиях недостаточной численности врачей и фельдшеров уровень доступности медицинских услуг снижается – только медицинские сотрудники имеют возможность принимать людей и проводить их лечение, и при их нехватке меньший круг пациентов имеет возможность получить помощь. И наоборот: чем больше практикующих врачей, тем у населения больше возможностей обратиться за медицинскими услугами.

Больницы являются другой важной составляющей инфраструктуры здравоохранительной системы. Помимо амбулаторного приема, составляющего основную часть обращений, здравоохранительная система обеспечивает стационарный прием в случае, когда лечение пациента необходимо проводить в больничных условиях под надзором врачей. Способность здравоохранительной системы обеспечивать стационарные приемы в значительной степени зависит от того, насколько развита больничная инфраструктура. В этой работе были выделены две главные ее характеристики: количество больниц и кроватей в них. Больничные кровати выступают не менее важной исследовательской компонентой, так как от числа кроватей напрямую зависит число потенциальных стационарных пациентов. При низком уровне обеспеченности больничными кроватями снижается доступность медицинской помощи. С учетом того, что лечение в стационаре оказывается потому, что пациенту необходим врачебный надзор, доступность стационарного типа медицинских услуг становится исключительно важной,

так как в случае ее низкого уровня увеличивается угроза здоровью и жизни больного.

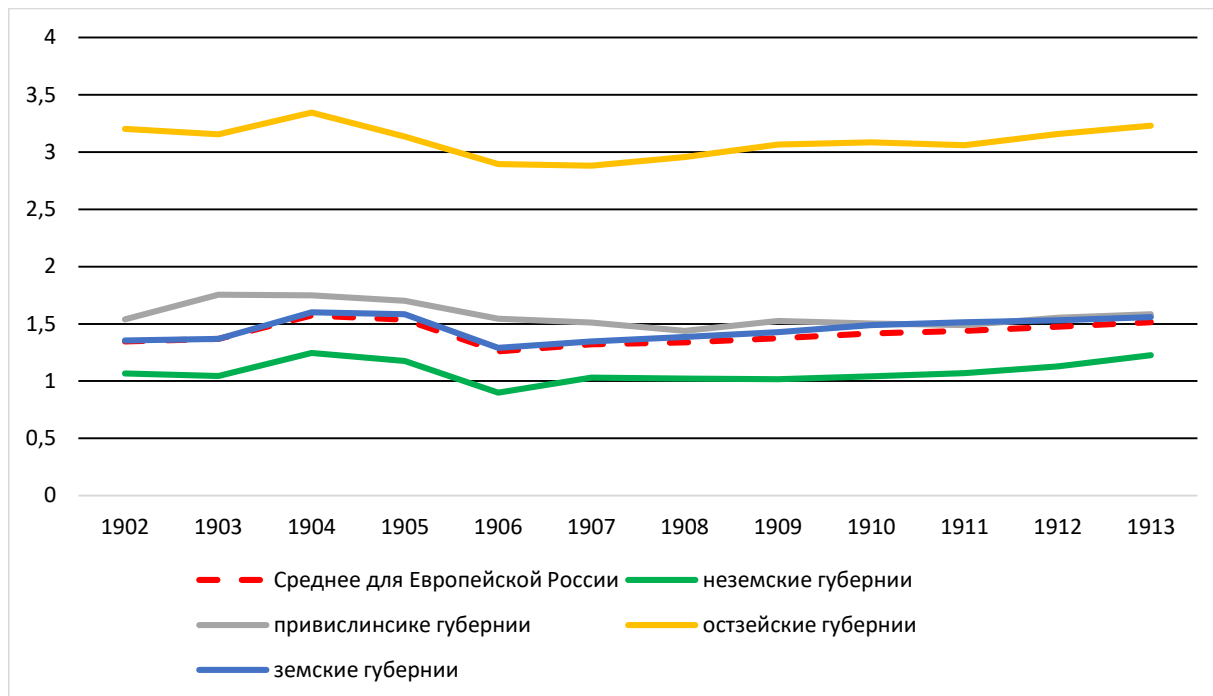
Врачебные участки были образованы в уездах для обеспечения сельских жителей медицинской помощью. В Российской империи внедрялся принцип участковой медицины, и то, насколько были распространены эти участки, существенно оказывало влияние на уровень доступности медицинских услуг в сельской местности, где из-за небольшой (сравнительно с городами) плотности населения обращение за помощью сопровождалось значительными затруднениями.

Наконец, здравоохранительная система не может функционировать без материального обеспечения, поэтому финансирование здравоохранения является одним из наиболее важных объектов исследования. Найм и оплата труда врачей, постройка лечебных заведений, покупка кроватей и оборудования и т.д. – все эти необходимые для функционирования здравоохранения процессы невозможны без должного содержания.

2.2.1. Характеристика корпуса медицинских сотрудников

В начале XX века в Российской империи наблюдался рост численности гражданских врачей. В 1902 г. в европейской части России было зарегистрировано 15 650 врачей, а к 1913 г. их численность увеличилась до 21 218 – за этот период сообщество врачей выросло приблизительно на 36%. Если посмотреть на подобную картину через призму обеспеченности населения врачами (которая высчитана по стандартной формуле, заключающейся в отношении численности врачей к численности населения, в выражении на 10 000 чел.), то динамика приобретает более скромный вид: в 1902 г. на 10 000 чел. в среднем приходилось 1,34 врачей, в то время как в 1913 г. – 1,51. То есть рост в этом случае составил 12% (рисунок 2). Процесс постепенного увеличения численности корпуса врачей шел в течение всего временного промежутка.

Рисунок 2. Обеспеченность населения Европейской России врачами, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам]. СПб., Петроград, 1904–1915.

В земских губерниях обеспеченность врачами практически совпадала со средней по Европейской России. В них она увеличилась с 1,34 до 1,56 врачей на 10 000 чел. Неземские губернии занимали несколько отстающую позицию – к 1913 г. показатель обеспеченности вырос до отметки 1,22 врачей соответственно. В привислинских губерниях этот показатель в 1913 г. Составил 1,58 врачей на 10 000 чел.

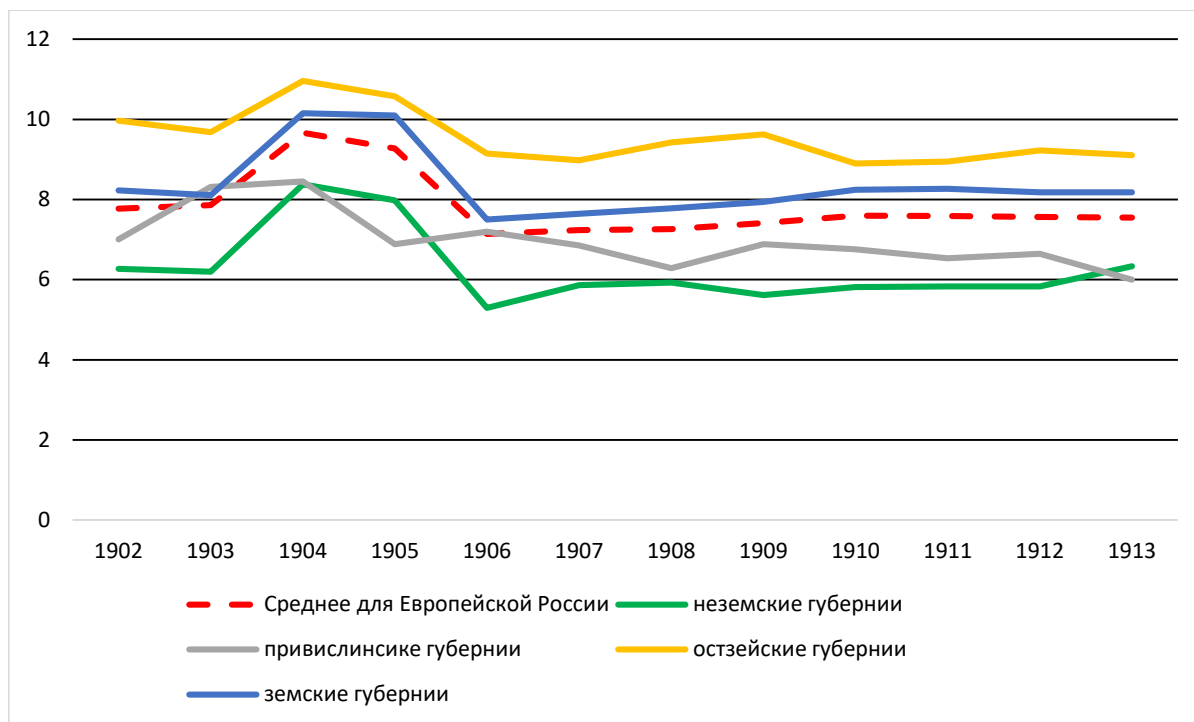
Остзейские губернии заметно отличались от остальных губерний – здесь обеспеченность врачами составлял около 3,2 врачей на 10 000 чел. в 1913 г., что в 2раза выше, чем в среднем для Европейской России. Это выводит остзейские губернии на первое место по средней обеспеченности населения врачами в Европейской России среди обозначенных регионов.

В городах обеспеченность врачами была значительно выше общего уровня по губерниям. Это объясняется не только тем, что население Российской империи являлось преимущественно сельским – большая часть врачей осуществляла практику в городах. Так, в 1902 г. из 15650 врачей 11238 (72%) осуществляли практику в городах (к 1913 г. их доля практически не изменилась – до 71%).

В среднем обеспеченность врачами в городах Европейской России с 1902 по 1913 гг. изменилась довольно скромно (за исключением 1904–1905 гг.) – с 7,77 до 7,55 врачей на 10 000 чел. (рисунок 3). В земских губерниях показатель изменился незначительно – с 8,22 до 8,18; в неземских губерниях динамика неоднородная, обеспеченность врачами, в 1902 г. находившаяся на отметке 6,26 врачей, к 1913 г. изменилась до 6,33 врачей в результате сменявшихся периодов роста и падения показателя. Остзейские губернии отличались наибольшими показателями – обеспеченность в разное время принимала значения от 8,97 до 10,96 врачей на 10 000 чел.

Наиболее отличающиеся от остальных групп результаты показали привислинские губернии. Во-первых, обеспеченность врачами в этом регионе находилась на самом низком уровне относительно остальных групп. Во-вторых, этот регион – единственный, который показал значительное снижение показателя за весь исследуемый период. Так, обеспеченность упала с 7 (1902 г.) до 6 врачей на 10 000 чел. (1913 г.) – на 16%.

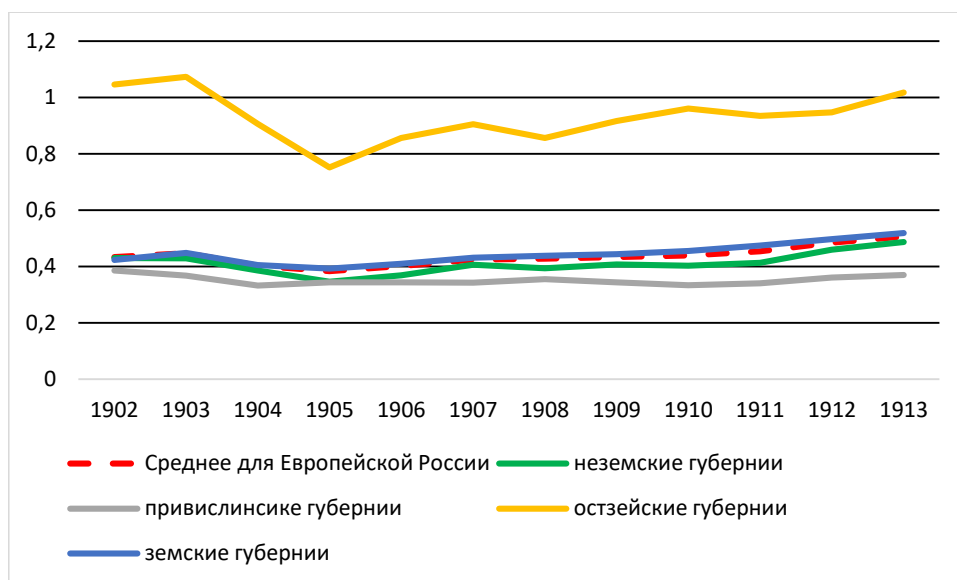
Рисунок 3. Обеспеченность городского населения Европейской России врачами, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Обеспеченность врачами населения в сельской местности была значительно ниже, чем в городах (рисунок 4). Средний показатель по Европейской России в 1902 г. составлял 0,43 врачей на 10 000 чел., а к 1913 г. он увеличился до 0,50 (16%). Земские, неземские и привислинские губернии показывали низкие результаты – ни одна группа губерний, несмотря на относительно положительную динамику, не достигла отметки 0,6 врачей к 1913 г. Значительно от них отличались остзейские губернии – к 1913 г. они достигли отметки в 1,02 врача на 10 000 чел. в сельской местности.

Рисунок 4. Обеспеченность сельского населения Европейской России врачами, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

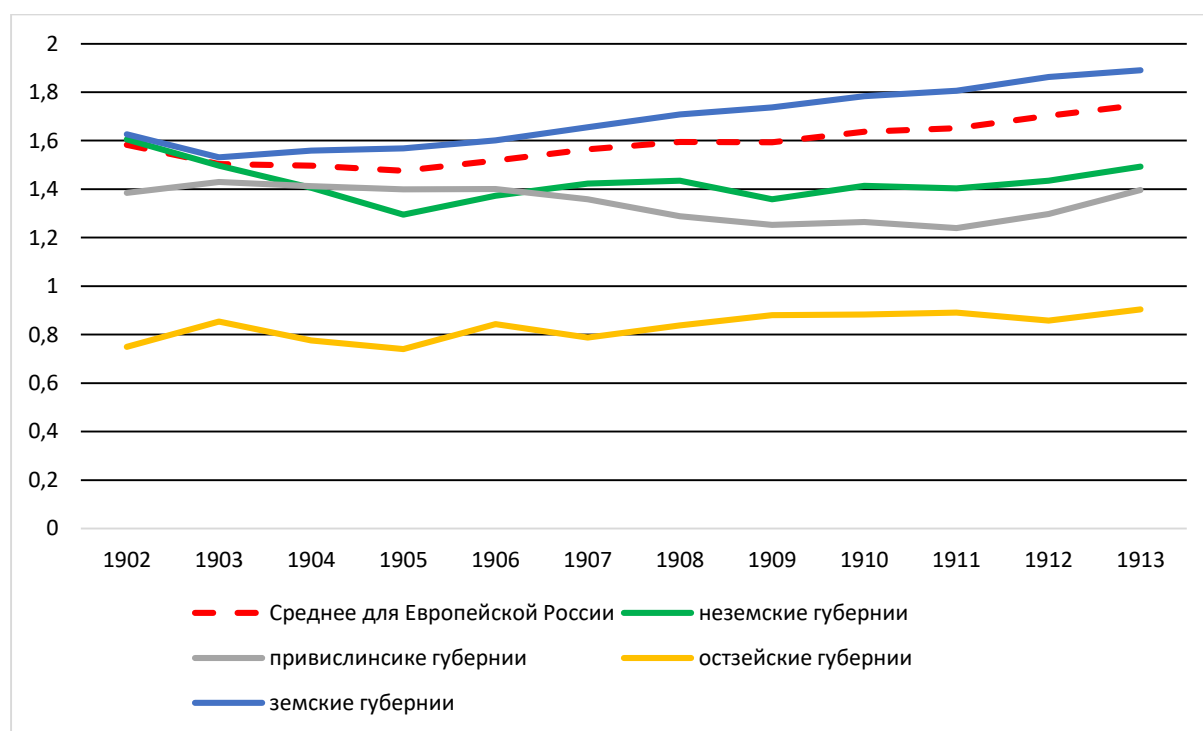
Помимо врачей, в качестве медицинских сотрудников выступают фельдшеры. Фельдшеры – это специалисты более низкой (в сравнении с врачами) квалификации. С развитием земств деятели земской медицины часто указывали на недостаточную компетенцию фельдшеров и низкое качество предоставляемой ими медицинской помощи. В качестве частичного восполнения этого недостатка открывались новые фельдшерские школы, а также предпринимались попытки улучшения качества их образования. Однако это не отменяло стремления полностью заменить фельдшеров врачами в части приема пациентов и оказания им медицинской помощи¹⁵¹.

В 1902 г. всего был зарегистрирован 18 391 фельдшер – к 1913 г. их число увеличилось до 24 417 (на 32,7%). В среднем с 1902 по 1913 гг. обеспеченность населения фельдшерами выросла (рисунок 5): с 1,58 до 1,74 врачей на 10 000 чел. (10%). Наиболее обеспеченными фельдшерами группами

¹⁵¹ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 99.

губерний являлись земские и неземские губернии: к 1913 г. в первых показатель достиг отметки 1,89 фельдшеров (что на 22% больше, чем в 1902 г.). В то же время в неземских губерниях средняя обеспеченность упала на 7%. В привислинских губерниях обеспеченность фельдшерами находилась в районе 1,25–1,4 фельдшеров на 10 000 чел. Наиболее отличались от остальной Европейской России остзейские губернии – обеспеченность фельдшерами к 1913 г. не превышала отметки 1 фельдшера на 10 000 чел.

Рисунок 5. Обеспеченность населения Европейской России фельдшерами, на 10 000 чел.

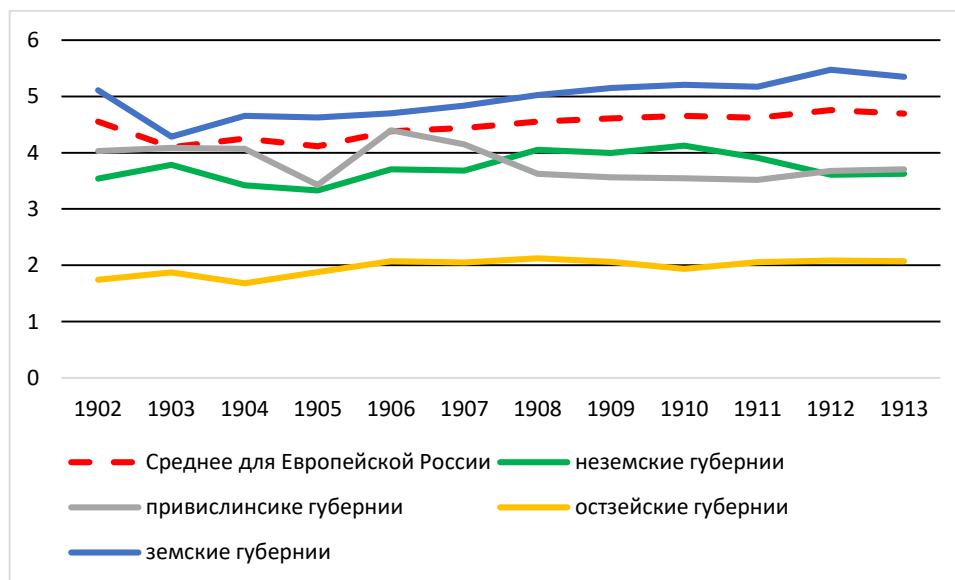


Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В городах фельдшеров, как и в случае со врачами, было гораздо больше, чем в среднем по губерниям (рисунок 6). Так, средний показатель обеспеченности фельдшерами горожан в 1902 г. составлял 4,54, а к 1913 г. он вырос до 4,69 (рост 3,3%). В земских губерниях показатель обеспеченности был выше остальных групп – с 5,11 фельдшеров в 1902 г. он изменился до 5,34 фельдшеров на 10 000 чел. в 1913 г. (4,5%). Неземские и привислинские губернии в 1913 г. показывали приблизительно равные показатели

обеспеченности – 3,62 и 3,70 соответственно. Остзейские губернии показывали наихудший результат, незначительно превышая порог в 2 фельдшера на 10 000 чел.

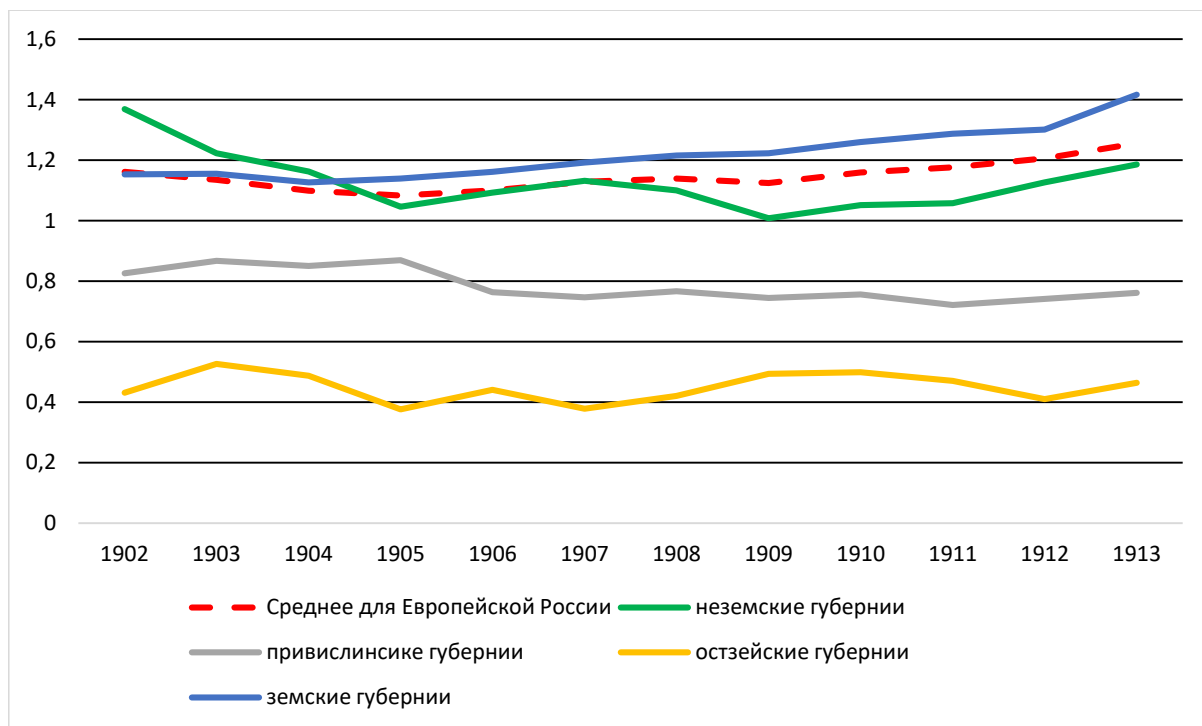
Рисунок 6. Обеспеченность городского населения Европейской России фельдшерами, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В селах европейской части Российской империи обеспеченность фельдшерами была значительно ниже, чем этот показатель в городах (рисунок 7). В среднем по Европейской России она увеличилась с 1,16 до 1,25 фельдшеров на 10 000 населения. Распределение групп губерний по проявлению этого признака остается примерно таким же, что и в случае обеспеченности фельдшерами в городах, за одним исключением: в неземских губерниях показатель обеспеченности заметно выше, чем в привислинских губерниях, хоть и испытал снижение с 1,36 до 1,28 к 1913 г.

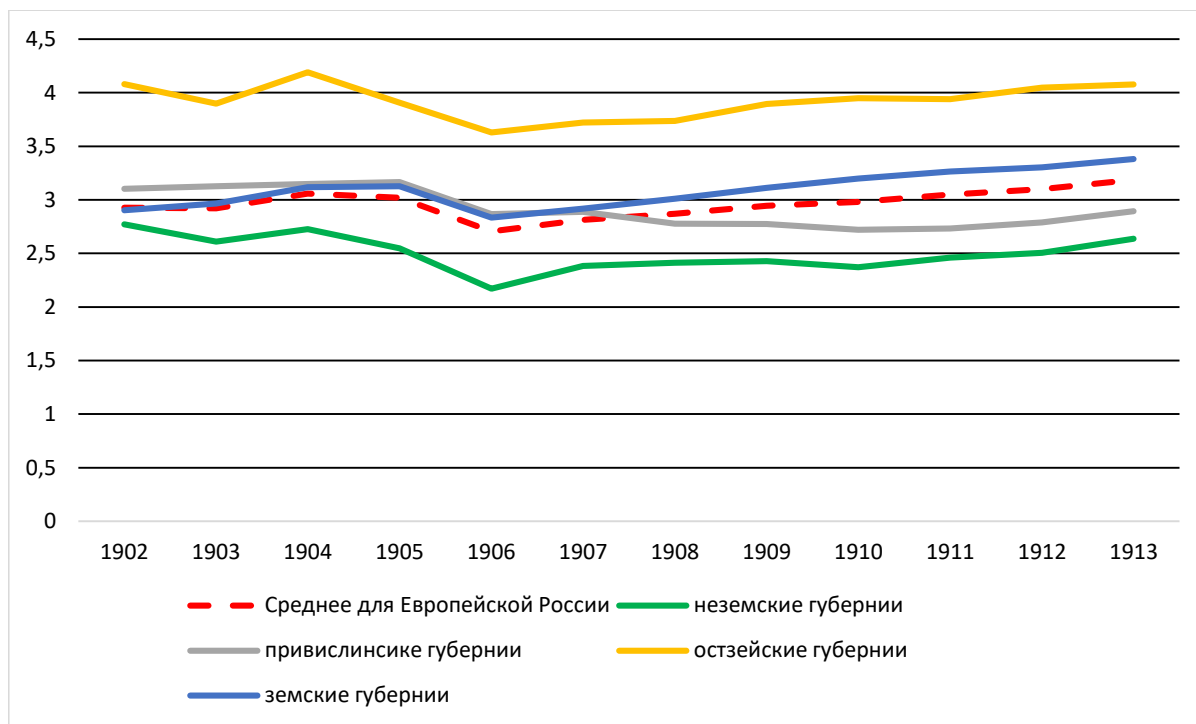
Рисунок 7. Обеспеченность сельского населения Европейской России фельдшерами, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В выражении общей численности медицинских сотрудников (врачей и фельдшеров) показатель обеспеченности преобразуется следующим образом (рисунок 8): в среднем в Европейской России в 1902 г. на 10 000 чел. приходилось 2,92 сотрудника, а к 1913 г. их число выросло до 3,18 сотрудников (на 9%). Всего же общее число медицинских сотрудников за период 1902–1913 гг. увеличилось с 34 041 до 45635 чел. (на 34%). Наилучшие показатели обеспеченности населения врачами давали остзейские губернии – к 1913 г. на 10 000 чел. приходилось 4,07 сотрудников. Вслед за ними шли земские губернии (3,38 сотрудников к 1913 г.), привислинские губернии (2,89 сотрудников к 1913 г. и неземские губернии (2,63 сотрудников).

Рисунок 8. Обеспеченность населения Европейской России медицинскими сотрудниками, на 10 000 чел.



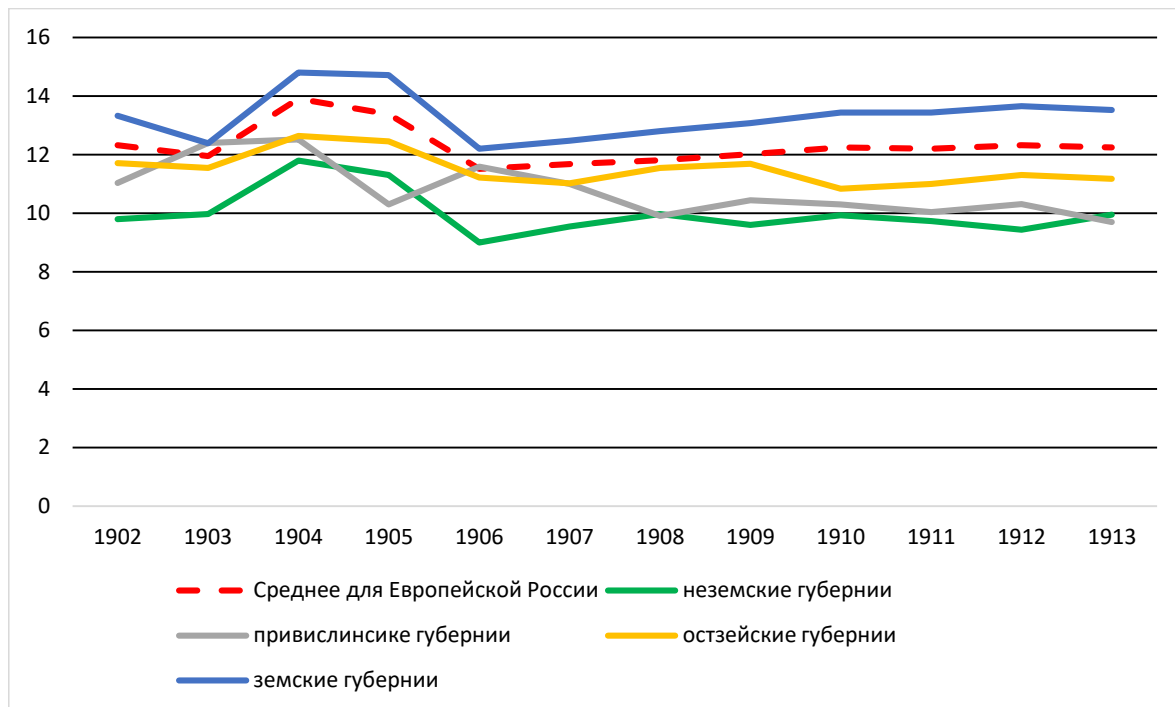
Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В среднем в городах Европейской России к 1913 г. приходилось 12,24 медицинских сотрудников на 10 000 чел. (рисунок 9). В земских губерниях этот показатель был выше, достигнув отметки 13,52 сотрудников в 1913 г. Наихудшие динамику показывали привислинские губернии: в 1913 г. обеспеченность населения медицинскими сотрудниками упала ниже отметки 10 единиц и уменьшилась на 11%, в то время как ни одна из других групп не испытала значительной отрицательной динамики к 1913 г.

В сельской местности средний показатель обеспеченности населения медицинскими сотрудниками с 1902 по 1913 гг. увеличился с 1,59 до 1,67 на 10 000 чел. (рисунок 10). Распределение групп губерний осталось примерно схожим с тем, которое наблюдалось в городах: земские губернии занимали первое место по среднему показателю обеспеченности, в то время как

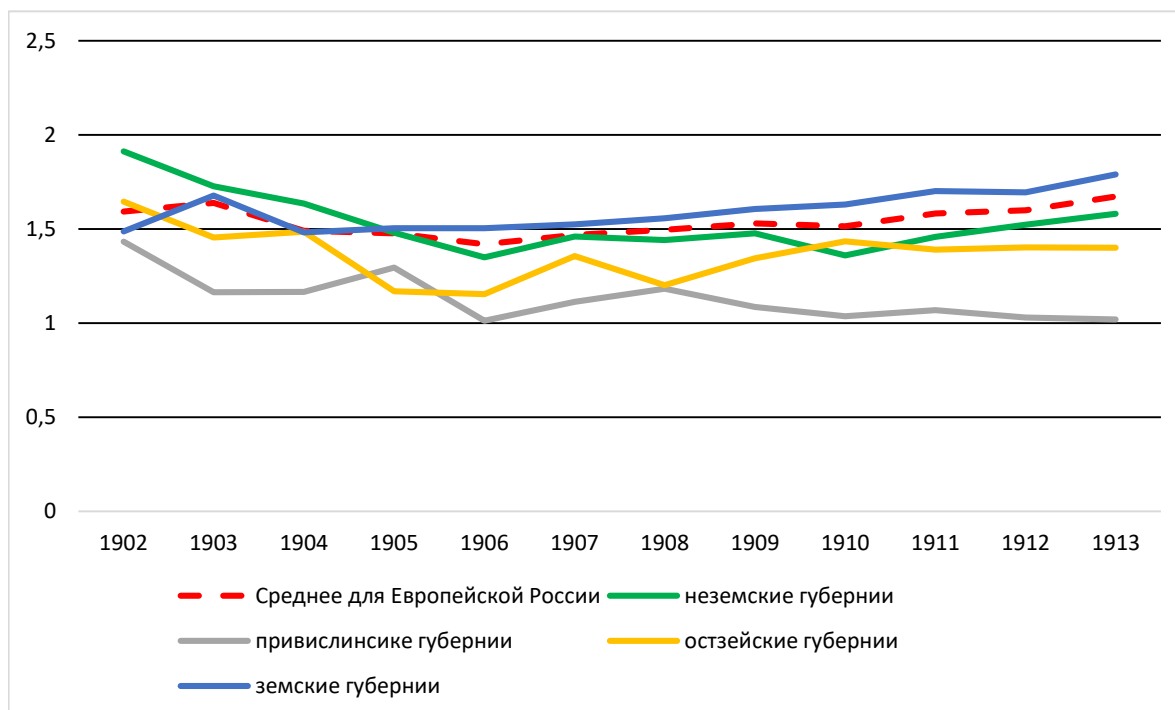
наименьшие результаты показывала группа привислинских губерний при заметной отрицательной динамике показателя.

Рисунок 9. Обеспеченность городского населения Европейской России медицинскими сотрудниками, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Рисунок 10. Обеспеченность сельского населения Европейской России медицинскими сотрудниками, на 10 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Таблица 12. Квалификационное распределение медицинских сотрудников

		1902 г.	1913 г.
Общий:	Врач	46%	46%
	Фельдшер	54%	54%
В городах:	Врач	62%	63%
	Фельдшер	38%	37%
В селах:	Врач	29%	27%
	Фельдшер	71%	73%

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Структура квалификационного распределения в корпусе медицинских сотрудников в 1902 г. выглядит следующим образом (таблица 12): врачи и фельдшеры занимают практически равные доли в корпусе медицинских сотрудников в европейской части Российской империи (с небольшим перевесом в пользу фельдшеров). Такая структура практически не меняется к 1913 г., соотношение доли врачей и фельдшеров остается практически неизменным.

Распределение врачей и фельдшеров по территориальному принципу также заслуживает внимания (таблица 12). Подавляющее большинство врачей (72%) в 1902 осуществляло практику в городах, эта доля практически не изменилась к 1913 г. (71%). В то же самое время большая часть фельдшеров (64%) в 1902 г. работала в сельской местности, и к 1913 г. эта доля также практически не изменилась (61%). Более того, свыше половины медицинских сотрудников в городах составляли врачи (61–63%), в то время как их доля в сельской местности была меньше трети – 27–28%.

В течение исследуемого периода наблюдался значительный рост численности медицинских работников, при этом квалификационная дифференциация сотрудников между городами и селом не претерпела существенных изменений. Такое территориально-классификационное распределение медицинских сотрудников говорит о следующем: горожане обладали большим доступом к квалифицированной (врачебной) медицинской помощи, нежели сельское население. В последних доля врачей в корпусе сотрудников была очень мала, тем самым фельдшеры играли значительную роль при оказании медицинской помощи населению (в следующей главе будет показано, что на долю фельдшеров в сельской местности, в отличие от городских, приходился значительный процент обращений за медицинской помощью).

Такая ситуация противоречила планам земских медицинских деятелей по реорганизации оказания медицинской помощи и активной замене фельдшерского приема на врачебный – за 12 лет соотношение врачей и фельдшеров в сельской местности практически не изменилось. Почему не произошло существенных изменений? Л.А. Булгакова пишет, что к 1890-м и особенно к началу XX века энтузиазм врачей (в первую очередь земских) осуществлять практику среди сельского населения заметно упал по сравнению с 1860–1870-ми гг.¹⁵² Причинами этого послужили не только трудности проживания и работы в сельской местности, но и общественно-политические события: пассивная деятельность (вплоть до активного нежелания) правительства по улучшению социальных условий населения, провал революции 1905–1907 гг., ознаменовавший сворачивание планов крупных социальных преобразований, репрессивная политика в отношении активистов общественного здравоохранения и т.д.¹⁵³ Это вселяло некоторый пессимизм в

¹⁵² Булгакова Л.А. Мистика земского врача // Медицина в России в годы войны и мира: Новые документы и исследования / под ред. Л.А. Булгаковой. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 288.

¹⁵³ Там же; Мазаник А.В. Медицина и здравоохранение в России в начале XX века. С. 656.

среде врачей, разочаровывавшихся в идеалах земской медицины конца XIX века, что, в свою очередь, могло повлиять на то, что большинство врачей работали в городах, а в сельской местности они составляли меньшинство. Впрочем, примечательно то, что доля врачей в сельской местности не уменьшается – а обратное можно было бы предположить, учитывая пессимизирующие факторы деятельности в сельской местности.

Отдельного внимания заслуживает кейс остзейских губерний: в отличие от остальной Европейской России, где фельдшеры составляют существенно большую или равную долю корпуса медицинских сотрудников, в Прибалтике существенно больше врачей. При этом такое распределение наблюдается не только на городском, но и, что примечательно, на сельском уровне: в 1913 г. в сельской местности на 10 000 чел. приходился 1 врач, в то время как обеспеченность фельдшерами достигала отметки лишь 0,46 единиц. Более того, остзейские губернии значительно опережали остальные регионы Европейской России по уровню обеспеченности населения врачами (как в городах, так и в сельской местности) – одновременно с тем значительно уступая по обеспеченности фельдшерами. Высокие показатели обеспеченности медицинскими сотрудниками позволяют предположить, что уровень обращаемости в остзейской группе губерний был одним из наиболее высоких в Европейской России (однако в след. параграфе показано, что это далеко не так).

В начале XX века происходит относительно постепенный рост (за исключением спада после 1904–1905 гг.) числа гражданских медицинских сотрудников в европейской части Российской империи. Особенно важно, что этот рост реален относительно демографического роста: соотношение сотрудников к численности населения постепенно увеличивается, что не может не говорить о том, что также увеличивается потенциальная доступность медицинской помощи для населения.

Очень важно, что в сельской местности уровень доступности медицинской помощи гораздо ниже, чем в городах – в 1913 г. средняя

обеспеченность сельского населения врачами была в 12 раз меньше, чем в городах, а обеспеченность медицинскими сотрудниками в целом – в 7 раз. Немаловажно и то, что такое неравенство доступности квалифицированной помощи объясняется не только высокой долей сельского населения в Российской губернии, но и тем, что большая часть медицинских сотрудников (и особенно врачей) находилась в городах. Основную долю медицинских сотрудников в сельской местности составляли фельдшеры (в отличие от городов, где большую часть сотрудников составляли врачи).

Интересно то, что с течением времени подобное распределение практически не претерпело изменений: соотношение врачей и фельдшеров как в городе, так и в сельской местности в 1902 г. осталось приблизительно таким же к 1913 г. Подобное распределение по квалификации может говорить о том, что рост численности корпуса медицинских сотрудников так или иначе отвечал потребности в увеличении уровня потенциальной доступности медицинской помощи населению, при этом задача по увеличению уровня квалификации медицинских сотрудников фактически не выполнялась. То есть, наблюдения земских деятелей о преобладании «фельдшеризма»¹⁵⁴ в сельской местности действительно были оправданными с точки зрения числа фельдшеров, однако в рамках представленных данных становится очевидно, что такая практика была неизбежной, и альтернативой «фельдшеризму» была бы существенно меньшая доступность медицинской помощи для населения в силу значительно меньшего числа врачей.

2.2.2 Характеристика больничной инфраструктуры

Этот параграф посвящен описанию больничной инфраструктуры: больниц и находящихся в них больничных кроватей¹⁵⁵. Больничные кровати являются одной из неотъемлемых характеристик стационарного приема. Последние, в силу особых требований, в числе которых необходимость

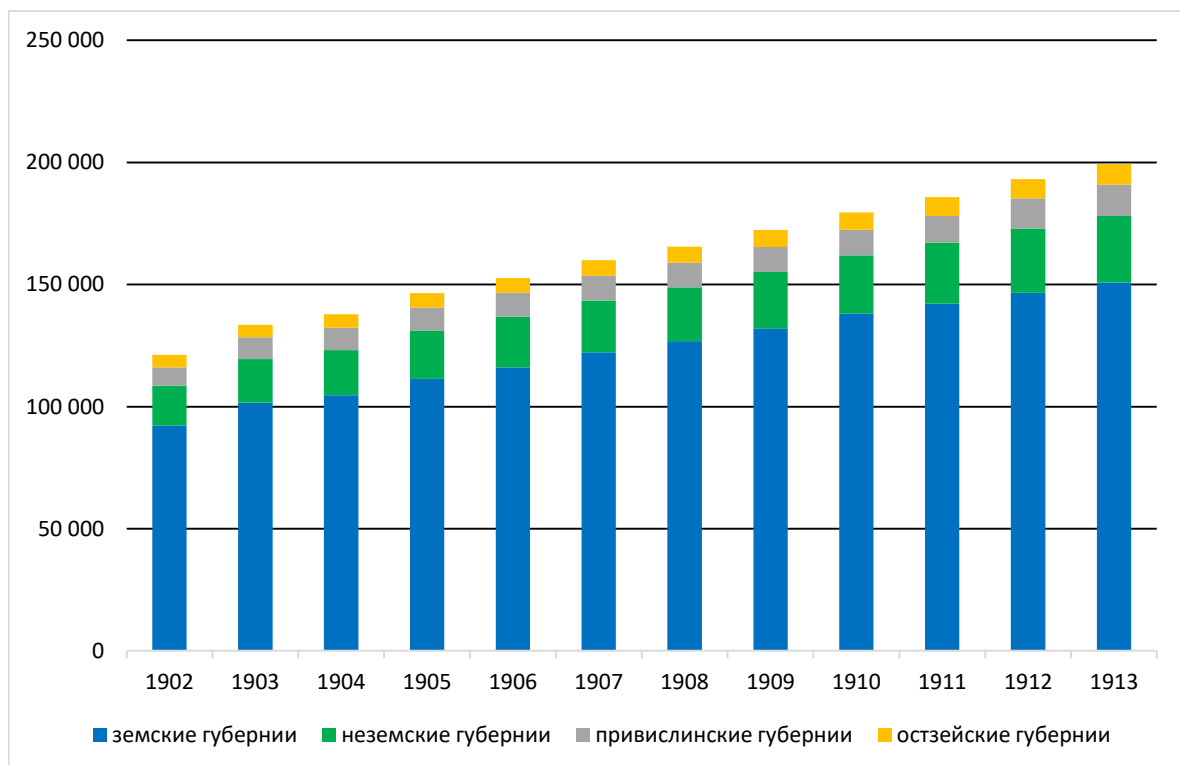
¹⁵⁴ *Веселовский Б.Б.* Указ. соч.; *Канель В.Я.* Что такое фельдшеризм?

¹⁵⁵ Термин «больничная кровать» используется в «Отчетах о состоянии народного здоровья...», что обусловило его использование в тексте работы (вместо термина «больничная койка»/койка»).

содержания пациента в стационаре и обеспечения его лечения и проживания, составляют отдельный аспект оказания медицинской помощи и функционирования здравоохранительной системы. Стационарный прием значительно отличается от амбулаторного стоимостью своего содержания. Содержание пациентов, покупка и размещение больничных кроватей, постройка и ремонт зданий, в которых содержатся пациенты, закупка оборудования и лекарств, содержание медицинского и немедицинского персонала, поддержание работоспособности инфраструктуры – эти условия делают стационарный прием материально требовательным. Такие сложности обеспечения стационарного приема вызывают еще больший интерес для изучения этого аспекта здравоохранения в Российской империи.

С 1902 по 1913 гг. количество кроватей существенно увеличилось – со 123 510 до 203 171, то есть рост составил 64,5% (рисунок 11). Подавляющая их часть располагалась в больницах земских губерний – их доля составляла 75% от общего числа кроватей. 15% кроватей находилось в неземских губерниях, 6% – в привислинских, 4% – в остзейских.

Рисунок 11. Динамика количества больничных кроватей в Европейской России

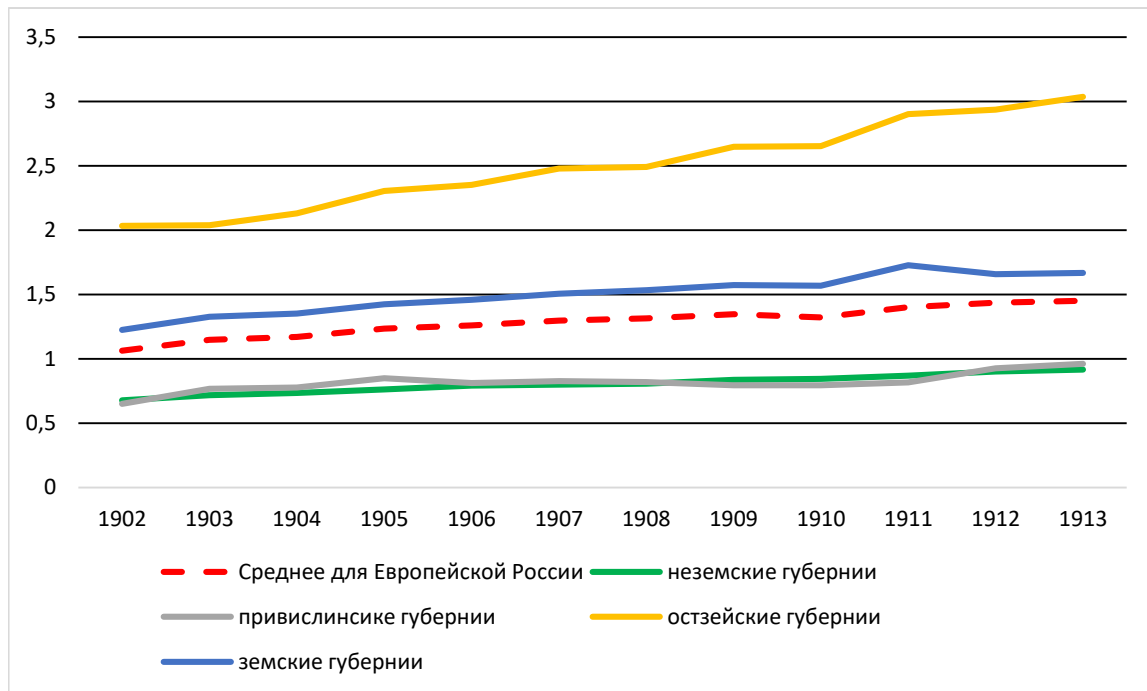


Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Однако если обратить внимание на обеспеченность населения больничными кроватями (рисунок 12), то картина получается несколько иной. В среднем количество кроватей относительно численности населения увеличилось – с 1,06 кроватей на 1 000 чел. до 1,45 кроватей (рост составил 37%). В относительном выражении динамика хоть и остается положительной, но явно не столь велика, как динамика в абсолютных показателях.

Наиболее обеспеченными больничными кроватями являлись остзейские губернии – при показателе 3,03 кроватей на 1 000 чел. в 1913 г. они существенно превышали средний показатель по Европейской России. При этом в регионе впечатляющая динамика этого показателя – за 12 лет обеспеченность больничными кроватями выросла на 50%. Второе место занимали земские губернии – несмотря на то, что три четверти всех больничных кроватей находилось именно в этих губерниях, они значительно отстают от остзейских губерний при показателе 1,67 кровати на 1 000 населения в 1913 г. (и при росте в 30% за 12 лет). Неземские и привислинские губернии заметно отстают от общего тренда: показатель обеспеченности кроватями за весь период не достиг отметки 1 больничной кровати на 1 000 чел. Впрочем, и в этих регионах динамика приобрела положительный характер – рост составил 34% для неземских и 24% для привислинских губерний.

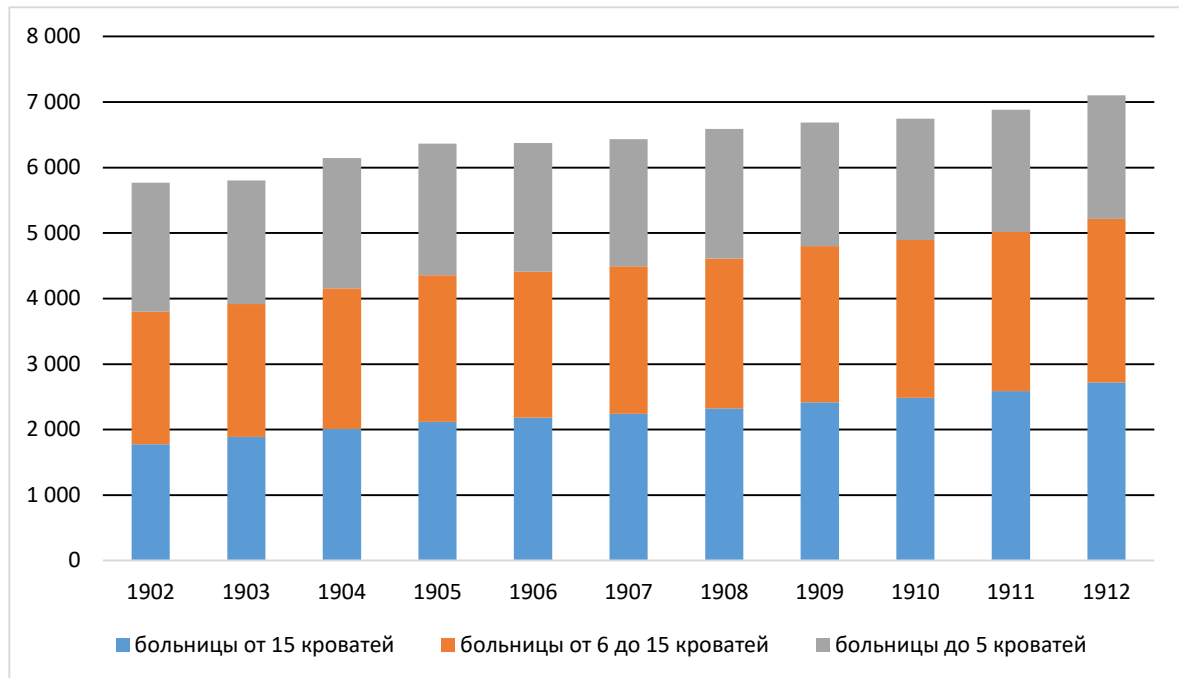
Рисунок 12. Динамика обеспеченности населения больничными кроватями в Европейской России



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

С 1902 по 1913 гг. число больниц увеличилось с 5 768 до 7 105 – рост составил 23% (рисунок 13). При этом нельзя не отметить, что это изменение происходило неравномерно среди больниц разного размера. Доля больниц с числом кроватей от 6 до 15 практически не изменилась и осталась на уровне 35%. Однако существенно возросла доля больниц, в которых располагалось больше 15 кроватей (с 31% до 38%), в то время как доля приемных покоев (больниц с числом кроватей меньше 5) упала с 34% до 27%. В абсолютных показателях это говорит о том, что число средних (с числом кроватей от 6 до 15) и крупных (с числом кроватей более 15) больниц выросло к 1913 г., в то время как число небольших лечебниц осталось примерно на той же отметке, что и в 1902 г.

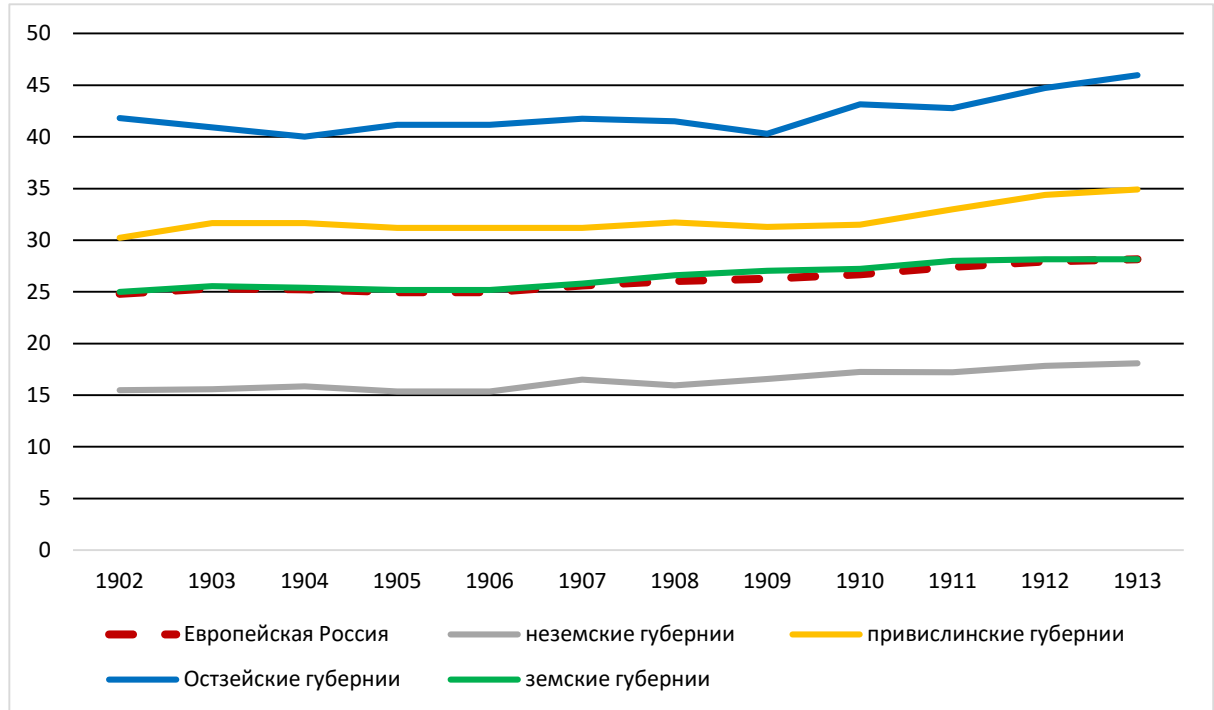
Рисунок 13. Количество больниц в Европейской России



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

При этом среднее количество кроватей в больницах с 1902 по 1913 гг. выросло – если в 1902 г. в среднем на одну больницу приходилось 25 кроватей, то к 1913 их количество увеличилось до 28 (рисунок 14). Этот показатель был наибольшим в остзейских губерниях – почти 46 кроватей на одну больницу; наименьшим – в неземских губерниях с 18 кроватями на одну больницу в 1913 г. При этом также стоит отметить, что вариация в пределах этого среднего показателя очень большая: для сельской местности были характерны приемные покои с 5–10 кроватями в них и небольшие лечебницы с числом кроватей около 25, в то время как в городах (в особенности крупных) были больницы, которые располагали сотнями кроватей.

Рисунок 14. Среднее количество кроватей в больницах.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В 1902–1913 гг. количество больничных кроватей увеличилось практически на две трети, а обеспеченность ими населения – практически на треть. Это так или иначе способствовало росту возможности населения обращаться за стационарной медицинской помощью. В то же самое время происходило увеличение количества больниц, однако его особенность заключалась в том, что заметно увеличивалась доля крупных больниц, в то время как доля небольших больниц практически не изменилась. В то же время происходило и увеличение среднего количества кроватей, располагавшихся в одной больнице. Такая картина может свидетельствовать о процессе укрупнения лечебных заведений в Российской империи в начале XX века. Это важно потому, что создание крупных больниц целесообразно в густонаселенных поселениях и городах, нежели в регионах с небольшой плотностью населения – в последних более целесообразно открывать

больницы небольшого размера¹⁵⁶. Сокращение числа приемных покоев уменьшает возможность людей, живущих в сельской местности, обращаться за стационарной медицинской помощью. Впрочем, однозначно говорить о том, что тенденция к укрупнению лечебных заведений в Европейской России сопровождалась низким интересом в отношении открытия большего числа лечебниц в сельской местности, было бы преждевременно. Крупные больницы встречались в том числе и в сельской местности; кроме того, некоторые приемные покои с течением времени преобразовывались в более крупные лечебницы с большим числом кроватей (например, в Самарской губернии – см. приложение 5).

В целом, в начале XX века в России сложилась следующая картина: инфраструктура здравоохранения приобретает большие возможности для удовлетворения потенциального спроса на медицинские услуги, связанные со стационарным пребыванием пациентов. Однако необходимо отметить, что в основном это развитие коснулось лечебниц среднего и крупного размеров, в то время как число небольших лечебниц в среднем оставалось на примерно прежнем уровне. Возможно, это связано с тем, что больницы среднего и крупного размеров открывались как с нуля, так и на основе уже существовавших небольших лечебниц; при этом в абсолютных показателях число последних не уменьшалось, что говорит об открытии новых приемных покоев (например, в Самарской губернии, где их число увеличилось с 1 в 1898 г. до 10 в 1913 г. – см. приложение 5) как минимум в тех масштабах, при котором их общее число не уменьшалось. Таким образом, в целом можно говорить об увеличивающемся потенциале стационарного сектора оказывать медицинские услуги потенциальным пациентам.

2.2.3. Пространственное распределение врачебных участков

Врачебные участки – форма организации медицинской помощи в сельской местности. Это изобретение земской медицины, ознаменовавшее

¹⁵⁶ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 104.

переход от разъездной медицины к участковой, которая далее копировалась не только в земских регионах Российской империи, но и тех, в которых земства не были учреждены (а также за рубежом и в СССР, когда сама империя перестала существовать). Уезды в губерниях делились на врачебные участки, при которых находились больницы или амбулаторный врачебный пункт. Врачебным участком заведовал земский, сельский или участковый врач. Также в рамках врачебного участка мог функционировать фельдшерский пункт, в котором прием осуществлялся фельдшерами. Население, проживавшее в сельской местности, имело доступ к медицинской помощи главным образом посредством обращения к врачам и фельдшерам во врачебных участках¹⁵⁷.

Врачебные участки не регистрировались в «Отчетах...» в привислинских (за исключением Плоцкой губернии) и остзейских губерниях (за исключением Эстляндской, в которой регистрация началась с 1910 г.).

Важность исследования врачебных участков состоит в том, что они так или иначе оказывают влияние на доступность медицинской помощи – площадь участка так или иначе определяет расстояние, которое необходимо преодолеть для обращения за медицинской помощью к врачу/фельдшеру. Впрочем, этот показатель является усредненным, так как на пространственную доступность значительно влияние в том числе оказывает состояние транспортной сети (однако в рамках данного исследования этот параметр не был изучен в силу исключительной сложности подобного гипотетического анализа).

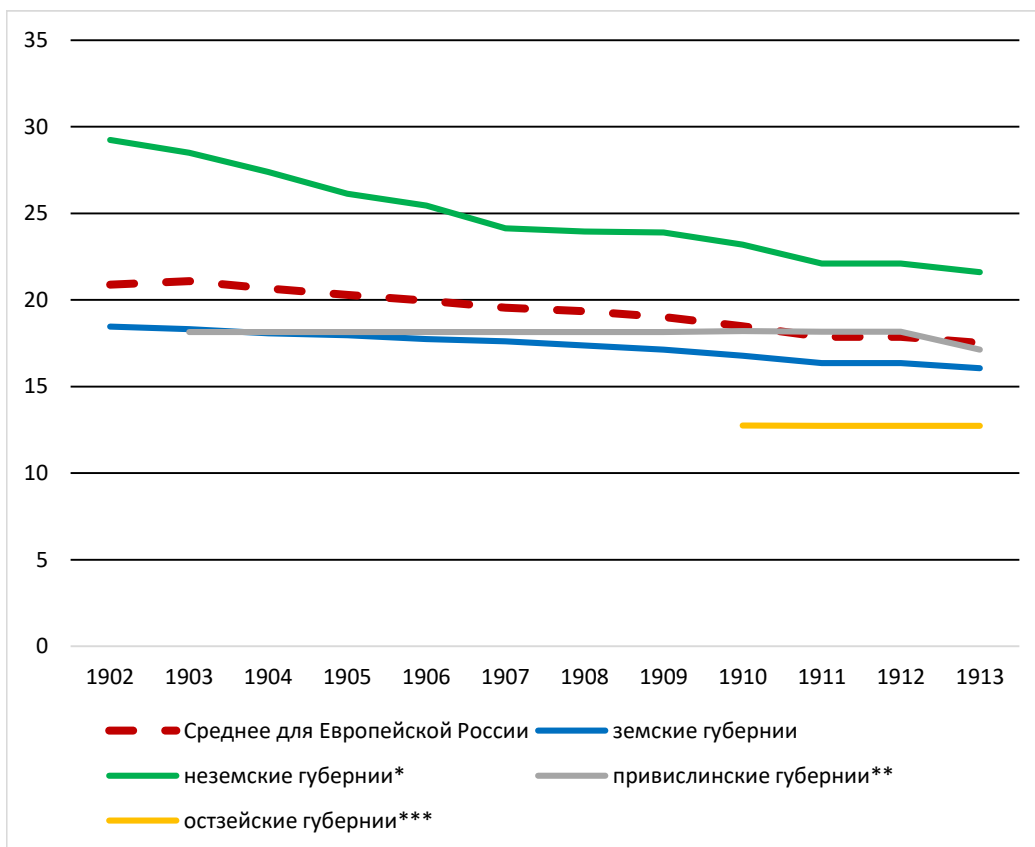
В среднем радиус одного врачебного участка в Европейской России к 1913 г. составлял около 17 верст (рисунок 15). В земских губерниях этот показатель был немного ниже – около верст к 1913 г. В неземских губерниях радиус врачебных участков был значительно больше, чем в земских. Впрочем, в этом регионе наблюдалось стремительное уменьшение этого радиуса. С

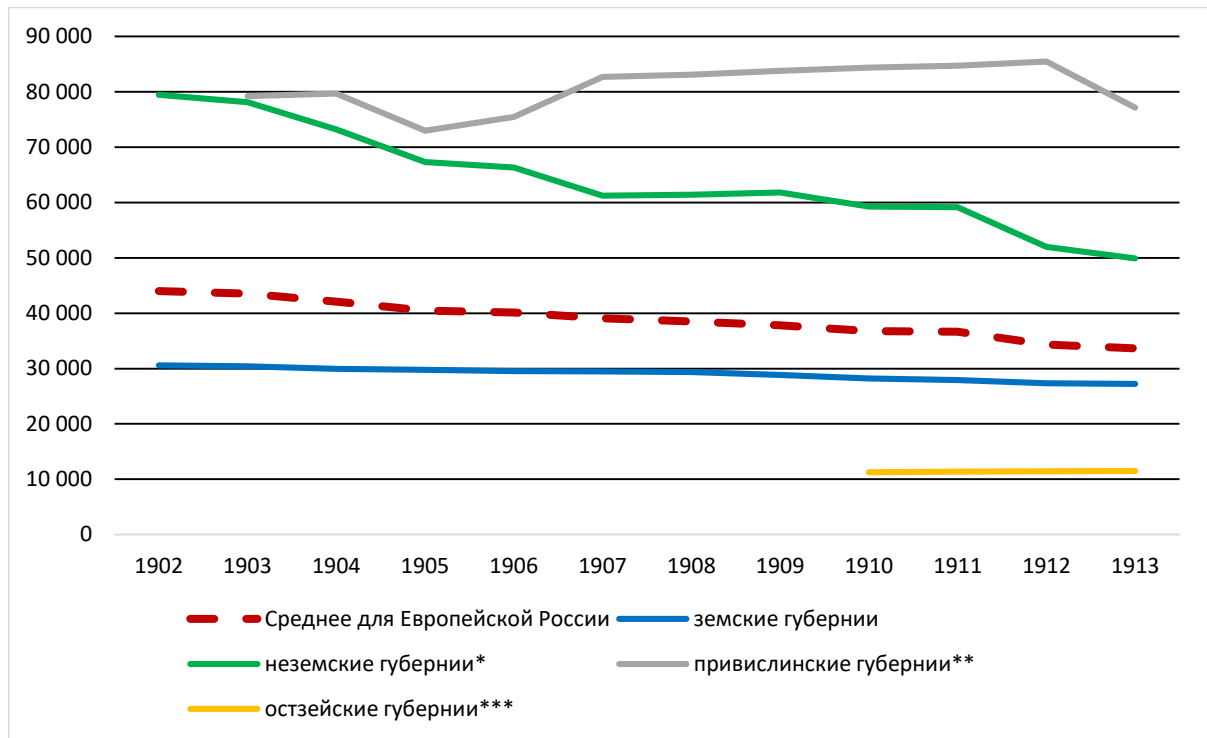
¹⁵⁷ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 96–99.

29,25 верст в 1902 г. до 21,6 верст в 1913 – в итоге радиус врачебных участков в неземских губерниях снизился на 26%.

В пересчете на население картина несколько меняется. В среднем по Европейской России численность населения на один участок уменьшилась с 44 554 чел. до 33 674 (на 24%). При этом средний показатель по земским губерниям оказался ниже среднего по России – 27 209 чел. на один врачебный участок в 1913 г. Однако в неземских губерниях по-прежнему сохранялось значительное отставание от среднего по европейским губерниям – к 1913 г. на один врачебный участок приходилось 49 900 чел. Впрочем, этот регион, как и для показателя среднего радиуса, показывал серьезное снижение этого показателя в течение исследуемого периода – на 38% (с 79 500 чел. на один участок).

Рисунок 15. Врачебные участки: средняя площадь и населенность
Средний радиус врачебного участка (верст):



Средняя численность населения:

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Примечание: * – без Архангельской губернии, ** – только Плоцкая губерния, *** – только Эстляндская губерния.

В среднем по Европейской России один участок покрывал площадь радиусом 17 верст. Это заметно превышает тот радиус, который земские врачи считали оптимальным – 10 верст¹⁵⁸, однако, учитывая, что среди губерний были такие обширные, как Вологодская, Пермская, Уфимская, Олонецкая, в которых на один участок приходились тысячи квадратных верст, этот показатель для менее крупных и более густонаселённых губерний мог быть ниже (и вполне достигать порога в 10 верст). Неземские губернии серьезно отставали от среднего по России. Вероятно, это связано с тем, что в неземских губерниях участковый тип организации врачебной помощи сельскому населению начал внедряться (по примеру земских губерний) лишь в 1887 г., что обусловило серьезное отставание неземских губерний от земских.

¹⁵⁸ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 97.

Примечательно, впрочем, то, что с 1902 по 1913 гг. в этом регионе произошло резкое сокращение этого отставания. Достичь уровня земств к 1913 г. не удалось, однако столь резкая динамика говорит о серьезном потенциале для увеличения частоты расположения врачебных участков.

2.2.4. Финансирование здравоохранения

Этот параграф посвящён описанию финансирования здравоохранения в Европейской России. Условный бюджет здравоохранения в начале XX века, согласно «Отчетам о состоянии народного здоровья», складывался из следующих источников: правительственные, земские (губернских и уездных земств), городские, а также частные лица и общества. В свою очередь, финансирование распределялось по следующим расходным пунктам: содержание лечебных заведений, содержание врачей, фельдшеров и фармацевтов, бесплатная выдача лекарств, оспопрививание и борьба с эпидемиями, санитарные бюро и гигиенические лаборатории, а также оздоровление населенных мест (и некоторые прочие). Как правило, сумма доходной части равнялась суммарным расходам.

Параметр финансирования был высчитан в отношении к численности населения и показывает распределение финансирования в расчете на каждого человека.

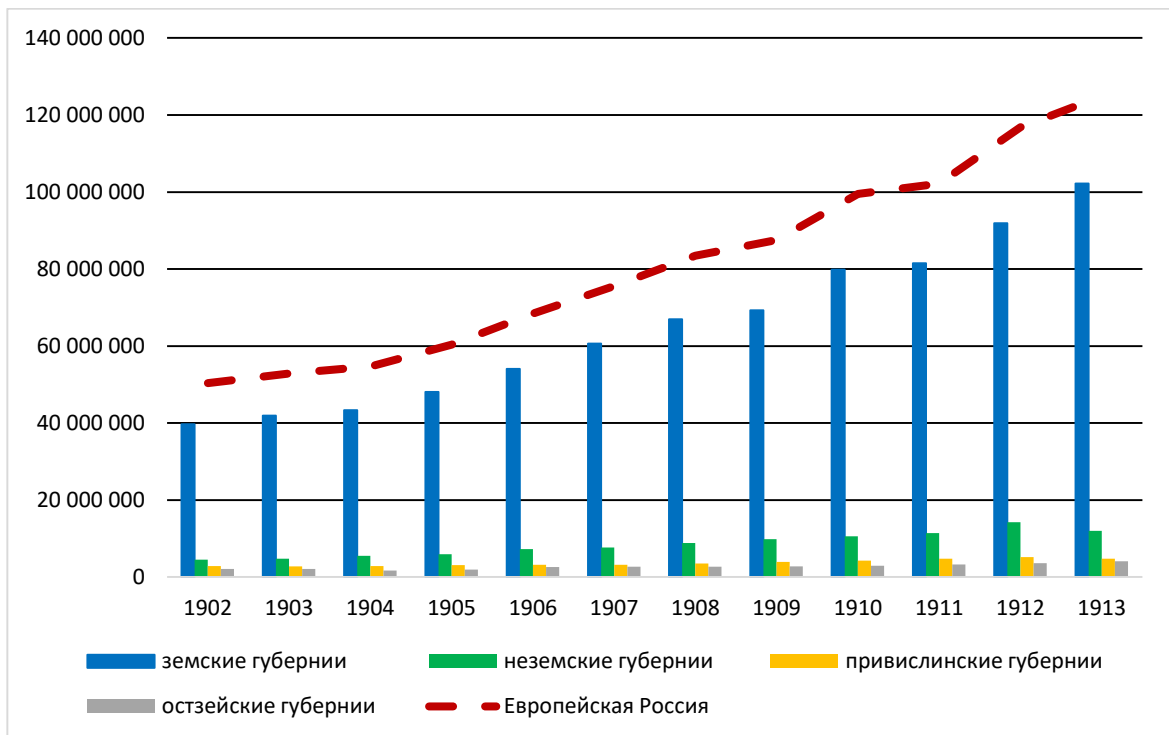
С 1902 по 1913 гг. финансирование здравоохранения в Европейской России выросло более чем в два раза – с 50 миллионов рублей до 124 миллионов рублей в год (рисунок 16А). Эта сумма была подсчитана путем сложения всех категорий источников, представленных в «Отчетах о состоянии народного здоровья» – правительственных, земских, городских и частных.

Удельное распределение этого финансирования на душу населения выглядело следующим образом (рисунок 16Б): на каждого человека в Европейской России в 1902 г. в среднем выделялось 43 копейки, 89 копеек – в 1913 г. То есть двукратный рост финансирования здравоохранения наблюдается и через призму его распределения среди населения.

Наиболее выдающиеся показатели финансирования показывают остзейские губернии – к 1913 г. в среднем на каждого человека тратилось 1,5 рублей. Второе место занимают земские губернии – к 1913 г. на одного человека приходилось 1,13 рублей (что более чем в 2 раза больше, чем в 1902 г.), при этом динамика стабильная.

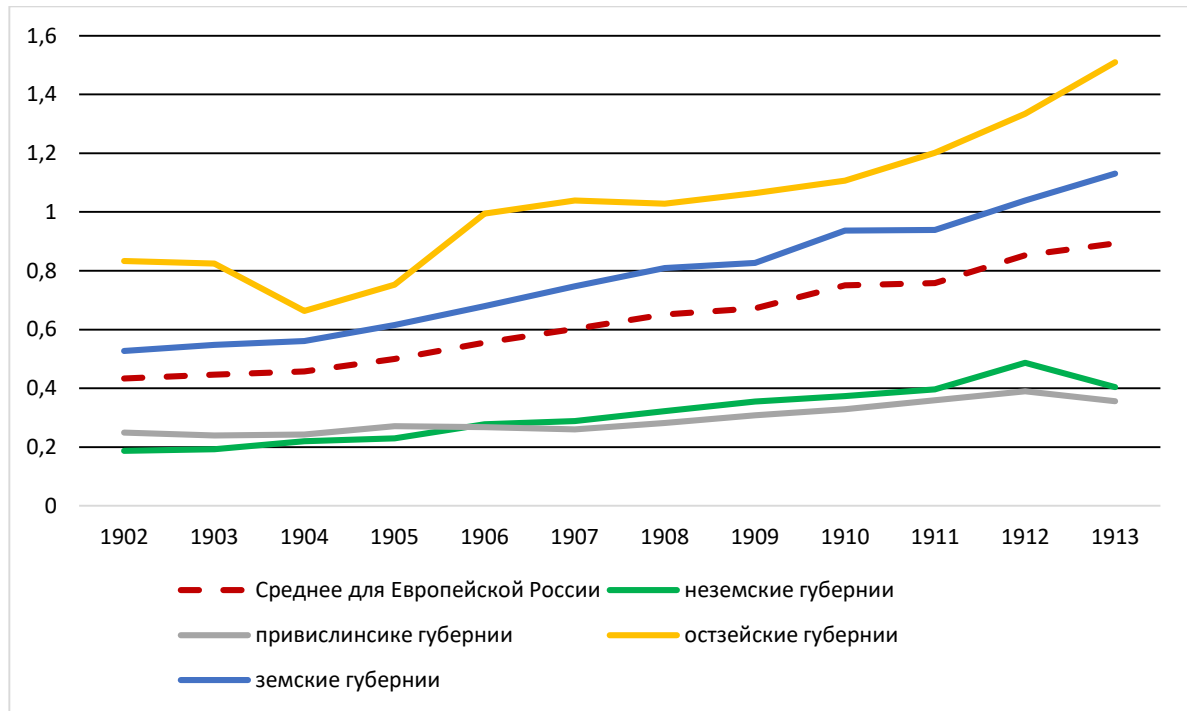
Некоторое отстающее положение занимают неземские и привислинские губернии. Но если в неземских губерниях сохраняется общероссийский¹⁵⁹ тренд на увеличение удельного финансирования (рост составил 115%), то в привислинских губерниях этот тренд проявляется гораздо слабее – в 1913 г. на одного человека приходилось 0,35 руб., то есть рост относительно 1902 г. составил лишь 43% – существенно меньше средней динамики в Европейской России.

Рисунок 16А. Финансирование здравоохранения, руб.



¹⁵⁹ Под общероссийским имеется ввиду тренд, наблюдающийся в европейской части Российской империи.

Рисунок 16Б. Удельное финансирование здравоохранения на душу населения, руб./чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В начале XX века в Российской империи материальное содержание здравоохранения увеличилось более чем вдвое. При этом нельзя не отметить композицию источников финансирования (таблица 13) – половина всех средств поступала из земств (губернских и уездных). Также значительный вклад вносили города, а также частные лица и общества. Правительственное содержание здравоохранения составляло небольшую долю в общем бюджете – менее 10%. Столь скромное участие в финансировании медицины может сигнализировать о довольно низкой степени вовлеченности государственной администрации в вопросы материального состояния здравоохранения в стране.

Таблица 13. Источники финансирования здравоохранения, среднее для 1902, 1913 гг.

Источники финансирования	1902 г.	1913 г.
Губернские земства	12%	16%
Уездные земства	37%	37%
Земский сбор неземских губерний	7%	2%
Города	21%	22%
Частные лица и общества	14%	15%
Правительство	8%	5%
Прочие	–	2%

Источники: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Говоря об инфраструктурной составляющей здравоохранения в Российской империи в начале XX века, нельзя не отметить существовавший тренд развития условной «принимающей» способности здравоохранения. Медицинские сотрудники и больничные кровати, а также обеспеченность ими населения, больницы и врачебные участки, материальное содержание медицины – по всем этим параметрам происходило улучшение показателей в довоенный период. В Европейской России к 1913 г. приходилось около 1,5 врача на 10 000 чел. – результат, несомненно, лучший, чем в 1902 г. (1,34 врача на 10 000 чел.). Более того, важно подчеркнуть, что эта положительная динамика наблюдалась на фоне очень активного демографического роста в Российской империи¹⁶⁰, когда с 1897 по 1913 гг., по вычислениям демографа

¹⁶⁰Миронов Б.Н. Новая историческая демография имперской России (Ч. I): аналитический обзор современной литературы // Вестник Санкт-Петербургского университета. История. 2006. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novaya->

Р.И. Сифман, население России (без Финляндии) увеличилось с 125,6 млн. до 163 млн. чел.¹⁶¹. Однако с такими показателями Российская империя все же безнадежно уступала европейским странам: так, еще к 1890 г. в Англии показатель обеспеченности врачами достигал 6,38 на 10 000 чел., в Шотландии – 6,4, в Ирландии – 5,38, в Швейцарии – 5,22, в Бельгии – 4,51, во Франции – 3,11, а в Германии – 3,09¹⁶². Более того, в социальной гигиене существуют представления о пороговой обеспеченности населения врачами, которая позволяет здравоохранительной системе выполнять свои функции на приемлемом уровне – она составляет около 5 врачей на 10 000 чел.¹⁶³ Российские показатели обеспеченности были существенно ниже этого порога – таким образом, для эффективной организации медицины в Российской империи врачей значительно не хватало. Это также могло повлиять на то, что смертность в Российской империи от инфекционных болезней оставалась очень высокой.

Эта нехватка обретает еще большее значение, если обратить внимание на территориальное распределение медицинских сотрудников. Если в городах к 1913 г. на 10 000 чел. приходилось 7,55 врачей, то в сельской местности этот показатель находился на чрезвычайно низком уровне – 0,51 врачей на 10 000 населения. Столь низкая степень обеспеченности сельского населения врачами обусловлена не только тем, что население Российской империи проживало преимущественно в сельской местности, но и меньшим числом врачей, осуществлявших практику в сельской местности (относительно их

istoricheskaya-demografiya-imperskoj-rossii-ch-i-analiticheskij-obzor-sovremennoj-literatury-1 (дата обращения: 10.06.2024).

¹⁶¹ Сифман Р.И. Динамика численности населения России за 1897–1914 гг. // Брачность, рождаемость, смертность в России и в СССР / под ред. А.Г. Вишневого. М.: Статистика, 1977. С. 62–82.

¹⁶² Затравкин С.Н., Щепин В.О., Олейникова В.С. Обеспеченность врачами населения Российской Империи в XIX – начале XX века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. №4. С. 238. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechennost-vrachami-naseleniya-rossiyskoj-imperii-v-xix-nachale-xx-veka> (дата обращения: 10.05.2022).

¹⁶³ Там же. С. 288.

численности в городах). Одна из интерпретационных логик заключается в том, что многие врачи (по разным причинам) разочаровывались в идеалах общественной медицины, чаще работали в городах на частной основе. Впрочем, безусловно, даже несмотря на это, низкий уровень доступа населения к врачебной помощи был связан с особенностями демографической композиции Российской империи.

Несмотря на пессимизирующие факторы, можно отметить следующее: в начале XX века существовала тенденция развития инфраструктуры здравоохранения, которая, в свою очередь, увеличивала потенциальную доступность медицинской помощи для населения. При этом уровень этой доступности отличался в разных регионах: так, практически по всем рассматриваемым параметрам (за исключением количества фельдшеров) остзейские губернии занимала лидирующие позиции в рассматриваемый период. В земских губерниях эти показатели также были в целом выше среднего; в неземских и в особенности привислинских губерниях параметры, ассоциирующиеся с доступностью медицинской помощи, были ниже среднего. Впрочем, то, как эта доступность реализовывалась на практике, выражалось в степени обращаемости населения за медицинской помощью, речь о которой в следующем параграфе.

2.3. Обращаемость населения за медицинской помощью: статистический анализ факторов¹⁶⁴

В этом параграфе приведены данные обращаемости за медицинской помощью, а также представлены и интерпретированы результаты регрессионного и корреляционного анализа. Стоит отметить, что методика подсчета обращаемости за медицинской помощью была описана в разделе по методологии исследования, однако для наглядности будет кратко продублирована. В качестве обращаемости населения за медицинской

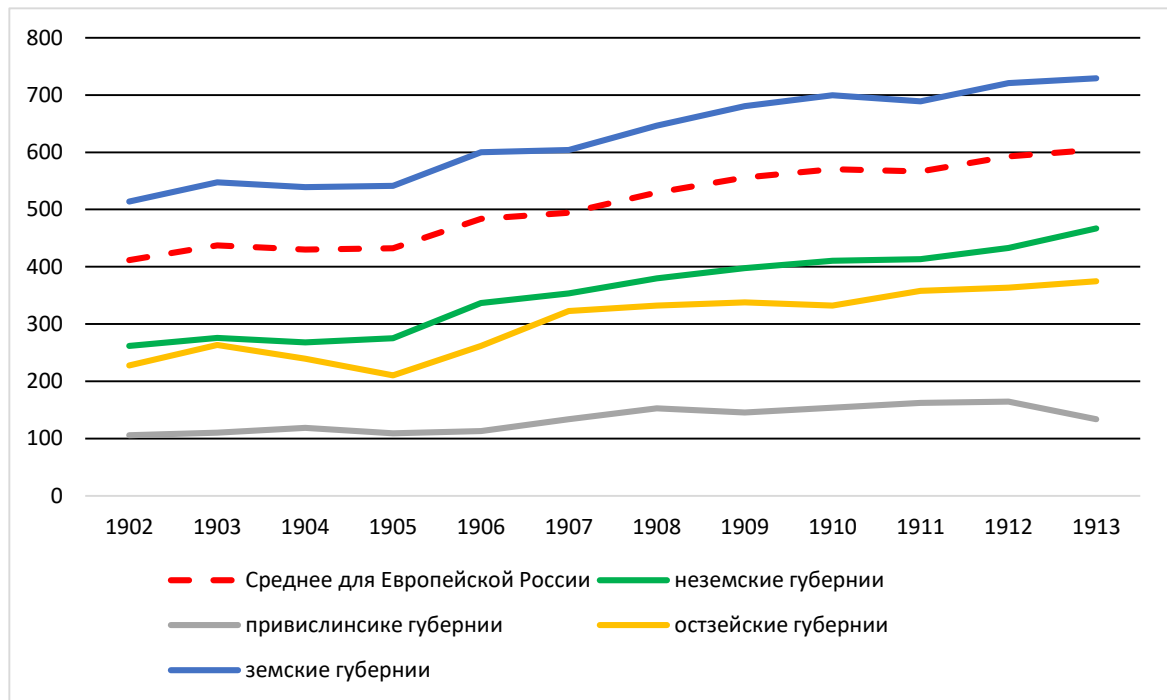
¹⁶⁴ При подготовке данного параграфа были использованы следующие публикации автора: *Данилов Е.В.* Динамика и факторы обращаемости населения за медицинской помощью в Европейской России начала XX века // Историческая информатика. 2022. № 4. С. 65–83. DOI: 10.7256/2585-7797.2022.4.39251.

помощью понимается отношение общего числа обращений за медицинской помощью к численности населения, выраженное в формате на 1 000 чел. Подавляющая часть обращений за медицинской помощью приходилась на амбулаторный сектор обращаемости, однако в рамках этого исследования было решено включить также числа частного приема и эпидемических случаев – сделано это было в связи с тем, что в источнике нет строго различения медицинских сотрудников по типу осуществляемого ими приема, что требуется для дальнейшего анализа. В то же время стационарный прием выделяется в отдельный блок обращаемости в силу наличия сведений о состоянии инфраструктуры здравоохранения.

2.3.1 Обращаемость за медицинской помощью

В Российской империи средняя обращаемость за медицинской помощью в 1902 г. составила 411 обращений на 1 000 чел. (рисунок 17). Постепенно этот показатель к 1913 г. достиг отметки 604 обращений – рост составил 47%. Земские губернии в среднем значительно превышали этот уровень: если в 1902 г. обращаемость в них была на уровне 513 обращений в год, то к 1913 г. она выросла до 719 обращений – рост составил 40%. Неземские и остзейские губернии значительно отстают по обращаемости от земских губерний, однако в этих регионах динамика этого показателя впечатляющая – 79% и 65% соответственно. Привислинские губернии являются аутсайдером по мере проявления параметра обращаемости – к 1913 г. он не достиг отметки в 200 обращений на 1 000 чел. в год (итоговый рост с 1902 г. составил 27%).

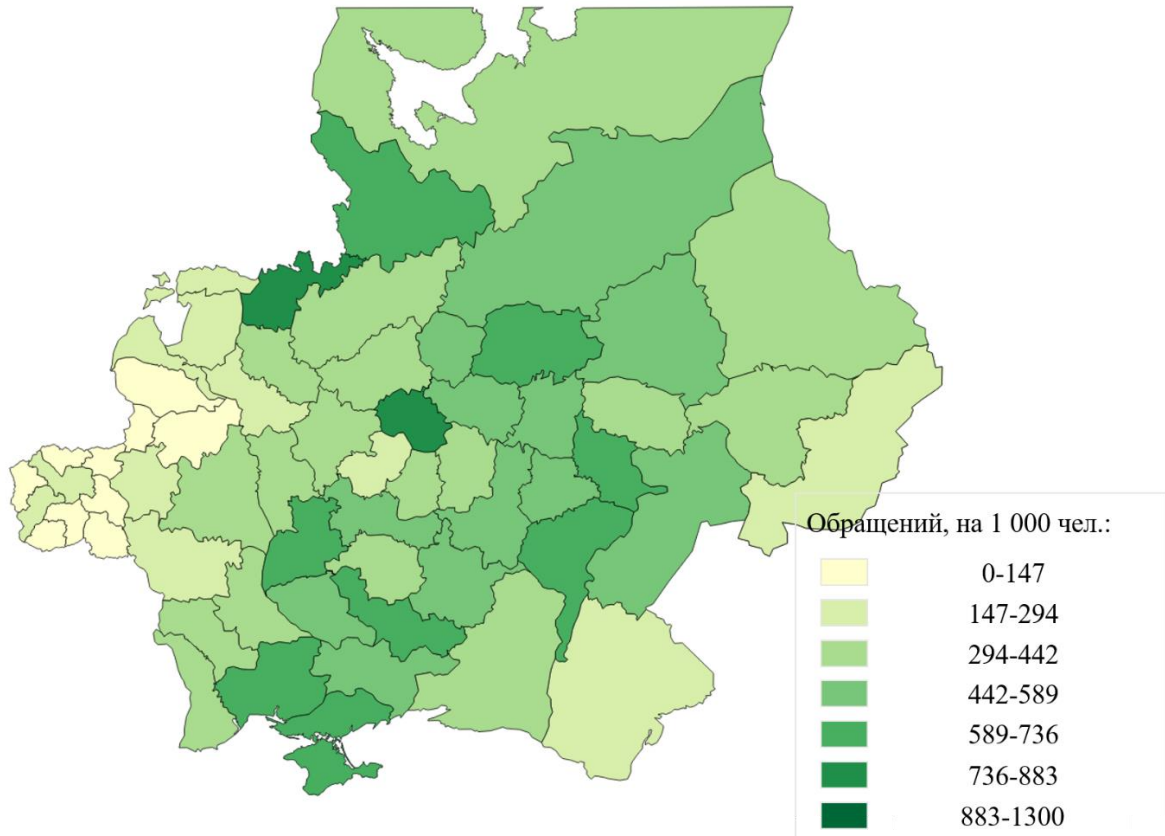
Рисунок 17. Обращаемость за медицинской помощью в европейских губерниях Российской империи, на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

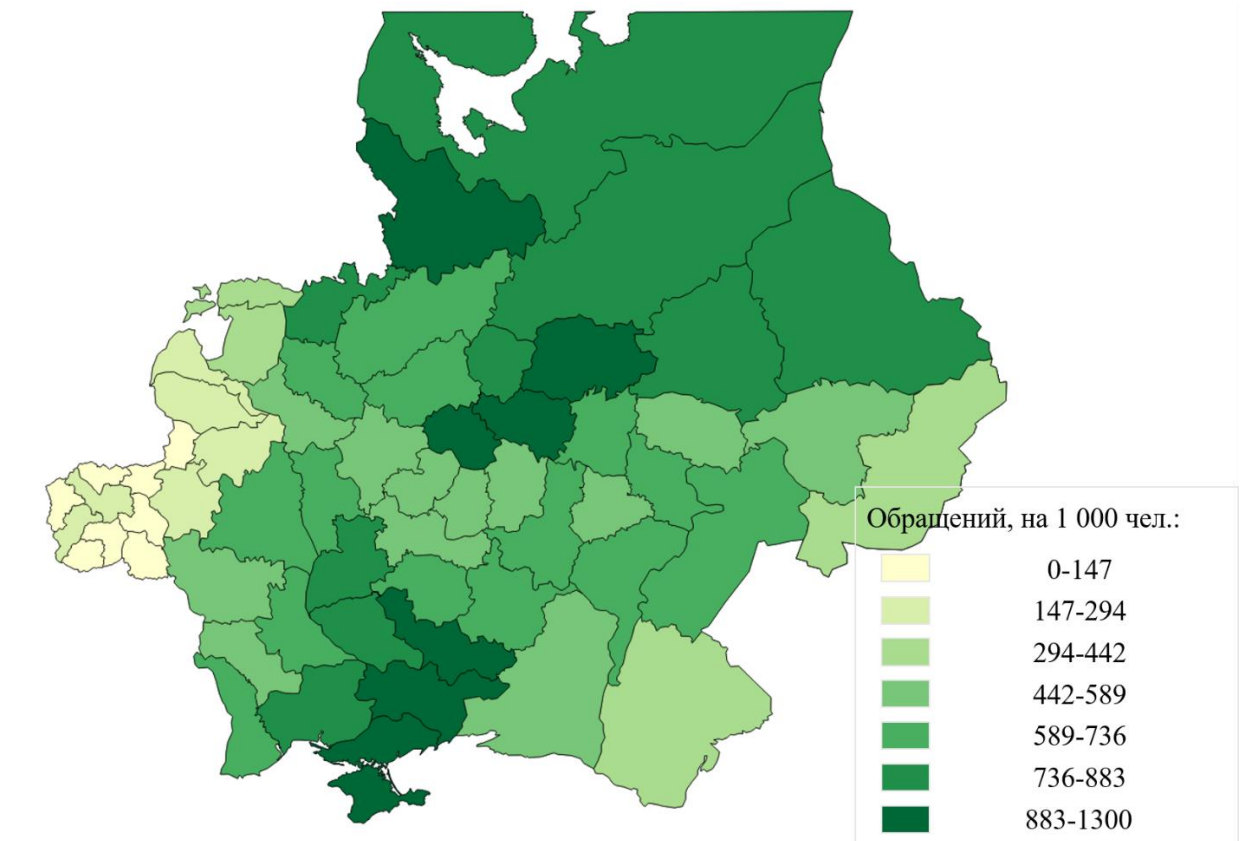
Рисунок 18. Обращаемость за медицинской помощью в европейских губерниях Российской империи в 1902 и 1913 гг.¹⁶⁵

1902 г.:



¹⁶⁵ Основа картограммы предоставлена кафедрой исторической информатики (С.А. Саломатина, Т.Я. Валетов). Базовый источник для векторной карты: Карта пароходных сообщений, железных и почтовых дорог Российской империи. СПб.: Изд. А.Ильина, 1911. Карта предоставлена Отделом картографических публикаций Российской государственной библиотеки.

1913 г.:



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В начале XX века в Европейской России обращаемость за медицинской помощью в среднем росла значительными темпами, однако к 1913 г. не смогла достичь уровня 1 000 обращений. Это означает, что на одного жителя Европейской России в год приходилось меньше одного обращения за медицинской помощью.

Средний уровень обращаемости – большая генерализация этого признака. Как было показано в предыдущем параграфе, инфраструктурное состояние здравоохранения в городах и в сельской местности значительно отличалось друг от друга. Кроме того, на обращаемость населения также влияют и иные факторы, связанные с социальными и культурными параметрами населения, согласно теории «моделей здорового поведения». В

связи с этим разделение признака обращаемости по территориальному статусу представляется необходимым этапом анализа.

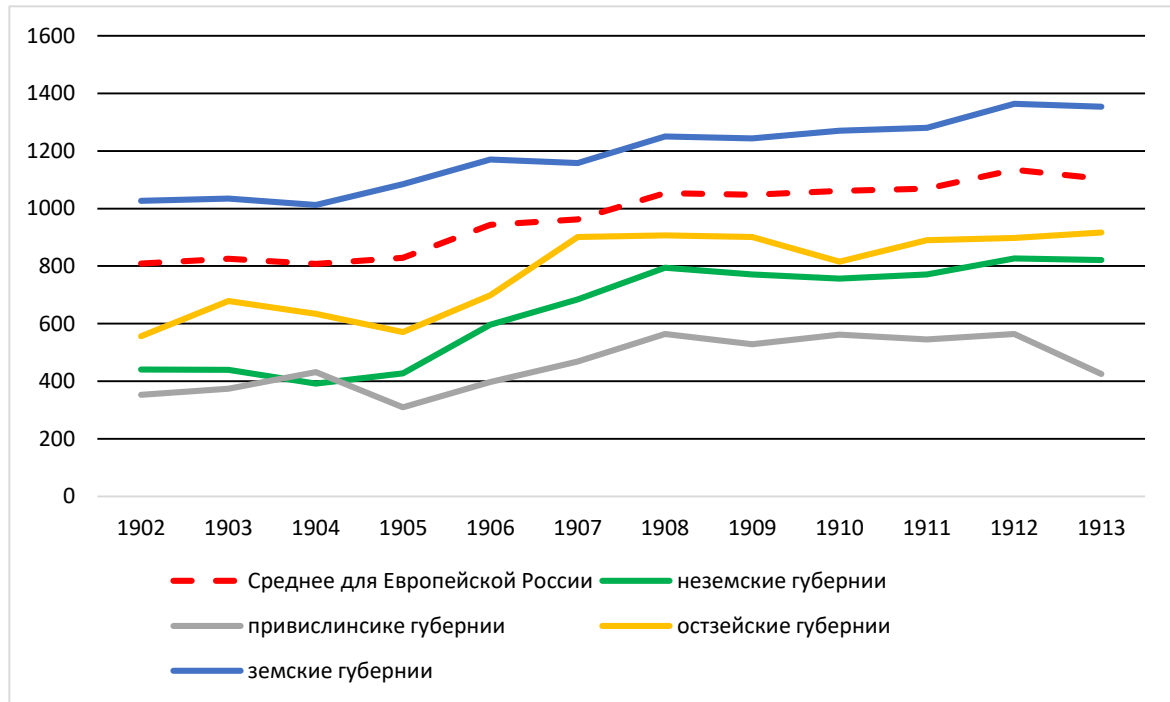
В «Отчетах...» присутствуют данные по числу обращений, разделенные по принципу город-уезд¹⁶⁶, т.е. по принципу городского и негородского (сельского) сегментов обращаемости. В связи с этим в было принято решение произвести данное различие обращаемости по такому же принципу, т.е. обращаемости в городах и в сельской местности.

В городах средняя обращаемость была выше, чем общая обращаемость по Европейской России (рисунок 19). В 1902 г. этот показатель был на отметке 809 обращений в год. В 1908 г. он превысил отметку в 1 000 обращений в год и к 1913 г. вырос до 1 103 обращений (рост составил 36,3%). В 1913 г. в среднем на каждого горожанина приходилось хотя бы одно обращение за медицинской помощью.

В земских губерниях обращаемость в городах была выше среднего – уже в 1902 г. она была на отметке 1 026 обращений, а к 1913 г. увеличилась до 1 354 обращений на 1 000 чел. (рост составил 32%). В неземских и остзейских губерниях обращаемость к 1913 г. не достигла отметки в 1 000 обращений (остзейские губернии достигли отметки 916 обращений, вплотную приблизившись к тысячному рубежу). Однако в этих регионах рост составил 86,6% и 65% соответственно, что в целом превышает средний тренд роста по Европейской России. Привислинские губернии по этому показателю оказались отстающими – к 1912 г. рост составил 60%, однако в следующем году произошло существенное падение на 140 обращений, тем самым в 1913 г. обращаемость была лишь на 21% выше, чем в 1902 г.

¹⁶⁶ О принципе деления данных по городам и уездам более подробно в параграфе 2.1. «Данные и методологические аспекты».

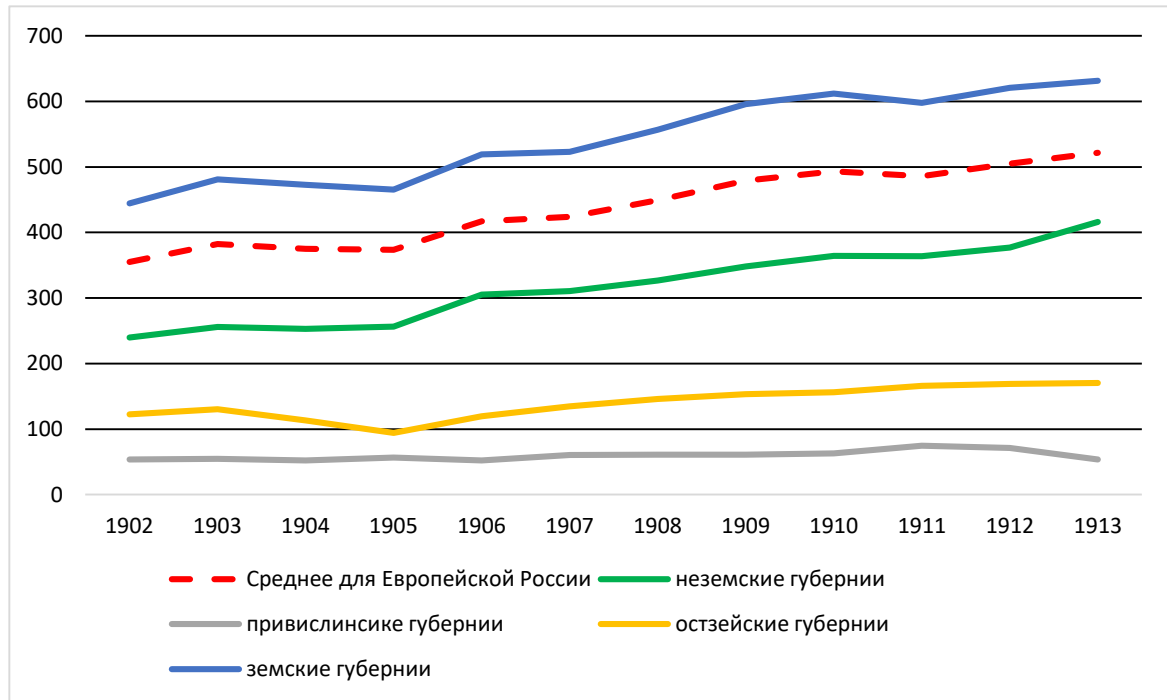
Рисунок 19. Обращаемость за медицинской помощью в городах европейских губерний Российской империи, на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В сельской местности обращаемость была значительно меньше в сравнении с городскими показателями (рисунок 20). В среднем в Европейской России в 1902 г. она находилась на отметке 355 обращений, а к 1913 г. выросла до 521 обращения на 1 000 чел. (итоговый рост составил 47%). В земских губерниях обращаемость была выше – за 12 лет она увеличилась с 444 обращения до 631 обращений на 1 000 чел. (рост составил 42%). В неземских губерниях, несмотря на значительное отставание от земских губерний, наблюдается внушительный рост на 73% (с 240 до 415 обращений). В остзейских и губерниях обращаемость в сельской местности была очень низкой, не достигая уровня 200 обращений в год, а в привислинских – 100 обращений.

Рисунок 20. Обращаемость за медицинской помощью в сельской местности европейских губерний Российской империи, на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В некотором итоговом варианте вырисовываются следующие наблюдения (см. приложение 4). Уровень обращаемости проявлялся в некоторой степени неоднородно в пределах Европейской России. Примечательно, что для городской обращаемости характерен более высокий коэффициент вариации, нежели для сельской местности ($CV = 73,3\%$ против $CV = 52,5\%$ в 1913 г.). Также заметно, что эта вариация несколько снижается при переходе к типовым группам. В этом отношении наиболее примечательны земские губернии – коэффициенты вариации существенно ниже средних по Европейской России, в особенности для сельской обращаемости, то есть различия в динамике обращаемости между земскими губерниями в целом ниже, чем в целом между губерниями Европейской России, на что могло повлиять относительно более высокий уровень инфраструктурного развития здравоохранения в земствах (о этой связи подробнее в следующем параграфе).

Если говорить о распределении приема между врачами и фельдшерами, картина его следующая: в городах (таблица 14) основную деятельность по приему пациентов осуществляли врачи, и с 1902 по 1913 гг. доля приемов, осуществлённых фельдшерами, лишь незначительно увеличилась – с 4% до 8%. В сельской местности наблюдается несколько иная ситуация: фельдшеры принимали более трети всех обращений в сельской местности (более того, процент фельдшерского приема даже немного увеличился), хотя на долю врачей приходилось больше половины всех обращений.

Таблица 14. Распределение обращений за медицинской помощью в городах и в сельской местности, 1902, 1913 гг.

		1902	1913
Города:	Врач	96%	92%
	Фельдшер	4%	8%
Село:	Врач	62%	60%
	Фельдшер	38%	40%

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Такое распределение обращений между врачами и фельдшерами, в частности, отражается в наблюдениях, в первую очередь, земских врачей, часть которых отрицательно относилось к такому явлению¹⁶⁷. Эта картина также может быть почвой для довольно логичных рассуждений о более высоком качестве медицинской помощи в городах по сравнению с сельской местностью. Впрочем, это качество не ограничивается уровнем образования и квалификации и складывается из многих других компонентов: наличия и качества медицинского оборудования, времени приема пациента, доступности медикаментов, осознанности пациента и его участия в процессе лечения и многого другого. Комплексных исследований по оценке качества

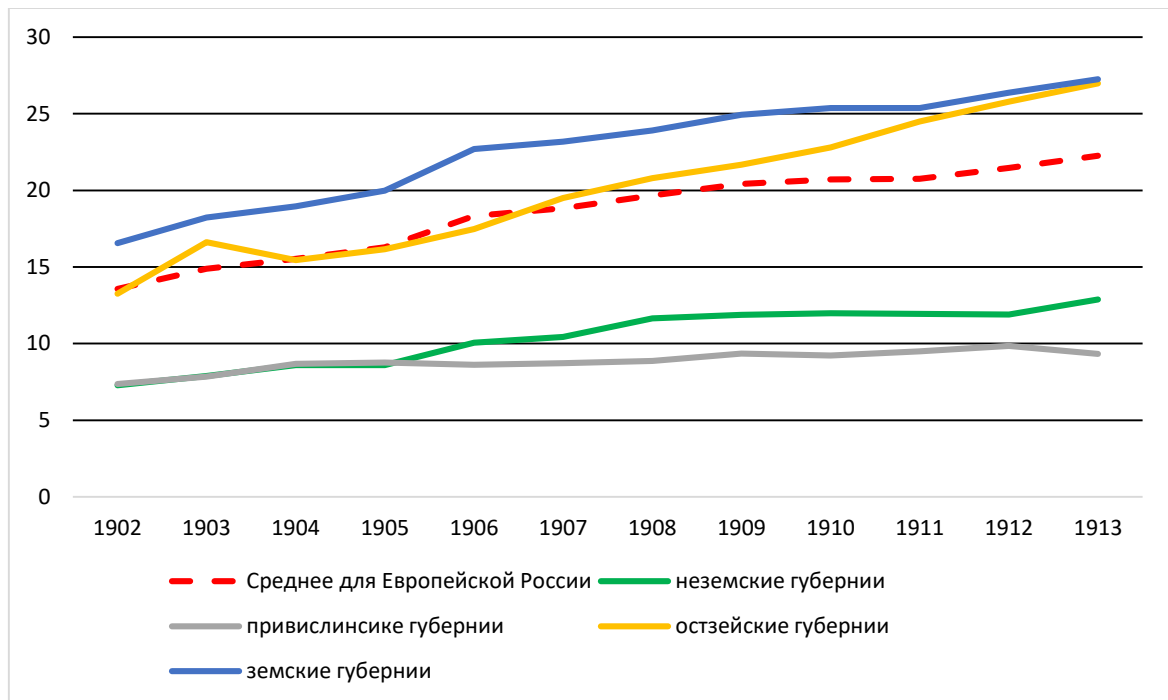
¹⁶⁷ Канель В.Я. Что такое фельдшеризм? С. 1–5.

медицинской помощи, которые в том числе включали бы анализ перечисленных компонентов, фактически не проводилось, в связи с чем однозначно утверждать о разнице в качестве предоставляемых медицинских услуг было бы преждевременно. Кроме того, примечательно, что в некоторых случаях крестьяне предпочитали обращаться к фельдшерам, нежели к врачам, что чаще всего происходило из-за личных качества фельдшеров и врачей¹⁶⁸. И в целом можно отметить еще раз, что в условиях недостатка практикующих врачей в сельской местности доступность фельдшерского приема представляется лучшей альтернативой полному отсутствию медицинского присутствия.

Отдельного внимания заслуживает стационарный прием и стационарная обращаемость за медицинской помощью (рисунок 21). Если в 1902 г. в среднем по Европейской России на 1 000 чел. приходилось 13,5 стационарных обращений, то к 1913 г. этот показатель увеличился до 22,2 обращений (рост на 64%). Земские губернии показывают наилучшие результаты: в них обращаемость увеличилась с 16,5 обращений до 27,2 (рост на 65%). Однако наибольшую динамику показывают остзейские губернии – если в 1902 г. стационарная обращаемость находилась на отметке 13,2 обращений на 1 000 чел., то к 1913 г. она достигла уровня 26,9 единиц (рост на 103%) – стационарная обращаемость в остзейских губерниях увеличилась вдвое. Неземские губернии значительно отставали по показателю обращаемости: в 1902–1913 гг. он изменился с 7,3 до 12,8 обращений на 1 000 чел. (рост на 75%). Наиболее отстающими оказались привислинские губернии: к 1913 г. обращаемость в них составила в среднем 9,3 обращений на 1 000 чел. (что на 27% больше, чем в 1902 г.).

¹⁶⁸ *Попов Г.И.* Указ. соч. С. 98–99.

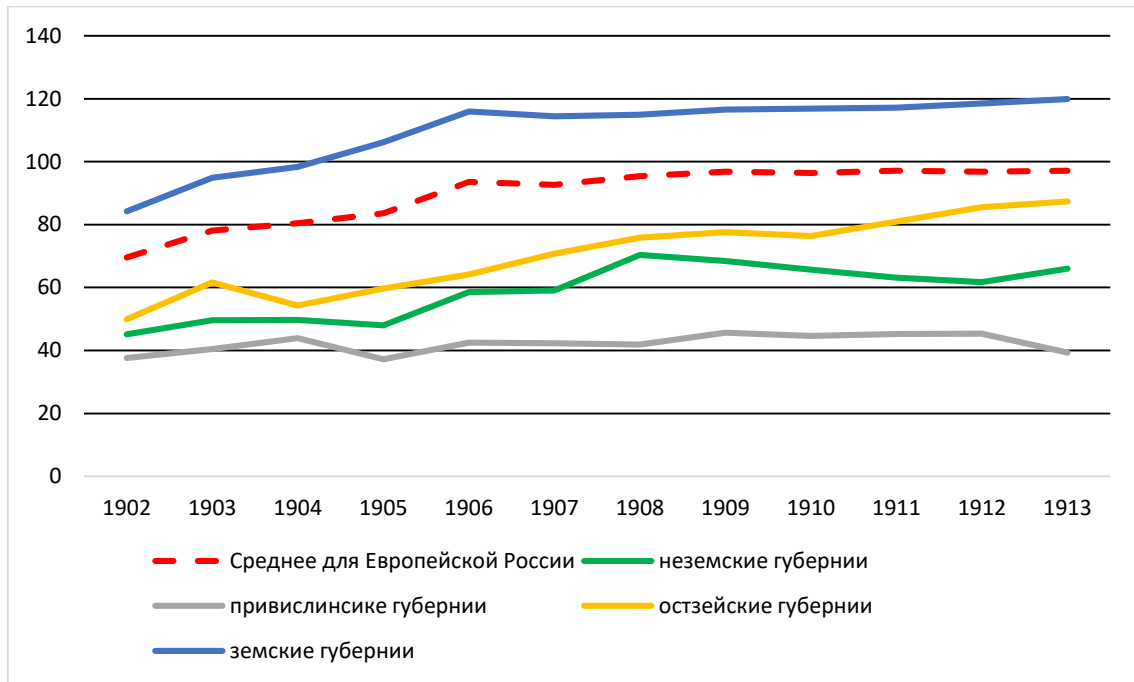
Рисунок 21. Обращаемость за медицинской помощью в Европейской России (стационарная), на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В городах ситуация с обращаемостью следующая (рисунок 22). В 1902 г. в Европейской России в городах на 1 000 чел. приходилось 69,5 обращений, и к 1913 г. их число выросло до 97,1 обращений (рост составил 40%). В земских губерниях показатель стационарной обращаемости был заметно выше, чем в среднем по Европейской России. В 1902 г. он находился на отметке 84,2 обращений. К 1913 г. он вырос до 119,9 обращений (изменение с 1902 г. на 42%). Обращаемость неземских губерниях выросла с отметки 45,1 до 65,9 обращений на 1 000 чел. (рост на 46%), в привислинских – с 49,9 до 87,4 (рост на 75%). Привислинские губернии были наиболее отстающие – в 1902–1913 гг. показатель обращаемости колебались в районе 38–45 обращений.

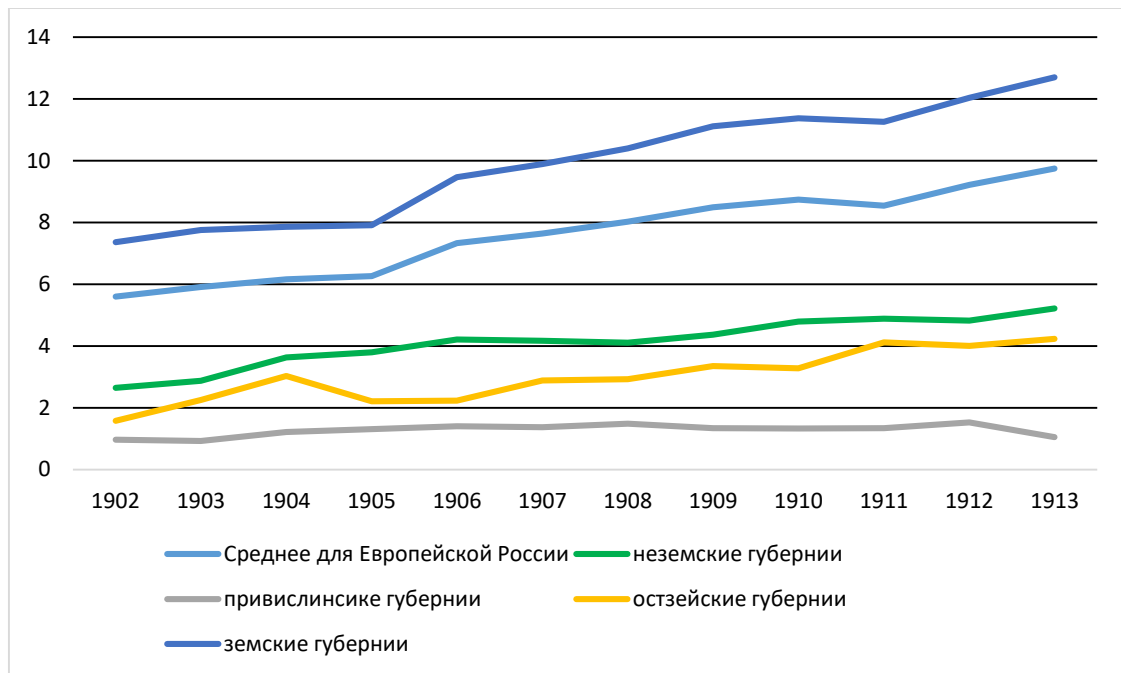
Рисунок 22. Обращаемость за медицинской помощью в городах Европейской России (стационарная), на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

В сельской местности обращаемость значительно ниже, чем в городах (рисунок 23). Так, средний показатель по Европейской России в 1913 г. составил 9,7 обращений на 1 000 чел., что в 10 раз меньше, чем этот же показатель в городах. Впрочем, динамика обращаемости на селе была довольно интенсивной: с 5,6 обращений в 1902 г. она увеличилась на 73%. Земские губернии в среднем увеличили показатели обращаемости с 7,4 обращений в 1902 г. до 12,7 обращений в 1913 г. (рост на 72%). В неземских губерниях обращаемость выросла практически вдвое – с 2,65 до 5,21 обращений на 1 000 чел.; в остзейских эта динамика еще более впечатляющая – с отметки 1,6 до 4,2 (рост на 170 %). Значительно меньшие результаты показывали привислинские губернии – в течение 1902–1913 гг. обращаемость в этом регионе колебалась в районе 0,9–1,15 обращений.

Рисунок 23. Обращаемость за медицинской помощью в сельской местности Европейской России (стационарная), на 1 000 чел.



Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Интересные результаты показывает исследование загруженности больничной инфраструктуры. Этим термином предлагается обозначить загруженность больничных кроватей, которая выражается в длительности пребывания пациентов в стационаре. Стационарные пациенты в течение некоторого времени занимают больничные кровати, тем самым ограничивая доступ остальных пациентов в стационар. Этот показатель загруженности вычисляется путем отношения общего числа дней, проведенных больными в стационарах, и общего количества кроватей в регионах:

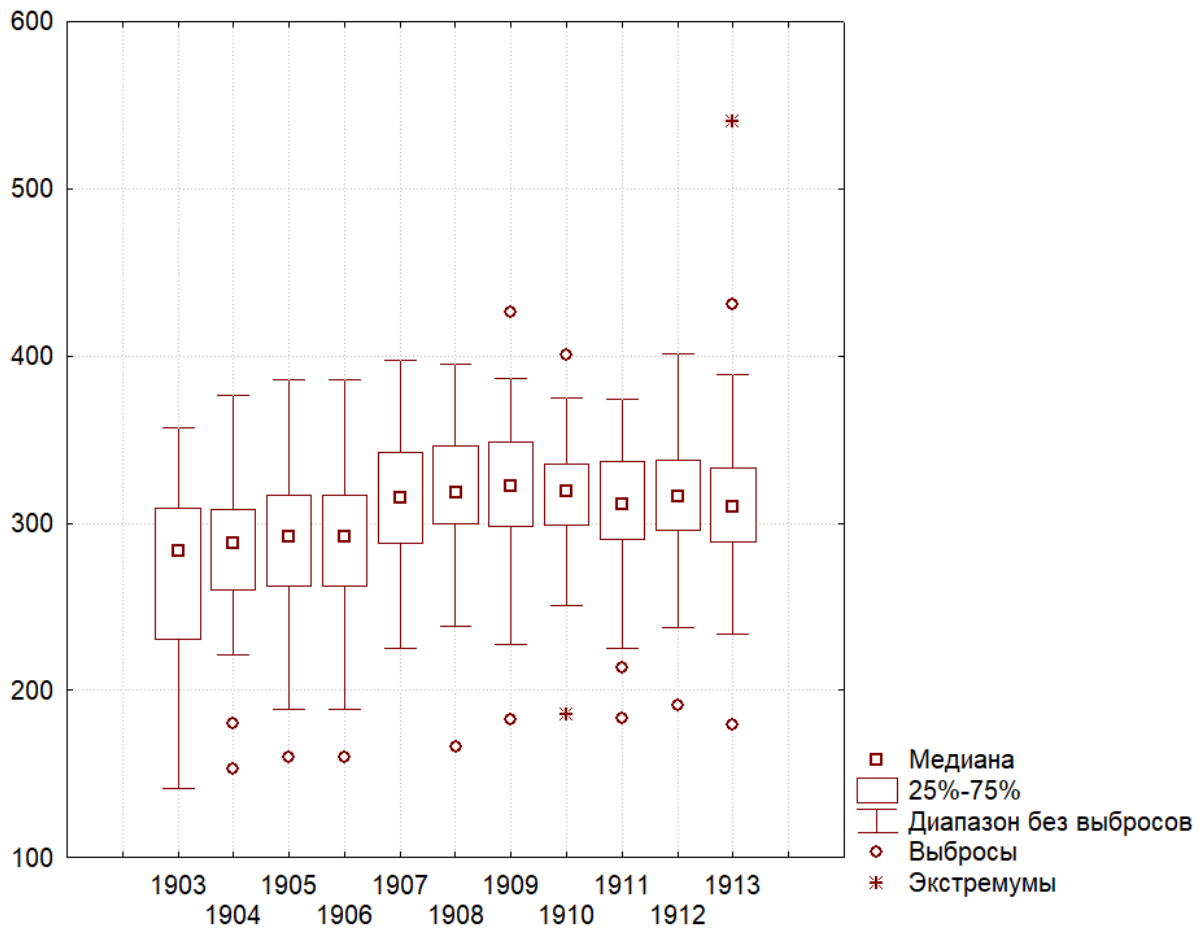
$$\text{Загруженность} = \frac{\text{длительность лечения всех стационарных больных, сут.}}{\text{общее число больничных кроватей}}$$

Таким образом выявляется уровень загруженности больниц. Теоретический предел загруженности составляет 365 дней – число суток в календарном году. Превышение этого порога означает чрезвычайную загруженность больниц.

Для показателя загруженности провести территориальную классификацию город-село не представляется возможным в силу того, что данные по количеству кроватей приведены только на общем губернском уровне, без дальнейшего разделения по городам и сельской местности. Такая же ситуация с общей продолжительностью пребывания пациентов в стационарах. По этой причине было принято решение высчитать общий показатель загруженности стационаров на уровне губернии, без разделения по принципу город-село. Кроме того, информация об общей продолжительности пребывания пациентов в стационаре отсутствует для 1902 г., поэтому анализ проводится для периода 1903–1913 гг.

В губерниях Европейской России загруженность больничной инфраструктуры в 1902–1913 гг. показывала в целом положительную динамику значений (рисунок 24). Так, медианная загруженность превысила отметку 300 суток, а с 1908 г. практически три четверти всех наблюдений лежат выше этой же отметки. Кроме того, встречаются наблюдения, для которых показатель загруженности превышает значение 365 суток.

Рисунок 24. Загруженность больничной инфраструктуры в Европейской России, сут.

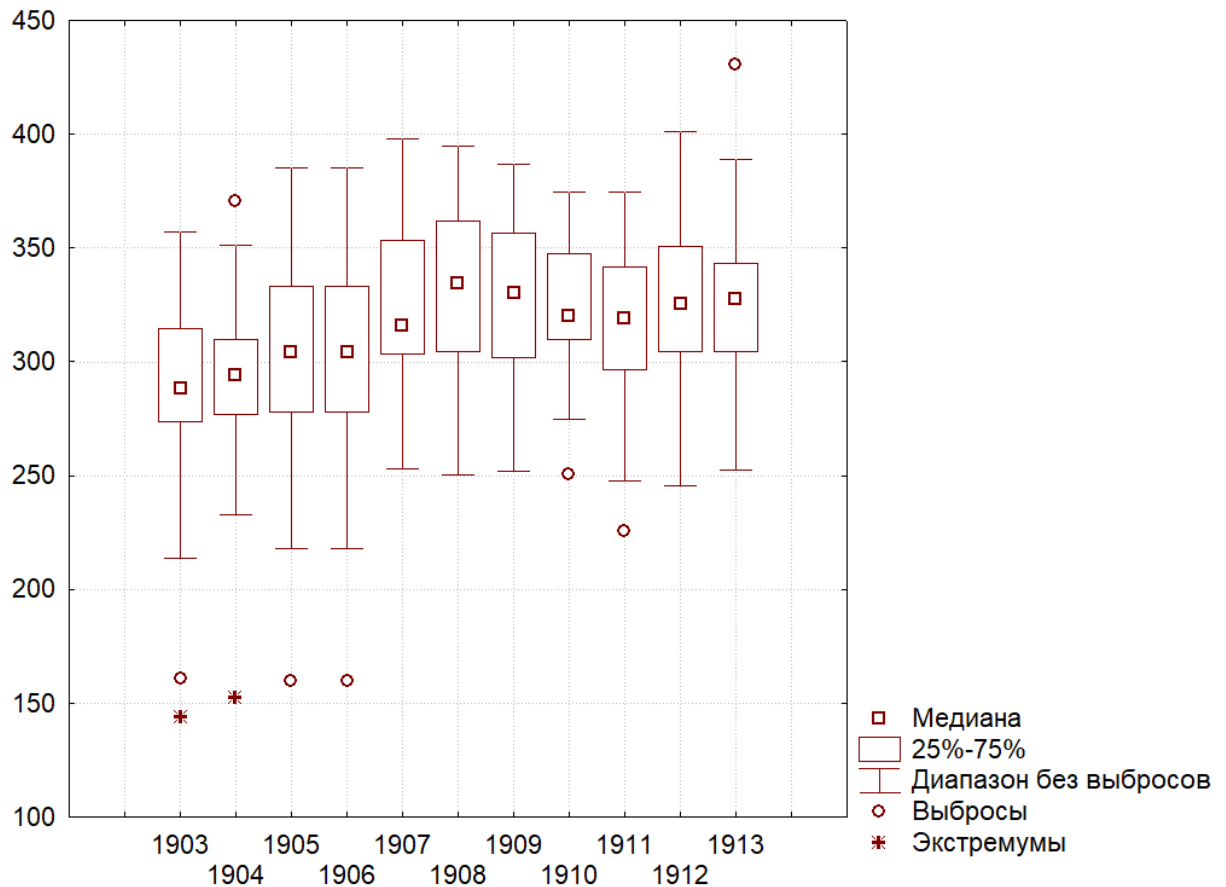


Примечания: график «ящик с усами», по оси X отложена временная шкала от 1903 до 1913 гг., по оси Y – количество дней в году, в течение которых использовались больничные кровати.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Рассмотрим состояние загруженности больничной инфраструктуры в земских губерниях (рисунок 25). Уже в 1905 г. медианное значение загруженности превысило 300 суток. Более того, значительное увеличение этого показателя произошло в 1907 г. – медианная загруженность больничной инфраструктуры превысила отметку в 300 суток в году на одну кровать. К 1913 г. медианное значение загруженности составило 326 суток.

Рисунок 25. Загруженность больничной инфраструктуры в земских губерниях, сут.



Примечания: график «ящик с усами», по оси X отложена временная шкала от 1903 до 1913 гг., по оси Y – количество дней в году, в течение которых использовались больничные кровати.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Столь близкое расположение медианного показателя загруженности больниц к порогу в 365 суток свидетельствует о чрезвычайной загруженности стационаров в Европейской России в начале XX века. Даже без учета разграничения по статусу город-село можно прийти к выводу о том, что больничные кровати использовались практически постоянно. При наличии данных о сезонной загруженности можно было бы делать более глубокие выводы (гипотеза заключается в том, что в сезон сельскохозяйственных работ количество стационарных приемов снижается), однако даже в таких условиях

с некоторой степенью уверенности можно говорить о серьезной загруженности больничной инфраструктуры.

В начале XX века в Европейской России наблюдается достаточно стабильный рост обращаемости населения за медицинской помощью. Необходимо снова подчеркнуть, что этот рост происходил на фоне активного демографического развития страны. Наилучшие показатели обращаемости принадлежали группе земских губерний – такой результат согласуется с существующей в историографии превалирующей точкой зрения о передовом характере земской медицины в организации медицинской помощи в Российской империи. Неудивительны лидирующие показатели земских губерний по обращаемости за медицинской помощью в сельской местности – но несколько удивительно подобное же лидерство для параметра городской обращаемости. Городская медицина формально была вне компетенции земств – она относилась к организации городского самоуправления, однако в земских губерниях показатели городской обращаемости гораздо выше, чем в остальных группах губерний (это, вероятно, может быть связано с тем, что земства часто брали на себя задачу по оказанию медицинской помощи в городах, в особенности небольших¹⁶⁹). Возникает вопрос о вероятной взаимосвязи уровня обращаемости между городами и сельской местностью (о том, существует ли эта взаимосвязь, в следующем разделе).

Неоднозначные результаты также наблюдаются для группы остзейских губерний. Инфраструктурное состояние здравоохранения в этих губерниях немногим отставало от средних показателей по Европейской России, а в аспекте обеспеченности врачами – сильно опережало их. Однако дальнейший анализ показывает, что довольно развитое инфраструктурное состояние несоразмерно конвертируется в относительно низкую обращаемость населения. Более того, остзейские губернии были лидирующими по таким

¹⁶⁹ Чертов А.А. Указ. соч. С. III–IV.

факторам, как грамотность и процент городского населения. Такое отставание наводит на предположение о низком уровне регистрации обращений за медицинской помощью. В частности, высокая обеспеченность городского населения врачами не исключает такого варианта, что врачи в остзейских губерниях активно вели частную практику. «Отчеты...» плохо фиксировали уровень частного приема, а зачастую составители отчетов попросту не включали данные о нем. Активная частная практика и невключение частных приемов в статистику обращений может быть причиной отстающего положения остзейских губерний по показателю обращаемости населения – впрочем, на это также могли влиять социокультурные факторы.

Подобная ситуация наблюдается и в привислинских губерниях. Несмотря на то, что по уровню обеспеченности медицинскими сотрудниками эта группа отставала от среднего показателя по Европейской России, отставание по показателю обращаемости населения оказалось несоразмерно ниже. Это также заставляет усомниться в степени полноты учета сведений о числе обращений в этом регионе, в том числе по тем же причинам, что и в остзейских губерниях, а именно из-за недостаточного учета частного приема и в целом значительных проблем с ведением медицинской статистики. Впрочем, подобные наблюдения и предположения требуют отдельного исследования.

Стационарная обращаемость за медицинской помощью так же, как и общая обращаемость, показывает восходящую динамику – с ожидаемым лидером в «лице» группы земских губерний. Однако показатели загруженности больничной инфраструктуры дают серьезные основания полагать о высокой степени нагрузки на нее.

Помимо прочего, необходимо отметить серьезные отличия уровня обращаемости не только на уровне групп губерний, но и на уровне город-село. Городская обращаемость была значительно выше сельской, в связи с чем возникает необходимость проводить статистический анализ не только на уровне губерний, но и на уровне городов и сельской местности.

Также необходимо отметить, что уровень обращаемости населения за медицинской помощью проявлялся достаточно неравномерно в пределах Европейской России, при этом с 1902 по 1913 гг. эта неравномерность осталась практически неизменной. Однако при переходе к типовым губернским группам эта неравномерность существенно снижается (за некоторыми исключениями), в том числе внутри группы земских губерний.

2.3.2. Статистический анализ факторов обращаемости за медицинской помощью

Этот параграф посвящён статистическому анализу данных об обращаемости населения за медицинской помощью. Анализ проведен для трех групп: губерний Европейской России, земских губерний, неземских губерний. Для остзейских и привислинских губерний отдельный анализ проведен не был из-за региональной специфики (в том числе из-за сомнений в качестве сведений об обращаемости) и небольшого количества объектов (губерний) для анализа.

Для наглядности набор губерний продублирован¹⁷⁰:

- группу **земских губерний** входят 34 «староземские» губернии: Бессарабская, Владимирская, Вологодская, Воронежская, Вятская, Екатеринославская, Казанская, Калужская, Костромская, Курская, Московская, Нижегородская, Новгородская, Олонецкая, Орловская, Пензенская, Пермская, Полтавская, Псковская, Рязанская, Самарская, Санкт-Петербургская, Саратовская, Симбирская, Смоленская, Таврическая, Тамбовская, Тверская, Тульская, Уфимская, Харьковская, Херсонская, Черниговская и Ярославская;
- в группу **неземских губерний** входят остальные губернии Европейской России, не входящие в состав Великого княжества Финляндского, а также в группу привислинских (польских) и

¹⁷⁰ Более подробно о разделении в параграфе 2.1. «Данные и методология»

остзейских (прибалтийских) губерний: Архангельская, Астраханская, Виленская, Витебская, Волынская, Гродненская, Киевская, Ковенская, Минская, Могилевская, Оренбургская и Подольская, область войска Донского;

- группу **привислинских губерний** (т.е. губерний, находившихся на территории бывшего Царства Польского) входят следующие губернии: Варшавская, Калишская, Келецкая, Ломжинская, Люблинская, Петроковская, Плоцкая, Радомская, Седлецкая (до 1913 г.), Сувалкская, Холмская (с 1913 г.). В группу **остзейских губерний** (составлявших Прибалтийский край) входят: Курляндская, Лифляндская и Эстляндская губернии.

Регрессионный анализ используется для изучения влияния факторов инфраструктурного состояния здравоохранения, а также уровня социального развития на обращаемость населения. Обращаемость населения за медицинской помощью, согласно теории медиализации и концепциям «моделей здорового поведения» – это сложное социальное явление; оно в принципе характеризует способность системы здравоохранения оказать медицинскую помощь и готовность/способность людей обратиться за этой помощью, однако это явление сложено из сложной конфигурации многих факторов и многих акторов (см. раздел 1.3. «Методологические и методические аспекты исследования»).

Согласно выстроенной в рамках данного исследования методологии, целью применения регрессионного анализа будет попытка выявить, в какой степени организационные факторы, то есть факторы инфраструктурного состояния здравоохранения, объясняют вариацию уровня обращаемости в губерниях Европейской России. Иными словами, в какой степени инфраструктурное состояние общественной медицины, то есть количество врачей и фельдшеров, стационарные мощности лечебниц, финансирование влияет на проявление уровня обращаемости в тех или иных губерниях.

Факторами, характеризующими готовность/способность людей обращаться за медицинской помощью, также могут являться параметры социального и экономического развития. Для Российской империи начала XX века, впрочем, вывести подобные факторы довольно затруднительно. В рамках данного исследования было принято решение остановиться на трех социально-демографических факторах: процент городского населения, принадлежность к православной конфессии, уровень грамотности. В сборниках на основе Всероссийской переписи населения 1897 г. присутствуют данные по таким параметрам. Проблема заключается в том, что с течением времени эти данные теряют собственную актуальность. Чем больше лаг, тем выше вероятность возникновения погрешностей и серьезных изменений. Поэтому использование данных по грамотности и конфессиональному составу вызывает сложности. В связи с этим они включены в регрессионную модель только для начального периода – с 1902 по 1904 гг., временной промежуток между которым и 1897 г. наименьший (а следовательно, меньше серьезных искажений данных).

Для проведения регрессионного анализа было также решено выделить из 12-летнего исследуемого периода два 3-летних временных отрезка: 1902–1904 и 1911–1913 гг. Для каждого отрезка были подсчитаны средние значения за три года. Это несколько упрощает процесс регрессионного анализа, а также сглаживает возможные спорадические экстремальные вариации.

Зависимой переменной является значение обращаемости за медицинской помощью в губернии. В качестве *независимых переменных* выступают факторы финансирования, обеспеченности медицинскими сотрудниками и земского статуса губернии (являющиеся показателями инфраструктурного состояния здравоохранения), процент городского населения (условно фактор урбанизации), процент православного населения (фактор конфессиональной принадлежности) и уровень грамотности (фактор грамотности) (являющиеся признаками социального развития).

Фактор финансирования здравоохранения в этой модели используется в качестве одной из составляющей состояния инфраструктуры здравоохранения. В качестве данных используются сведения об удельных расходах на общественную медицину в пересчете на душу населения (руб./чел.). Этот фактор включен в исследование потому, что во многом материальное состояние медицинских институтов зависит от уровня финансирования, от чего зависит число нанятых медицинских сотрудников, постройка новых зданий и эксплуатация уже существующих, закупка лекарств и т.д.

Фактор обеспеченности населения медицинскими сотрудниками, как и фактор финансирования, также характеризует состояние медицинской инфраструктуры. В качестве данных используются сведения о численности медицинских сотрудников (врачей и фельдшеров) в отношении к 10 000 чел. Этот фактор включен в исследование потому, что он так или иначе характеризует способность медицинских институтов принимать пациентов – последних принимают и лечат именно врачи и фельдшеры.

Также в регрессионном анализе используется **фактор земского статуса губернии**. Он был включен в регрессионный анализ потому, что в исследовательской литературе неоднократно отмечалось преимущественное положение земской медицины относительно других форм медицинской организации. В рамках этой исследовательской модели этот фактор был включен для проверки того, насколько факт земского статуса влиял на уровень обращаемости среди губерний Европейской России.

Процент городского населения как фактор в регрессионной модели не входит в категорию факторов инфраструктурного состояния. Он включен в по причине того, что в городах уровень обеспеченности медицинскими сотрудниками был в среднем выше, чем в сельской местности. Данные по обращаемости за медицинской помощью в городах также говорят о том, что в них этот уровень был значительно выше, чем в сельской местности и в среднем по губернии. По этой причине включение этого фактора призвано проверить,

насколько процент городского населения определяет уровень обращаемости в губерниях. Сведения о доле городского населения были взяты из сборников Тройницкого, составленных на основе данных переписи 1897 г.

Фактор конфессиональной принадлежности фактически выступает в роли фактора принадлежности к православной конфессии. Его включение в регрессионный анализ было вызвано тем, что конфессиональная принадлежность так или иначе влияет на культурные и социальные модели поведения, в том числе касающиеся действий в отношении собственного здоровья¹⁷¹ (и здоровья своих детей¹⁷²). Данные о конфессиональной принадлежности были взяты из сборников Тройницкого.

Грамотность считается довольно важным определяющим фактором при формировании «здорового поведения»: отмечается, что грамотность, в особенности в сельской местности в развивающихся странах, положительным образом влияет на уровень обращаемости населения за медицинской помощью¹⁷³. Данные о грамотности были взяты из сборников Тройницкого.

Факторы грамотности, конфессиональной принадлежности и городского населения нельзя отнести к группе факторов, которые можно охарактеризовать как «социально-демографические характеристики населения»¹⁷⁴. Впрочем, их включение в это исследование является

¹⁷¹ Zola I.K. Pathways to the doctor – from person to patient; *Wüthrich-Grossenbacher U., Midzi N., Mutsaka-Makuvaza M.J. et al.* Religious and traditional beliefs and practices as predictors of mental and physical health outcomes and the role of religious affiliation in health outcomes and risk taking // BMC Public Health. 2023. № 23 (2170). DOI: 10.1186/s12889-023-17030-7 (дата обращения: 15.07.2023).

¹⁷² Натхов Т.В., Василенок Н.А. Младенческая смертность в пореформенной России: динамика, региональные различия и роль традиционных норм // Историческая информатика. 2020. № 3. С. 71–88. URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=33356 (дата обращения: 15.07.2023)

¹⁷³ Agyemang S., Asibey B.O. Effect of education on health care utilization in rural Ghana: the case of selected communities in the Bekwai municipality // KNUST Journal of Geography and Development. 2018. № 2 (1). P. 114–127; Nuzulul P., Laksono A.D., Rohmah N. Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia // BMC Public Health. 2023. № 23 (1); Bolam A., Manandhar D.S., Shrestha P., Elis M., Malla K., Costello A.M. Factors affecting home delivery in the Kathmandu Valley, Nepal // Health Policy and Planning. 1998. № 13 (2). P. 152–158; Bowling A. Research Methods in Health: Investigating Health and Services. Buckingham: Open University Press, 1997.

¹⁷⁴ Из модели в § 1.3. «Методологические и методические аспекты исследования»

вспомогательным в отношении исследования влияния факторов инфраструктурного состояния на уровень обращаемости. В частности, связано это с тем, что перечисленные факторы гораздо более корректно и эффективно использовать для персонализированных данных об обращаемости: уровень грамотности, конфессиональная принадлежность, место жительства, а также возраст, пол и другие демографические характеристики конкретных пациентов, обращавшихся за медицинской помощью (и в связи с этим гораздо более эффективно использовать методы логистической регрессии). На уровне статистических обезличенных данных влияние этих факторов оценить более затруднительно, однако для периода рубежа XIX–XX вв. такие персонализированные данные фактически недоступны.

Предварительно была проведена проверка на мультиколлинеарность: факторы финансирования, процента городского населения и обеспеченности медицинскими сотрудниками связаны сильной корреляционной связью ($r > 0,7$). Кроме того, значительная связь наблюдается между факторами доли православного населения и земского статуса ($r > 0,7$)¹⁷⁵. Поэтому в регрессионной модели они включаются попеременно.

Таблица 15. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в Европейской России, все губернии (N = 60)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Финансирование, руб./чел.	0,444*** (0,085)	0,418*** (0,087)				
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.			0,336*** (0,075)	0,275*** (0,080)		
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,558*** (0,086)		0,737*** (0,075)		0,789*** (0,078)	
Городское население, %					0,269*** (0,087)	0,242*** (0,086)
Доля православных, %		0,651*** (0,100)		0,846*** (0,090)		0,906*** (0,088)
Грамотность, %	-0,207** (0,084)	-0,033 (0,102)	-0,120 (0,081)	0,112 (0,098)	-0,115 (0,093)	0,124 (0,104)
Число объектов	60	60	60	60	60	60
R ²	0,76	0,76	0,73	0,72	0,69	0,70

¹⁷⁵ Большинство губерний, в которых преобладало православное население, были земскими.

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

Серым цветом отмечены независимые переменные, не относящиеся к категории организационных факторов.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Регрессионная модель, представленная в таблице 15, показывает следующие результаты: ее объясняющий вес очень высок, коэффициент детерминации практически в каждом из шести (за исключением одного) вариантов был больше 0,7. Примечательно, что во всех шести вариантах, когда факторы финансирования, городского населения и обеспеченности медицинскими сотрудниками вводились попеременно, объясняющая сила модели практически не изменялась. При этом во всех шести комбинациях присутствовал либо фактор православного населения, либо фактор земского статуса. Вероятно, именно с ними связан столь высокий уровень R^2 .

Для проверки этой гипотезы вновь был проведен регрессионный анализ – однако на этот раз факторы земского статуса и православного населения были удалены из модели (таблица 16).

Таблица 16. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в Европейской России, все губернии (N = 60)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Финансирование, руб./чел.	0,777*** (0,088)			0,594*** (0,105)		
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.		0,546*** (0,118)			0,354*** (0,122)	
Городское население, %			0,425*** (0,142)			0,148 (0,129)
Грамотность, %	-0,533*** (0,088)	-0,484*** (0,118)	-0,501*** (0,142)			
Число объектов	60	60	60	60	60	60
R^2	0,59	0,29	0,17	0,34	0,11	0,05

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

Серым цветом отмечены независимые переменные, не относящиеся к категории организационных факторов.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

После удаления переменных «земства» и «православные» регрессионное уравнение существенно снизило свою объясняющую силу. Впрочем, в первом варианте R^2 все еще принимает довольно большие значения. Модель показывает наибольшую объясняющую способность

вариации признака обращаемости при включении в нее параметра финансирования и грамотности.

Здесь внимание к себе привлекает последний фактор. Помимо того, что в этом варианте модели он становится значимым, его коэффициент регрессии отрицательный. Отрицательное влияние фактора грамотности на уровень обращаемости за медицинской помощью – довольно контринтуитивное наблюдение. И связано это, вероятно, с тем, что относительно высокий уровень грамотности наблюдается в привислинских и остзейских губерниях – тех регионах, в которых уровень обращаемости, согласно данным «Отчетов...», был значительно ниже, чем в земских губерниях. Повторим: отрицательная корреляция между грамотностью и обращаемостью населения за медицинской помощью – это наблюдение, которое относительно редко встречается в современной исследовательской литературе. Вероятно, здесь вмешивается фактор качества сбора статистики: есть вероятность, что в специфичных для Российской империи по многим параметрам привислинских и остзейских губерниях сбор данных об обращаемости и медицинской статистики вообще шел со значительными сложностями (что могло быть связано с низким качеством сбора статистики о частном врачебном приеме), что в свою очередь приводило к искажению этих данных (и отразилось в виде отрицательного коэффициента регрессии фактора грамотности).

При исключении фактора грамотности из регрессионной модели наибольший коэффициент детерминации встречается в варианте, где в модель включен фактор финансирования – он объясняет до 34% вариации обращаемости в губерниях Европейской России.

Такой результат существенно ниже, чем выведенный в таблице 15. Факторы православного населения и земского статуса гораздо сильнее влияют на вариацию признака обращаемости. Скорее всего, истинным фактором, влияющим на обращаемость населения, является статус земств, в то время как фактор принадлежности к конфессиональной очень сильно с ним коррелирован.

Здесь необходимо вернуться к отрицательному коэффициенту регрессии фактора грамотности. Подобная ситуация выглядит необычной, так как грамотность в значительной части исследовательской литературы считается одним из ключевых компонентов человеческого капитала, и в том числе связан с уровнем общественной осознанности. К тому же, факторы земского статуса и доли православного населения оказывают очень сильное влияние на вариацию признака обращаемости. Вместе с тем в предыдущих разделах было выведено, что в остзейских губерниях, несмотря на высокую степень обеспеченности населения медицинскими сотрудниками (и особенно врачами), уровень обращаемости в этой группе губерний был сравнительно низок. Действительно, вероятность того, что обеспеченность населения врачами и развитие инфраструктуры здравоохранения вообще довольно слабо влияли на обращаемость населения за медицинской помощью в этом регионе, существует, так как обращаемость – это сложное социальное, культурное и даже экономическое явление. Однако возможен и вариант, при котором причина несоответствия уровня обеспеченности и уровня обращаемости кроется в проблемах статистического учета обращаемости населения. Остзейские губернии в среднем находились на первом месте по числу врачей на 10 000 горожан среди всех губерний Европейской России, однако средняя обращаемость в городах не превышала 1 000 обращений (в отличие от городов земских губерний, в которых уровень обеспеченности врачами был ниже, а обращаемости – выше). Допустить, что такое несоответствие параметров естественно, возможно, однако так же есть вероятность, что это связано со спецификой статистического учета обращаемости (а именно его недоучета). Многие городские врачи работали на частной основе, а регистрация частных приемов осуществлялась с большими сложностями и неточностями. Вполне возможно, в этом кроется одна из причин того, что уровень развития инфраструктуры здравоохранения не соответствует уровню обращаемости населения за медицинской помощью (по крайней мере, в остзейских губерниях).

По этой причине фактор земств, включенный в регрессионную модель для всей Европейской России, мог иметь столь высокое влияние на обращаемость населения за медицинской помощью: регион остзейских губерний, в которых отсутствовали земства, показывали достаточно скромные значения обращаемости при внушительной обеспеченности – в таких условиях фактор обеспеченности медицинскими сотрудниками значительно ослабевает, в то время как фактор земского статуса, напротив, усиливается.

Для проверки этой гипотезы была построена новая регрессионная модель (таблица 17), из которой были исключены остзейская и привислинская¹⁷⁶ группы губерний.

Таблица 17. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в Европейской России, земские и неземские губернии (N = 47)
Часть I:

	(1)	(2)	(3)	(4)
Финансирование, руб./чел.	0,402*** (0,096)	0,506*** (0,101)		
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,560*** (0,096)		0,703*** (0,096)	
Городское население, %			0,281*** (0,096)	0,353*** (0,111)
Доля православных, %		0,452*** (0,101)		0,601*** (0,111)
Число объектов	47	47	47	47
R ²	0,63	0,55	0,57	0,43

Часть II:

	(5)	(6)	(7)	(8)
Медицинские сотрудники на 10 000 чел.	0,352*** (0,091)	0,406*** (0,106)		
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,684*** (0,091)		0,726*** (0,103)	
Грамотность, %			0,155 (0,103)	0,330*** (0,120)
Доля православных, %		0,574*** (0,106)		0,686*** (0,120)
Число объектов	47	47	47	47
R ²	0,62	0,47	0,51	0,40

¹⁷⁶ Привислинские губернии были удалены по причине того, что в их случае также есть повод усомниться в достоверности данных об обращаемости.

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью в губерниях Европейской России. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

Серым цветом отмечены независимые переменные, не относящиеся к категории организационных факторов.
*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Основное отличие этой модели от предыдущей заключается в заметном снижении коэффициента детерминации R^2 , что говорит о значительно меньшей способности модели объяснять дисперсию уровня обращаемости среди губерний Европейской России. Коэффициент регрессии фактора грамотности стал положительным, что свидетельствует об отсутствии необычной обратной связи грамотности и обращаемости – однако в этой модели степень влияния его на обращаемость сравнительно низкая (в первом варианте он вовсе не значимый, а во втором – значимый, однако со сравнительно небольшим коэффициентом регрессии при низком показателе R^2 модели). Значительно на вариацию зависимого признака влияет финансирование медицины. Преобладающий характер фактора земского статуса сохранился и даже укрепился – в этой модели его коэффициент регрессии выше, чем у фактора доли православного населения.

В дальнейшем анализе было принято решение удалить факторы грамотности и православного населения в силу того, что в рамках выбранной методологии главный фокус внимания сконцентрирован на исследовании влияния инфраструктурно-организационных факторов на уровень обращаемости населения.

Логичным продолжением исследования представляется отдельный анализ обращаемости за медицинской помощью в городской и сельской среде. Сложность такого анализа состоит в том, что данные, разделенные по территориальному принципу город-село, существуют в еще более ограниченном формате. В качестве независимых переменных для обращаемости в сельской местности являются факторы обеспеченности медицинскими сотрудниками, а также земский статус. Для городской обращаемости были выбраны такие же факторы. Хотя земская медицина теоретически не затрагивала область городского здравоохранения, фактор

земского статуса был выбран для того, чтобы определить наличие скрытой зависимости. Формально земская медицина – это форма организации медицинской помощи в сельской местности, поэтому фактор земств теоретически должен влиять только на показатель обращаемости в сельской. Впрочем, во многих городах, в особенности в небольших, не была организована собственно городская общественная медицина, в связи с чем земства часто открывали лечебницы в том числе в городах, в которых велся прием горожан¹⁷⁷.

Таблица 18. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в сельской местности Европейской России, все губернии (N = 60), земские и неземские губернии (N = 47)

	1902–1904	1911–1913	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,441*** (0,057)	0,590*** (0,060)	0,547*** (0,078)	0,700*** (0,077)
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,723*** (0,057)	0,507*** (0,060)	0,654*** (0,078)	0,402*** (0,077)
Число объектов	60	60	47	47
R ²	0,81	0,81	0,71	0,73

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью в сельской местности Европейской России. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Таблица 19. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в городах Европейской России, все губернии (N = 60), земские и неземские губернии (N = 47)

	1902–1904	1911–1913	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,296*** (0,091)	0,472*** (0,098)	0,325*** (0,115)	0,475*** (0,120)
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,603*** (0,091)	0,415*** (0,098)	0,507*** (0,115)	0,336*** (0,120)
Число объектов	60	60	47	47
R ²	0,58	0,59	0,45	0,45

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью в городах Европейской России. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

¹⁷⁷ Чертов А.А. Указ. соч.; Жбанков Д.Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.

Регрессионный анализ обращаемости в сельской местности (таблица 18) показывает следующие результаты: модель, при включении в нее обоих независимых факторов, обладает очень большим объясняющим весом в обоих временных отрезках для обеих выборок. При этом для отбора из 60 губерний ($N=60$) характерен немного более высокий коэффициент детерминации. Впрочем, и для отбора из 47 губерний ($N=47$ – без остзейских и привислинских губерний) R^2 очень высок – факторы земского статуса и обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в обоих вариантах оказывает значительное влияние на обращаемость за медицинской помощью в сельской местности. Со временем коэффициент регрессии фактора земств падает, в то время как коэффициент фактора обеспеченности медицинскими сотрудниками, напротив, растет. То есть обеспеченность населения врачами и фельдшерами постепенно становится более важным фактором, чем их земский статус, который влияет на обращаемость населения за медицинской помощью, что, вероятно, говорит о довольно активном развитии обеспеченности (и инфраструктуры здравоохранения) не только в земских, но и в неземских губерниях.

Регрессионная модель обращаемости горожан (таблица 19) показывает, что для всех 60 губерний она обладает большей объяснительной силой, чем для 47 губерний (но гораздо ниже уровня модели для сельской местности). Примечательно, что в обоих отборах влияние фактора обеспеченности медицинскими сотрудниками постепенно растет при параллельном снижении коэффициента регрессии фактора земского статуса. Однако же фактор земского статуса в отборе $N=47$ принимает меньшие значения, чем этот же фактор в отборе $N=60$ – это, вместе с меньшим коэффициентом детерминации, говорит о том, что при уменьшении отбора до 47 губерний фактор земского статуса заметно уменьшился, что является адекватным наблюдением, так как с изъятием из отбора привислинских и остзейских губерний доля земских в отборе увеличилась.

Отдельного внимания заслуживает анализ стационарного приема (таблица 20).

Таблица 20. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) стационарной обращаемости в Европейской России, все губернии (N = 60)

	1902–1904		1911–1913	
	(1)	(2)	(1)	(2)
Больничные кровати, на 10 000 чел.	0,914*** (0,032)	0,957*** (0,037)	0,903*** (0,033)	0,951*** (0,040)
Земства (1 – есть, 0 – нет)	0,173*** (0,032)		0,196*** (0,033)	
Число объектов	60	60	60	60
R ²	0,95	0,92	0,94	0,9

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за стационарной медицинской помощью в Европейской России. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Данные по обеспеченности населения кроватями, которая была выбрана в качестве независимой переменной, присутствуют только в общем для губерний виде, без разделения по территориальному признаку город-село, из-за чего регрессионная модель описывает ситуацию только на уровне губерний. Она показывает чрезвычайно высокие коэффициенты детерминации. Более того, включение и исключение фактора земского статуса вызывает лишь незначительное изменение R². То есть мы можем предположить, что уровень обеспеченности населения больничными кроватями практически целиком объясняет дисперсию стационарной обращаемости.

В предыдущем параграфе было показано, что загруженность больничной инфраструктуры и больничных кроватей была очень высока. Практически прямая зависимость стационарной обращаемости от уровня обеспеченности населения больничными кроватями в условиях, когда эти кровати загружены практически до предела, позволяет предположить следующее: данные о стационарном приеме в Европейской России характеризуют уровень обращаемости за медицинской помощью, близкий к максимальному порогу, который больничная инфраструктура была способна принять. То есть реальный спрос на стационарную помощь мог быть больше,

чем это отражено в данных медицинской статистики. Очень высокий коэффициент регрессии фактора обеспеченности больничными кроватями означает, что в 1911–1913 гг. увеличение последнего на 1,23 единицы привело бы к увеличению обращаемости в среднем на 16,8 обращений на 1 000 чел.

Далее переходим к анализу обращаемости в земских губерниях. Для земских губерний было решено построить две регрессионные модели – для сельской местности (таблица 22) и городов (таблица 21), пропуская общегубернский этап.

Таблица 21. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в городах, земские губернии (N = 34)

	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,364** (0,164)	0,522*** (0,150)
Число объектов	34	34
R ²	0,1	0,25

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за стационарной медицинской помощью в городах земских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Таблица 22. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в сельской местности, земские губернии (N = 34)

	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,827*** (0,100)	0,911*** (0,074)
Площадь врачебного участка, верст ²	-0,028 (0,100)	0,005 (0,074)
Число объектов	34	34
R ²	0,67	0,82

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за стационарной медицинской помощью в сельской местности земских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

В качестве независимой переменной регрессионной модели для сельской местности была выбрана, помимо обеспеченности медицинскими сотрудниками, средняя площадь врачебного участка как показатель

пространственной доступности медицинской помощи в сельской местности. Регрессионный анализ показал, что ситуация в городах и на селе кардинально отличалась друг от друга. Для модели сельского сегмента обращаемости коэффициент детерминации увеличился с 0,67 до 0,82 (при незначимости средней площади врачебного участка). Очень значительно на обращаемость влияла обеспеченность медицинскими сотрудниками: так, в 1911–1913 гг. коэффициент регрессии достиг показателя 0,911. В то же время примечательно, что фактор площади врачебного участка практически никак не влияет на обращаемость в сельской местности. Это противоречит распространенной идее о важности территориальной близости врачебных пунктов. Возможное объяснение подобного феномена заключается в том, что на губернском уровне анализа усредненные данные о площади врачебных участков слишком абстрагированы, отчего их влияние на вариацию уровня обращаемости в регрессионных моделях незначительно (фактор площади врачебных участков также исследуется на уездных данных в следующей главе).

В модели для городов результаты анализа серьезно отличаются от модели сельской обращаемости. Коэффициент детерминации изменился с 0,1 до 0,25, то есть фактор обеспеченности медицинскими сотрудниками объясняет лишь четверть вариации зависимого признака. Это может говорить о том, что, возможно, в городах на обращаемость серьезно влияли некоторые другие факторы (социальные, экономические). Также возможно, что регистрация обращений за медицинской помощью имела непостоянный характер, в частности, из-за частного приема и в целом проблем со сбором статистики обращаемости в городах.

Таблица 23. Корреляция признаков между городским и сельским сегментами, земские губернии (N = 34)

	1902–1904	1911–1913
Обращаемость, на 1 000 чел.	-0,21	-0,18
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,32	0,22
Число объектов	34	34

Примечания: * $p < 0,05$

Таблица 23 показывает, что параметры обращаемости и медицинских сотрудников в городах и в сельской местности незначительно коррелируют друг с другом (к тому же, показатель коэффициента корреляции незначим), что говорит об отсутствии значимой взаимосвязи между городским и сельским сегментами обращаемости за медицинской помощью. Такие данные могут говорить о том, что в земских губерниях на уровне городов и сельской местности существовали разные традиции и практики взаимодействия с медицинскими институтами, и они практически не коррелировали друг с другом. В том числе это может быть связано потому, что уровень обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в городах и сельской местности также был не взаимосвязан, что, в свою очередь, может говорить о невзаимосвязанности траекторий развития здравоохранения и ее инфраструктуры в городах и селах земских губерний.

Рассмотрим результаты регрессионного анализа обращаемости в неземских губерниях (таблицы 24 и 25).

Таблица 24. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) обращаемости в городах, неземские губернии (N = 13)

	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,482 (0,277)	0,389 (0,291)
Число объектов	13	13
R^2	0,15	0,07

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за стационарной медицинской помощью в городах неземских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$

Таблица 25. Результаты регрессионного анализа(МНК-регрессии) обращаемости в сельской местности, неземские губернии (N = 13)

	1902–1904	1911–1913
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	-0,054 (0,340)	-0,058 (0,356)
Площадь врачебного участка, верст ²	0,194 (0,340)	0,351 (0,356)
Число объектов	13	13
R ²	—	—

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за стационарной медицинской помощью в сельской местности неземских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены стандартные ошибки коэффициентов.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Результаты регрессионного анализа для неземских губерний показывают практически низкое влияния фактора обеспеченности медицинскими сотрудниками на обращаемость населения в городах и его отсутствие – на селе. Фактор обеспеченности медицинскими сотрудниками незначим ни в одном временном отрезке в обеих моделях. R² в регрессионной модели для городов не превышает 0,15, а для сельской местностью он равен 0.

Однако корреляция уровня обращаемости между городами и сельской местностью в неземских губерниях принимает довольно крупные значения (таблица 26). Такая взаимосвязь этих признаков (а также относительно высокая корреляция степени обеспеченности медицинскими сотрудниками между городами и селом для отрезка 1911–1913 гг.) дает основания полагать, что в городах и сельской местности неземских губерний здравоохранение в этом аспекте развивалось в приблизительно одинаковом темпе, что сильно отличает их от группы земских губерний.

Таблица 26. Корреляция признаков между городским и сельским сегментами, неземские губернии (N = 13)

	1902–1904	1911–1913
Обращаемость, на 1 000 чел.	0,34	0,72*
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.	0,71*	0,67*
Число объектов	13	13

Примечания: *p<0,05

Для группы неземских губерний результаты корреляционного и регрессионного анализа выглядят диаметрально противоположными результатам, полученным для группы земских губерний. Так, для группы земских губерний подобранные регрессионные модели в большей степени объясняют вариацию уровня обращаемости – однако в неземских губерниях, в отличие от земских, здравоохранение и практики обращаемости за медицинской помощью были значимо и значительно коррелированы между городами и сельской местностью.

По результатам регрессионного анализа можно обозначить следующие выводы. Для отбора, состоящего из всех европейских губерний (N=60), наиболее определяющим обращаемость за медицинской помощью фактором является наличие или отсутствие у губернии земского статуса на протяжении практически всего исследуемого периода. Примечательно, что этот фактор значим в отношении обращаемости не только в сельской местности, но и в городах. Здесь, впрочем, возникают проблемы интерпретации данных, связанные с тем, что фактор может указывать на некоторую иную причину такой сильной связи с результирующей переменной. Так, фактор земского статуса мог быть столь значимым потому, что возможные искажения и неточности в статистических данных об обращаемости уменьшали степень влияния остальных факторов. Но это также могло быть связано с тем, что земства открывали больницы и в городах, в особенности небольших, куда в том числе обращались горожане.

При удалении из отбора объектов со спорными показателями обращаемости фактор земского статуса остался значимым, однако его роль стала меньше – напротив, выросло значение фактора обеспеченности населения медицинскими сотрудниками. То есть на уровне Европейской России земский статус с течением времени все меньше объяснял уровень обращаемости, в то время как состояние инфраструктуры здравоохранения все

больше определяло его. Увеличение финансирования, наем большего числа сотрудников, открытие новых больниц – эти факторы все больше влияли на уровень обращаемости населения.

Впрочем, такая зависимость не имела универсального характера. Фактор обеспеченности населения медицинскими специалистами обладал большой значимостью для обращаемости населения в селах земских губерний. В то же время в городах земских губерний значимость этого фактора была гораздо ниже – возможно, в городах, в отличие от сельской местности, действовали иные (социальные, культурные, экономические) факторы, влияющие на обращаемость населения. Также возможно, что высокая значимость фактора обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в сельской местности была обусловлена тем, что степень этой обеспеченности была гораздо ниже, чем в городах – таким образом, при увеличении/уменьшении числа врачей и фельдшеров в селах соразмерно росла и обращаемость.

Зависимость стационарного приема от обеспеченности населения больничными кроватями принимала практически линейный характер – совместно с данными о загруженности стационаров это позволяет предположить, что больничная инфраструктура функционировала на пределе своих возможностей, а при увеличении ее вместительной способности с большой вероятностью увеличилось бы и число пациентов.

2.3.3. Выводы

В начале XX века в Российской империи процесс развития обращаемости как аспекта не только здравоохранения, но и некоторой социальной характеристики был неоднозначен. Несмотря на значительный рост обращаемости, на всем протяжении исследуемого периода сохранялось значительное неравенство между земскими и неземскими губерниями, между городами и сельской местностью – не только в численных показателях абсолютных значений, но и в качественных характеристиках (в городах практически все обращения за медицинской помощью приходились на врачей,

в то время как на селе значительная доля приемов приходилась на фельдшеров).

Объяснение факторов обращаемости населения за медицинской помощью неоднозначно: на общем уровне на обращаемость населения значимо влияет земская форма организации врачебной помощи населению, а также уровень ее развития (выражающийся в инфраструктурном состоянии здравоохранения). В городах этот процесс был гораздо более сложен, факторы обеспеченности медицинскими сотрудниками в меньшей степени объясняли уровень обращаемости населения. Вероятно, в городах действовали факторы иного характера: социальные, культурные, экономические; а также могло иметь значение нестабильное качество сбора статистики в городах в связи с некоторым недоучетом частного приема. В то же время в сельской местности (в том числе в земских губерниях) прослеживается довольно явная взаимосвязь между обеспеченностью населения медиками и его обращаемостью.

Такое положение имеет неоднозначную интерпретацию. С одной стороны, разница в уровне развития здравоохранения в сельской местности и городах могла быть действительно такой, что увеличение числа врачей в первых могло привести к увеличению числа обращений, в то время как в последних действовали иные факторы. Это можно связывать с высокой степенью нехватки медицинских сотрудников, в то время как в городах их численность была условно достаточна для того, чтобы обрабатывать большую часть обращений, связанных с реальным спросом, поэтому в городах показатели обращаемости были более приближены к репрезентации не только пороговой принимающей способности здравоохранения, но и готовности/способности населения обращаться за медицинской помощью.

С другой стороны, параметр обращаемости имеет долю необъективности в характеристике реального числа обращений. На это можно возразить, что любой источник информации так или иначе тенденциозен – и это будет абсолютно справедливым замечанием. Однако для обращаемости в

Российской империи существовали довольно значимые факторы, способствовавшие искажению ее реального содержания: отсутствие единой системы здравоохранения, обширная территория страны, существование частной практики. В связи с этим однозначно говорить об объективном отражении процессов здравоохранения в статистической оптике довольно сложно.

Большие трудности вызывает интерпретация вывода о превалирующем значении земского статуса губерний на вариацию признака обращаемости на начальных этапах исследуемого периода. При отсутствии сильной корреляции с финансированием и обеспеченностью медицинскими сотрудниками, исключительно то, является ли губерния земской или нет, в значительной степени определяло уровень обращаемости в ней. Такой результат требует дополнительного глубоко осмысления, а постепенное снижение влияния фактора земского статуса может говорить о том, что в здравоохранении в начале XX века происходили серьезные изменения неизвестного на данный момент характера.

Сектор стационарного приема, в свою очередь, позволяет с некоторой уверенностью определить такие факторы. Так, практически линейная зависимость уровня стационарной обращаемости от обеспеченности населения больничными кроватями, а также высокий уровень загруженности последних свидетельствует о вероятной существенной нехватке больничных мест и пунктов стационарного приема в Российской империи.

Выводы по главе

В начале XX века в России происходили активные процессы развития общественной медицины. Эволюция инфраструктурного аспекта здравоохранения вписывалась в тренд общего социального развития страны в этот период. Рост обеспеченности населения врачами и фельдшерами, увеличение числа больниц и мест в них, увеличение финансирования медицины – эти факторы серьезно влияли на потенциальную доступность медицинской помощи населению.

Рост уровня инфраструктурной доступности сопровождался увеличением обращаемости населения за медицинской помощью в стране: в течение 12 лет происходил постепенный и значительный ее рост практически во всех губерниях Европейской России. Несмотря на положительную динамику, в абсолютных показателях обращаемость все еще была низка, так как в среднем лишь каждый второй ее подданный обращался за медицинской помощью хотя бы раз за целый год. Большую долю объяснения в сложившуюся картину вносит неравномерный характер обращаемости населения не только на уровне губерний, но и между городами и сельской местностью – первые существенно отличались от второй в положительную сторону. Однако и для городов, и для сельской местности характерна положительная динамика обращаемости населения за медицинской помощью.

Регрессионный анализ показал существенные отличия моделей влияния факторов на состояние обращаемости в городах и на селе. Так, в сельской местности на обращаемость населения в большей степени влияет обеспеченность населения врачами и фельдшерами, в то время как в городах влияние этого параметра гораздо слабее. Модель показывает, что на обращаемость городского населения влияют другие, более сложные факторы, не связанные с состоянием здравоохранения. Исходя из сформулированной во введении гипотезы, это свидетельствует о том, что в городах совокупность социальных, экономических, культурных причин, вероятно, имела значительную роль на принятие решения об обращении за медицинской помощью, в то время как в сельской местности на показатель обращаемости в значительной мере влияла степень развития принимающей способности здравоохранения. Это могло быть связано с существенной разницей обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в городах и в сельской местности.

В течение 1902–1913 гг. эволюция обращаемости населения за медицинской помощью на уровне губерний Европейской России испытала структурное изменение: если на начальный период наиболее значимым

фактором, определяющим обращаемость, являлся земский статус губерний, то к 1911–1913 гг. эта роль перешла к обеспеченности населения медицинскими сотрудниками. И если значимость второго фактора поддается относительно понятному объяснению, которое заключается в возможном активном развитии инфраструктуры здравоохранения не только в земских губерниях, но и во всей Европейской России, то столь высокое влияние первого фактора требует более глубокой интерпретации. В 1902–1904 гг. на уровень обращаемости существенным образом влиял земский статус без связи с развитостью инфраструктуры здравоохранения. Столь высокая индивидуальная роль земского статуса требует глубокого и обстоятельного осмысления и отдельного исследования этого феномена.

Анализ стационарного сектора здравоохранения и обращаемости показал высокую степень загруженности больничной инфраструктуры: число обращений практически напрямую зависело от количества больничных мест в стационарах, в то время как реальная потребность в стационарных медицинских услугах могла быть гораздо выше.

Сравнение данных об обращаемости и инфраструктурном состоянии здравоохранения дает повод усомниться в достоверности статистического учета обращений в привислинских и остзейских губерниях. Основная гипотеза связана с особенностями сбора сведений о медицинской статистике.

В логике методологии «моделей здорового поведения» данная аналитическая часть показывает, что в стационарном секторе организационные факторы в очень значительной степени объясняют уровень обращаемости за медицинской помощью, наблюдается практически прямая зависимость от уровня обеспеченности больничными кроватями. На основе этих наблюдений можно предполагать, что практики обращаемости за медицинской помощью в стационары находились в сильной зависимости от доступности стационарной лечебной помощи. В несколько меньшей, но все же значительной степени организационные факторы объясняют и уровень обращаемости в сельской местности Европейской России, однако в городах

уровень объяснения дисперсии существенно снижается, что, вероятно, говорит о действии некоторых других факторов на практики обращаемости за медицинской помощью. Важным наблюдением является сам факт увеличения уровня обращаемости за медицинской помощью на фоне активного демографического роста. Это свидетельствует не только о выросшей в исследуемый период способности медицинской инфраструктуры оказывать свои услуги, но и о расширении практик, связанных с взаимодействием людей и институтов здравоохранения, что говорит о вероятно происходившем постепенном увеличении уровня медиализации в российском обществе в дореволюционную эпоху.

Глава III. Обращаемость населения за медицинской помощью в Европейской России в конце XIX – начале XX века: анализ уездного и участково-волостного аналитических уровней

В этой главе представлено исследование на двух аналитических уровнях: уездном (в пределах уездов земских губерний в 1898 г.) и участково-волостном (на примере Самарского уезда в 1880–1910-х гг.) На этих аналитических уровнях представлено исследование обращаемости населения за медицинской помощью на данных уровнях территориально-административного деления. Необходимость подобного анализа заключается в том, что на уровне губерний с большой вероятностью существенно сглаживаются региональные отличительные черты, связанные с обращаемостью населения за медицинской помощью, внутри самих губерний, что связано с их значительными территориальными размерами. Этот недостаток призван восполнить уездный аналитический уровень – с его помощью были проанализированы данные об обращаемости за медицинской помощью на уровне меньших административно-территориальных образований – уездов. Стоит отметить, что в данной главе представлен анализ для уездов земских губерний – это связано с большей степенью уверенности в достоверности данных земской медицинской статистики, а также с удобным набором дополнительных сведений, требуемых для анализа процессов обращаемости в свете предложенной методологии.

Участково-волостной аналитический уровень опускается на еще более нижнюю ступень территориально-административного деления, и в его задачи входит изучение обращаемости на уровне волостей внутри одного уезда (на примере Самарского уезда). Более того, его особенность заключается в том, что, помимо волостной логики территориального деления, в нем также приведен принцип деления по врачебным участкам – единицам медицинского территориального деления. Этот аналитический уровень позволяет более наглядно проанализировать тенденции, динамику и дисперсию обращаемости на сравнительно небольшой территории, что дает

возможность рассмотреть логику развития процессов, связанных с обращаемостью за медицинской помощью, на фактически первичных данных учета обращаемости.

3.1. Обращаемость населения за медицинской помощью в земствах: уездный уровень¹⁷⁸

3.1.1. Данные и методика анализа

Исследование в большой степени опирается на данные, опубликованные в сборнике под названием «Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 год». Он был выпущен Хозяйственным департаментом МВД в 1902 г. и представляет собой компиляцию сведений по медицинской статистике на уровне уездов земских губерний. Схема сбора и агрегации сведений происходила следующим образом – уездные и губернские земства направляли по истребованию Хозяйственного департамента МВД данные по запрошенным категориям и темам, которые затем были унифицированы в едином табличном формате.

Данные сборника разделены в основном по четырем таблицам, которые предварительно снабжены краткой характеристикой в текстовом виде. В первой таблице собраны сведения о расходах уездных земств на медицинскую часть в 1898 г.: содержание лечебниц, врачебного персонала, закупку медикаментов, расходы на противоэпидемиологическую борьбу и др. Вторая таблица – наиболее крупная – содержит следующие данные: наличие в уездном земстве отдельного органа заведования медициной, число врачебных участков, число лечебниц и кроватей в них, численность врачебного персонала (врачей, фельдшеров, акушерок, оспопрививателей). Наиболее важные для исследования данные об обращаемости населения за медицинской помощью также включены в эту таблицу. Они включают в себя сведения о числе

¹⁷⁸ При подготовке данного параграфа были использованы следующие публикации автора: *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью в конце XIX века // Вестник Пермского университета. История. № 4(63). С. 148–160.

стационарных больных и количестве проведенных ими в стационарах дней, числе амбулаторных больных и количестве совершенных ими обращений, числе эпидемических больных, а также рожениц, роды которых принимали врачи и акушерки. Также эта таблица содержит сведения о наличии платы за медицинскую помощь (стационарную и амбулаторную).

В третьей таблице собраны сведения о расходах и доходах губернских земств, относящихся к медицинской части, в четвертой – данные о деятельности губернских лечебниц (численности медицинского персонала, количестве больничных кроватей, числе обратившихся за медицинской помощью).

Составители сборника отмечали, что были нередки случаи некачественного отображения статистических данных. Это связано с тем, что отчеты, предоставляемые из уездов, далеко не всегда соответствовали требованиям составителей из Хозяйственного департамента. Так, например, нередки случаи, когда отсутствуют данные по амбулаторной обращаемости населения для определенных уездов, так как они не были включены в отчеты (а для некоторых уездов данные по обращаемости и вовсе отсутствуют)¹⁷⁹. Кроме того, неопределенная ситуация наблюдается в области сведений о плате за медицинскую помощь, которая в стационарном и амбулаторном секторах сильно отличалась: плата за стационарную помощь была гораздо выше амбулаторной. Определение платы было многоступенчато: с пациентов могли взиматься разные суммы в зависимости от места их проживания (в уезде, в котором располагалась лечебница и в котором пациент уплачивал земский сбор, или за его пределами) и от принадлежности к социальному слою (в данном случае обеспеченные слои населения, как правило, платили больше). Кроме того, довольно неясная ситуация складывается в отношении случаев, когда медицинская помощь оказывалась бесплатно, так как под термином «бесплатно» могло пониматься отсутствие оплаты для местных жителей –

¹⁷⁹ Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. С. 7.

плательщиков земских сборов, в то время как для иноуездных и иногубернских эта плата вполне могла оставаться¹⁸⁰. И в целом, к сожалению, в обзоре не включены сведения о политике введения платы за медицинскую помощь в зависимости от уплаты земского сбора.

Данные этого источника не являются идеальными с точки зрения полноты и разнообразия (так, к сожалению, отсутствует классификация обращающихся по видам болезней, а также по их социальному статусу). Впрочем, они достаточны для оценки того, как выглядела картина обращаемости населения за медицинской помощью в пределах земских губерний на уровне их уездов, и описания основных черт этой картины – распределения обращаемости и ее связи с инфраструктурными характеристиками земской медицины.

Помимо данных главного источника, в исследовании были также использованы демографические данные по численности населения и уровню грамотности, источником которых послужили материалы Первой Всеобщей переписи населения 1897 г. под редакцией Тройницкого¹⁸¹. Стоит отметить, что в этом случае использовались данные, относящиеся к сельскому (негородскому) населению, так как земская медицина в основном ассоциируется с деятельностью в негородской среде. Впрочем, этот вопрос требует отдельного изучения, так как в некоторых случаях в небольших уездных городах медицинскую помощь населению оказывали в основном земские лечебницы, согласно отчетам о состоянии городской медицины в конце XIX – начале XX вв.¹⁸² Однако в рамках данного исследования такой

¹⁸⁰ Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. С. 8–10.

¹⁸¹ Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г.: [кн. 3, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 24–27, 29–31, 33–48, 50] / под ред. Н.А. Тройницкого. СПб.: Изд. Центр. стат. комитета М-ва внутренних дел, 1899–1905.

¹⁸² *Чертов А.А.* Указ. соч.; *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России.

анализ не проводился, поэтому было принято решение не включать данные о городском населении в данном разделе.

В целом данные этих источников позволяют охарактеризовать то, как выглядела картина обращаемости населения за медицинской помощью в земских уездах, а также проанализировать организационный аспект «моделей здорового образа жизни» с использованием методов дескриптивной статистики, корреляционного и регрессионного анализа.

Необходимо сделать ремарку о разграничении понятий обращаемости: в «Обзоре...» представлены данные по общему числу обращений, сложенного из числа амбулаторных и стационарных обращений. Амбулаторные обращения, в свою очередь, сложены из следующих компонентов: обращений к врачам и обращений к фельдшерам. Также стоит отметить, что в источник включены сведения о первичных и повторных обращениях за медицинской помощью. В связи с тем, что в такой конфигурации данных о числе обращений может возникнуть неясность в отношении точного содержания используемых понятий, было принято решение выделить две основные категории данных, которые будут проанализированы в последующем разделе: амбулаторный сектор обращаемости и стационарный сектор обращаемости. Под *амбулаторным сектором* обращаемости понимается общее число первичных обращений за медицинской помощью как к врачам, так и к фельдшерам – это очевидное упрощение сделано потому, что нередко земства присылали отчетность, в которой не было отдельной дифференциации врачебного и фельдшерского приема (что, в том числе, говорит о различном состоянии учета медицинской статистики в разных уездных земствах). По той же причине в исследование не включен анализ повторных обращений: несмотря на то, что эти данные представляют большой исследовательский интерес, нередко они не содержались в первичном земском материале. В свою очередь, под *стационарным сектором* обращаемости понимается число первичных обращений за медицинской помощью в стационаре.

3.1.2. Обращаемость населения за медицинской помощью: общая характеристика

Амбулаторный сектор обращаемости

Общая картина процессов обращаемости за медицинской помощью в уездах земских губерний в 1898 г. следующая (таблица 27): в среднем было зарегистрировано 469,3 обратившихся за медицинской помощью в земские медицинские учреждения. При этом разброс значений от минимального до максимального довольно высок – со 130,9 обратившихся за медицинской помощью на 1 000 чел. в Белебеевском уезде Уфимской губернии до 1 416,5 – в Санкт-Петербургском уезде одноименной губернии. Оба эти значения довольно сильно отличаются от среднего, что характерно для всего отбора данных в целом; коэффициент вариации равен 0,46, что является значительным показателем и дает основания полагать, что совокупность данных в отборе является неоднородной. Иными словами, в уездах Российской империи, в которых действовали органы земского управления, в том числе и в области общественной медицины, наблюдалась довольно негетогенная ситуация с обращаемостью за медицинской помощью. При этом, согласно данным губернского аналитического уровня, в 1902 г. коэффициент вариации для уровня обращаемости в земских губерниях составлял 0,29 (см. приложение 4). В итоге получается некоторое несоответствие между губернским и уездным аналитическими уровнями.

Таблица 27. Дескриптивная статистика обращаемости за медицинской помощью

Меры	Обращаемость амбулаторная	Обращаемость стационарная
Среднее значение	469,3	9,2
Медиана	433,7	7,5
Минимальное значение	130,9	0,51
Максимальное значение	1 416,5	47,7
Стандартное отклонение	217,9	7,4
Коэффициент вариации	0,46	0,80
Стандартная ошибка	11,9	0,42
Число уездов*	333	307

Примечание: * – различное число рассматриваемых уездов для амбулаторного и стационарного секторов обращаемости связано с тем, что для ряда уездов данные по этим категориям не представлены в сборнике, вероятно, в связи с отсутствием первичных данных у составителей «Обзора...».

Отдельного внимания заслуживает то, что данный уровень вариации является результатом заметной неоднородности уровня обращаемости между губерниями (см. приложение 6). Нередко даже внутри одной губернии обращаемость за медицинской помощью отличается довольно существенно от уезда к уезду. Так, лишь в 4 из 34 рассматриваемых губерний коэффициент вариации составил менее 0,3. В Нижегородской губернии коэффициент вариации равен 0,19 (наибольшая обращаемость наблюдалась в Баланхинском уезде (550 обращений на 1 000 чел.), наименьшая – в Нижегородском и Арзамасском уездах (301 обращение на 1 000 чел.)), что является наименьшим показателем среди всех земских губерний. В 12 губерниях этот коэффициент принимает значения от 0,3 до 0,4, что уже является показателем довольно заметной неоднородности распределения обращаемости в уездах внутри этих губерний. В 18 губерниях, что составляет более половины из всех исследуемых губерний, коэффициент вариации выше

0,4. Его пик – 0,66 – принадлежит Бессарабской губернии: наибольший показатель в 748 обращений на 1 000 чел. наблюдался в Белецком уезде, наименьший показатель в 181 обращение – в Бендерском. Это говорит о том, что неоднородность обращаемости за медицинской помощью в уездах происходит не только на уровне губерний, но и на уровне уездов внутри самих губерний. Иначе говоря, показатель интенсивности обращаемости населения за медицинской помощью, во-первых, достаточно некорректно оценивать только на губернском уровне, так как на более низком административном уровне картина становится гораздо более комплексной. Во-вторых, даже на уровне уездов одной губернии интенсивность обращаемости была разной, что порождает множество вопросов о причинах подобного неравенства.

Стационарный сектор обращаемости

Число стационарных пациентов относительно числа амбулаторных значительно невелико: их доля составляет лишь 1,7 % от всего числа обратившихся за медицинской помощью в 1898 г. (см. таблицу 27). В среднем приходилось около 9,2 больных на 1 000 чел. в стационарном отделении. При этом повторяется тенденция, характерная для картины общей обращаемости: значителен разброс значений от уезда к уезду. Так, наименьшая обращаемость (0,51 на 1 000 чел.) в стационарном секторе была зафиксирована в Грязовецком уезде Вологодской губернии, максимальная (47,76 на 1 000 чел.) – в Санкт-Петербургском. Коэффициент вариации равен 0,81, что существенно выше аналогичного показателя для общей обращаемости. Это говорит о еще более высоком уровне неоднородности данных, то есть о еще большей степени вариации в стационарном секторе обращаемости в пределах всех земских губерний.

Более того, неоднородность обращаемости наблюдается в стационарном секторе также и среди уездов одной губернии, причем даже в больших масштабах. Так, лишь в двух губерниях – Пермской и Рязанской – коэффициент вариации составляет менее 0,3. В Пермской губернии разница

между уровнем обращаемости составила от 5,5 обращений на 1 000 чел. в Красноуфимском уезде до 14,2 обращений на 1 000 чел. – в Шадринском. В 16 губерниях он принимает значения от 0,3 до 0,5, а в следующих 14 губерниях – от 0,5 до 1. В двух губерниях – Вологодской и Санкт-Петербургской – коэффициент вариации превышает 1, что является показателем очень серьезной неоднородности данных (в Вологодской губернии обращаемость варьировала от 0,51 обращений на 1 000 чел. в Грязовецком уезде до 28,3 обращений на 1 000 чел. в Тотемском уезде). Иными словами, в уездах земских губерний Российской империи стационарная обращаемость за медицинской помощью была распределена в значительной неравномерно, причем эта неравномерность сохранялась как на уровне всех уездов, так и нередко на уровне уездов внутри одной и той же губернии – та же тенденция, которая характерна для общей обращаемости, в некоторой степени в большем масштабе.

Примечательно, что в данном случае корреляционная связь между уровнями вариации амбулаторной обращаемости и стационарного сектора обращаемости очень слабая (она составляет 0,09), т.е. высокий уровень вариации показателя стационарного сектора обращаемости в определенной губернии не означает того, что в этой губернии в той же степени высок уровень вариации общей обращаемости относительно остальных губерний. Получается, что общая обращаемость (которая представляет собой во многом амбулаторный сектор) и стационарный сектор обращаемости были распределены неравномерно, в том числе внутри одной губернии, однако они не повторяли модели этой неравномерности.

Кроме того, уровень корреляции между показателями амбулаторного сектора обращаемости за медицинской помощью и стационарного сектора довольно низок, он составляет 0,29 (таблица 28), что говорит о том, что показатели обращаемости амбулаторного и стационарного сектора не только были распределены в некоторой степени неравномерно, но также были достаточно слабо взаимосвязаны. Высокий уровень амбулаторной

обращаемости в конкретном уезде не означает, что в этом уезде так же высок уровень стационарной обращаемости, что во многом прослеживается и в отношении неравномерного распределения обращаемости на уровне уездов внутри одной губернии.

Такие наблюдения могут говорить о том, что практики, связанные с обращаемостью за медицинской помощью, могли различаться в зависимости от формы приема – амбулаторного и стационарного. Это могло быть связано с различным уровнем доступности амбулаторной и стационарной помощи, так как последняя требует наличия необходимой больничной инфраструктуры для содержания больных в стационаре – в частности, больничных кроватей – следовательно, является более ресурсоемкой и с большей вероятностью менее распространенной формой оказания медицинской помощи. Кроме того, стационарный прием в сравнении с амбулаторным гораздо чаще был платным, а стоимость этой платы была значительно выше платы за амбулаторный прием – это также могло оказать значительный эффект на обращаемость. Однако такое соотношение амбулаторного и стационарного секторов обращаемости также могло быть связано и с разным отношением пациентов и потенциальных пациентов к этим видам приема, так как очевидно, что нахождение в стационаре ведет к большему числу издержек в виде как оплаты (в случае ее наличия), так и затрачиваемого времени, так как стационарное лечение более длительно, чем амбулаторное. Это, в свою очередь, является довольно чувствительным для крестьянского населения – многие виды сельскохозяйственных работ возможно выполнить только в определенные отрезки времени. Также определенное влияние могли иметь предрассудки и традиции, то есть факторы, относящиеся к культурным параметрам населения, которые могли сформироваться в том числе на основе опыта предыдущего взаимодействия с медицинскими институтами.

Таблица 28. Корреляции между уровнем обращаемости и исследуемыми факторами

Параметры	Амбулаторный сектор	Стационарный сектор
Средняя площадь врачебного участка	-0,08	0,03
Специальный орган заведования медициной	0,06	0,15
Грамотность, %	0,20*	0,37*
Плата за медицинскую помощь	-0,23*	-0,12*
Финансирование	0,26*	0,65*
Средняя населенность врачебного участка	-0,30*	-0,32*
Медицинские сотрудники	0,35*	0,66*
Нагрузка на медицинский персонал	0,37*	–
Загруженность больничных кроватей	–	0,22*
Обеспеченность больничными кроватями	–	0,77*
Корреляция между амбулаторным и стационарным секторами	0,29*	0,29*

Примечание. Звездочкой отмечены статистически значимые коэффициенты корреляции ($p < 0,05$).

Также в части про стационарный сектор обращаемости стоит отметить, что в среднем каждая больничная кровать была занята 314 дней в году. Впрочем, этот лимит не ограничивался 365 днями, так как были уезды, в которых загруженность больничных кроватей составляла более чем 1 000 дней в году. Т.е. вероятно, помимо кроватей, числившихся в штате, были использованы дополнительные ресурсы. Стационарные больные пребывали в лечебницах при врачебных участках, и, как правило, их лечили врачи. Данные о загруженности больничных кроватей говорят о том, что инфраструктура стационарного сектора приема испытывала довольно значительный стресс ввиду частой занятости больничных кроватей. Средняя загруженность кровати, составляющая 314 дней в году (при этом необходимо учитывать также и нерабочие дни), вероятно, говорит о более-менее постоянном спросе населения на стационарную медицинскую помощь.

В общем данные об обращаемости за медицинской помощью говорят о следующем. В земских губерниях в 1898 г. средний показатель обращаемости за медицинской помощью составил около 470 обратившихся на 1 000 чел. Вместе с тем уровень обращаемости проявлялся с довольно разной степенью интенсивности в различных уездах, о чем говорят достаточно значительные показатели коэффициента вариации, которая наблюдается не только на уровне всех уездов, но и на уровне уездов внутри одной губернии. Как следует из главы 2, на уровне губерний именно то, является ли губерния земской или нет, оказывает значительное влияние на показатели обращаемости, однако выявленная неоднородность на земских данных говорит о неочевидности и более сложном характере распределения обращаемости в регионах Европейской России. При этом амбулаторный и стационарный секторы обращаемости оказываются довольно слабо связанными друг с другом. Такие наблюдения позволяют охарактеризовать распределение обращаемости в земских уездах как неупорядоченное явление, объяснить которое представляется достаточно сложным без применения дополнительных методов.

3.1.3. Факторы обращаемости за медицинской помощью

Как и в предыдущей главе, с целью попытаться объяснить некоторые принципы и механизмы столь неравномерного распределения обращаемости за медицинской помощью было принято решение использовать метод регрессионного анализа (МНК-регрессии). С его помощью возможно произвести попытку оценить влияние отдельных параметров, относящихся как к инфраструктурному состоянию здравоохранения, так и к социально-экономическому положению населения страны, на уровень обращаемости. Амбулаторный и стационарный секторы обращаемости были исследованы отдельно друг от друга в силу специфики их природы.

Факторы обращаемости: амбулаторный сектор

В модели амбулаторного сектора зависимой переменной является уровень амбулаторной обращаемости населения за медицинской помощью. Параметры, выступающие в роли независимых переменных, были выбраны исходя из принципа доступности данных, которые их характеризуют. В первую очередь была выделена группа параметров, которая так или иначе связана с инфраструктурным состоянием здравоохранения в земствах. В их число вошли:

- уровень обеспеченности населения медицинскими сотрудниками (врачами и фельдшерами);
- уровень финансирования медицинской части в уезде;
- средняя площадь врачебного участка;
- средняя населенность врачебного участка;
- нагрузка на медицинский персонал;
- наличие отдельного ведомства в земстве, заведующего медициной, по состоянию на 1898 г.

Уровень обеспеченности населения медицинскими сотрудниками и уровень финансирования здравоохранения были выбраны в той же логике, что и в предыдущей главе (см § 2.3.2) – они так или иначе характеризуют способность здравоохранения принимать пациентов и уровень материальной обеспеченности медицинских заведений. Параметр обеспеченности высчитывается по формуле отношения численности корпуса медицинских сотрудников в уезде к населению уезда; параметр финансирования – по формуле отношения численности населения уезда к общей расходной части на здравоохранение в уезде по линии земства.

Средняя площадь врачебного участка была включена в это исследование исходя из следующей логики: степень территориальной удаленности теоретически может иметь определенную роль при принятии человеком решения о посещении лечебного заведения в случае заболевания

или подозрения на болезнь. Впрочем, этот фактор, к сожалению, не учитывает такой немаловажный момент, как транспортная доступность (которая, к сожалению, не была включена в это исследование). Параметр высчитывается путем отношения территориальной площади уезда к числу действовавших в уезде врачебных участков.

Средняя населенность врачебного участка характеризует приходящуюся на врачебный участок численность населения, т.е. так или иначе характеризует потенциальную нагрузку на врачебный персонал в уезде. Параметр высчитывается путем отношения численности населения уезда к числу действовавших в уезде врачебных участков.

В это исследование также введен **фактор нагрузки на медицинский персонал**, который высчитывается как отношение числа обращений за медицинской помощью к численности медицинских сотрудников. Этот фактор был введен для того, чтобы выяснить, есть ли некоторая взаимосвязь между загруженностью медицинского персонала и уровнем обращаемости в уезде.

Наличие в уезде отдельного ведомства, заведовавшего медициной – это фактор, который призван показать, насколько присутствие этих ведомств – врачебных советов, врачебных съездов, санитарных комиссий, которые так или иначе формируют структуру и форму организации и функционирования общественной медицины в уездах – влияет на уровень обращаемости, то есть как эти особенности в форматах управления медициной отражаются на готовности населения взаимодействовать с ней.

Факт наличия платы за медицинскую помощь теоретически является очень важным фактором, влияющим на уровень обращаемости за медицинской помощью. Безусловно, бесплатная медицина является гораздо более привлекательной опцией, в особенности для небогатых слоев населения. Впрочем, особенность включения этого фактора в исследование заключается в том, что источник позволяет сравнить его значимость только в сравнении между уездами. Оценка значимости данного фактора в темпоральной

перспективе на примере одной губернии, к сожалению, требует иного набора источников и другого аналитического инструментария, в связи с чем в данном исследовании темпоральный аспект фактора платы за медицинской помощью, к сожалению, не изучается. В целом, плата за медицинскую помощь принимала разные формы – в виде платы как за непосредственный прием, так и, например, за «медицинскую посуду», то есть использование медицинского оборудования. Плата за прием варьировала в уездах от 3 до 15 копеек, однако в исследовании использованы данные исключительно о факте наличия или отсутствия в уезде платы за обращение.

Следующий фактор – **уровень грамотности населения**, который так или иначе является параметром социально-демографической характеристики населения.

В целом группа параметров, характеризующих медицинскую инфраструктуру, описывает принимающую способность общественной медицины, а грамотность населения выступает как индикатор социальной характеристики населения.

Предварительно проведенный корреляционный анализ (таблица 28) показал, что уровень обращаемости населения за медицинской помощью был довольно слабо взаимосвязан с выбранными параметрами: коэффициент корреляции по модулю во всех парах не превышал 0,4. Наибольший коэффициент корреляции, составляющий 0,37, проявляется при связи с параметром нагрузки на медицинских сотрудников.

В таблице 29 приведены результаты регрессионного анализа для амбулаторного сектора обращаемости. В различных комбинациях независимых параметров модель показывает разную способность объяснять дисперсию исследуемого параметра. Таблица построена таким образом, что в каждую последующую модель был включен более сильный независимый фактор.

Из регрессионной модели заметно, что средняя площадь врачебного участка фактически никоим образом не объясняет того, как был распределен

уровень обращаемости в земских уездах. Примерно та же ситуация с наличием в земстве органа, заведовавшего медициной: то, есть этот орган в уезде или нет, практически не объясняет дисперсию обращаемости. Включение параметров грамотности, платы за медицинскую помощь, населенности врачебного участка и обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в целом увеличивают объяснительную силу модели, наилучший показатель которой достигает 0,19. Однако включение параметра нагрузки на медицинских сотрудников увеличивает ее практически вдвое: коэффициент детерминации такой модели составляет 0,37.

Таблица 29. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) амбулаторного сектора обращаемости, 1898 г.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
Средняя площадь врачебного участка, верст ²	-0,084 (-1,551)	-0,081 (-1,527)	-0,068 (-1,259)	-0,082 (-1,564)	-0,097 (-1,886)	-0,040 (-0,731)	-0,048 (-0,917)	-0,071 (1,486)
Специальный орган заведования медициной (0 – нет, 1 – есть)		0,058 (0,985)	0,050 (0,937)	0,053 (1,024)	0,023 (0,450)	0,008 (0,157)	-0,013 (-0,262)	-0,032 (-0,725)
Грамотность, %			0,269*** (3,633)	0,177* (3,370)	0,071 (1,219)	0,040 (0,690)	0,005 (0,098)	0,086** (1,724)
Плата за медицинскую помощь (0 – нет, 1 – есть)				-0,230*** (-4,376)	-0,230*** (-4,478)	-0,208*** (-4,042)	-0,217*** (-4,334)	-0,169*** (-3,821)
Финансирование, руб./чел.					0,224*** (3,804)	0,155** (2,456)		
Средняя населенность врачебного участка, чел.						-0,183*** (-2,876)	-0,149** (-2,477)	-0,264*** (-4,877)
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.							0,290*** (5,006)	0,245*** (4,802)
Нагрузка на медицинский персонал								0,456*** (9,842)
Число объектов	333	333	333	333	333	333	333	333
R ²	0,00	0,00	0,04	0,09	0,12	0,14	0,19	0,37

Примечания. Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью в уездах земских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены значения t-статистики.

Серым цветом отмечены независимые переменные, не относящиеся к категории организационных факторов.

* – $p < 0,1$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$.

Эта регрессионная модель показывает, что выбранные параметры в некоторой степени действительно описывают тенденции распределения уровня обращаемости по земским уездам. Рассматривая влияние этих факторов на уровень обращаемости в амбулаторном секторе в индивидуальном порядке (см. приложение 7), можно заметить, что ни один из них не оказывает большого влияния на объяснение вариации обращаемости. В случае с параметрами площади врачебного участка и факта наличия в уезде специального органа заведования медициной и вовсе отсутствует значимая корреляционная связь. Остальные параметры оказывают разную степень влияния на объяснение вариации обращаемости, однако ни один из них по отдельности не достигает уровня $R^2 > 0,15$. То есть получается, что уровень грамотности, факт наличия в уезде платы за мед. помощь, финансирование здравоохранения, населенность врачебного участка, обеспеченность населения медицинскими сотрудниками действительно оказывают некоторый статистически значимый эффект на вариацию уровня обращаемости в пределах уездов земских губерний. В совокупности они объясняют около 20% вариации уровня обращаемости – при этом в разных комбинациях модели отдельных параметров меняются показатели коэффициентов регрессии, а также их уровни значимости.

Наибольший вклад в это объяснение вносит уровень нагрузки на медицинских сотрудников, сопредельный уровню обращаемости. С учетом положительного характера коэффициента регрессии этого фактора в модели можно сделать вывод о том, что в уездах с большей нагрузкой на медицинский персонал наблюдается больший уровень обращаемости за медицинской помощью. Впрочем, следует заметить, что даже параметр нагрузки все же вносит довольно скромный вклад в объяснение вариации – $R^2 = 0,14$. В совокупности с остальными факторами коэффициент детерминации достигает отметки 0,33.

Впрочем, даже с включением фактора нагрузки на медицинский персонал регрессионная модель не объясняет более 65 % вариации уровня обращаемости в губерниях. На основе таких наблюдений можно с высокой долей уверенности говорить о следующем: факторы организационно-инфраструктурного состояния здравоохранения в достаточно скромной мере объясняют дисперсию уровня обращаемости в земских уездах, что, вероятно, свидетельствует о существовании некоторых иных факторов, которые в значительной степени оказывали влияние на процессы обращаемости в них.

Факторы обращаемости: стационарный сектор

Для анализа стационарного сектора обращаемости было решено включить в регрессионную модель большую часть параметров, используемых в предыдущей части исследования. Дополнительно были включены параметры **загруженности больничных кроватей** и **обеспеченности населения больничными кроватями**, которые также так или иначе описывают состояние медицинской инфраструктуры. Помимо этого, был исключен фактор нагрузки на медицинский персонал – во многом его заменой стал фактор загруженности больничных кроватей. Фактор обеспеченности населения больничными кроватями рассчитывался по формуле, схожей с расчетами обеспеченности населения медицинскими сотрудниками, а именно отношением количества кроватей в стационарах (больницах и приемных покоех) в уезде к уездному населению.

При корреляционном анализе стационарного сектора обращаемости (см. таблицу 28) возникает несколько отличная от амбулаторного сектора картина. Так, возникают три параметра, которые сильно коррелируют с уровнем обращаемости: это финансирование медицины, уровни обеспеченности населения медицинскими сотрудниками и больничными кроватями. Уже на этом этапе видно, что уровень обращаемости существенно сильнее связан с факторами, которые в дальнейшем используются в регрессионном анализе, в

то время как ни один фактор не обладает столь сильной корреляционной связью с уровнем обращаемости в амбулаторном секторе.

В таблице 30 представлены результаты анализа стационарного сектора обращаемости. Регрессионная модель в первых шести вариациях объясняет около 25 % вариации обращаемости в уездах. Это в том числе отражается и на индивидуальном влиянии этих факторов на дисперсию уровня обращаемости (см. приложение 8). Из этой группы факторов наибольший коэффициент детерминации характерен для фактора грамотности населения – $R^2 = 0,13$. При этом стоит отметить, что все эти факторы (за исключением площади врачебного участка) статистически значимо взаимосвязаны с показателем обращаемости. Впрочем, включение в регрессионное уравнение факторов обеспеченности врачами и финансирования существенно увеличивает объясняющую способность регрессионной модели. Это не является пределом, и включение в регрессионную модель параметра обеспеченности населения больничными кроватями увеличивает коэффициент детерминации до 0,73. Индивидуальный вклад последнего фактора ($R^2 = 0,59$) в объяснение вариации уровня обращаемости заметно превышает наилучшую комбинацию факторов в регрессионной модели. На основе этих наблюдений можно предполагать, что в пределах уездов земских губерний уровень укомплектованности лечебниц больничными кроватями во многом определял уровень обращаемости в стационарном секторе.

Таблица 30. Результаты регрессионного анализа (МНК-регрессии) стационарного сектора обращаемости, 1898 г.

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
Средняя площадь врачебного участка, верст ²	0,030 (0,539)	0,039 (0,693)	0,053 (0,935)	0,156 (1,021)	0,163*** (2,995)	0,139*** (2,661)	0,020 (0,442)	0,074* (1,705)	0,026 (0,819)
Специальный орган заведования медициной (0 – нет, 1 – есть)		0,153*** (2,708)	0,146*** (2,577)	0,128** (2,306)	0,070 (1,323)	0,082 (1,622)	0,034 (0,800)	0,024 (0,569)	0,032 (1,057)
Плата за медицинскую помощь (0 – нет, 1 – есть)			-0,113*** (-2,001)	-0,112** (-2,030)	-0,119** (-2,304)	-0,134*** (-2,688)	-0,118*** (-2,800)	-0,087*** (-2,125)	-0,075** (-2,504)
Загруженность кроватей				0,211*** (3,813)	0,220*** (4,228)	0,218*** (4,373)	0,181*** (4,293)	0,214*** (5,210)	0,375*** (12,208)
Средняя населенность врачебного участка, чел.					-0,358*** (-6,486)	-0,236*** (-4,086)	0,026 (0,496)	-0,052 (-1,047)	-0,014 (-0,404)
Грамотность, %						0,286*** (5,271)	0,084* (1,708)	0,120*** (2,576)	0,001 (0,044)
Финансирование, руб./чел.							0,604*** (10,995)		
Медицинские сотрудники, на 10 000 чел.								0,572*** (11,906)	
Обеспеченность кроватями, на 10 000 чел.									0,375*** (22,989)
Число объектов	307	307	307	307	307	307	307	307	307
R ²	0,00	0,02	0,03	0,07	0,18	0,25	0,46	0,49	0,73

Примечания. Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью в уездах земских губерний. Коэффициенты регрессии стандартизованы; в скобках приведены показатели t-статистики. Серым цветом отмечены независимые переменные, не относящиеся к категории организационных факторов.

* – $p < 0,1$; ** – $p < 0,05$; *** – $p < 0,01$.

Такие наблюдения говорят о следующем. Во-первых, выбранные параметры в наиболее оптимальной комбинации независимых факторов объясняют существенную долю дисперсии стационарного сектора обращаемости в земских уездах. Во-вторых, наибольшую долю в это объяснение вносят факторы уровня финансирования здравоохранения, обеспеченности населения медицинскими сотрудниками и в особенности больничными кроватями. Это, в свою очередь, говорит о достаточно высоком влиянии состояния медицинской инфраструктуры на уровень стационарной обращаемости населения.

Сравнение амбулаторного и стационарного секторов обращаемости

Корреляционный и регрессионный анализы говорят о том, что тенденции того, как амбулаторный и стационарный секторы обращаемости были распределены в уездах, отличались довольно серьезным образом. В первую очередь это заметно на примере их корреляционной связи с выбранными параметрами: для амбулаторного сектора эта связь принимала значения существенно ниже, чем для стационарного сектора. Это в том числе отразилось и на регрессионном анализе: стационарный сектор обращаемости в гораздо большей степени объясняется выбранными параметрами (в особенности относящимися к инфраструктурному состоянию медицины), чем амбулаторный сектор. Это говорит о том, что уровень состояния общественной медицины и ее инфраструктуры в существенной мере оказывал влияние на обращаемость населения за стационарной медицинской помощью, в то время как в отношении амбулаторного сектора обращаемости сделать подобный вывод на основании проведенного регрессионного анализа невозможно. Это скорее говорит о том, что в рамках рассматриваемой модели на амбулаторную обращаемость действовали некоторые иные факторы, не связанные с факторами инфраструктурными.

Кроме того, в процессе анализа обращаемости за медицинской помощью было сформировано два наблюдения. Первое: в рамках рассматриваемой модели средняя площадь врачебного участка практически не оказывает влияния на интенсивность уровня обращаемости в уездах. Это наблюдение, во-первых, контринтуитивно и, во-вторых, не соотносится с превалирующей в литературе точкой зрения о важности географической доступности лечебниц для населения¹⁸³. Впрочем, это наблюдение было бы преждевременно использовать для отрицания существующей точки зрения в силу того, что, во-первых, в рамках применяемой в исследовании регрессионной модели используются усредненные площади врачебных участков, и во-вторых, помимо географической близости, важен параметр логистической доступности, которая во многом определяется плотностью и разветвленностью дорожной сети. Однако в следующем параграфе будет показано, что, вероятно, подобная картина возникает из-за следующего: на территории медицинских участков, помимо врачебной амбулатории, могут находиться и фельдшерские пункты, куда также могли обращаться (и обращались) пациенты – и то, что в регрессионной модели этот факт не учитывается, вероятно, приводит к искаженным результатам.

Второе наблюдение заключается в том, что наличие или отсутствие платы за медицинскую помощь оказывает сравнительно небольшое влияние на обращаемость в рамках исследуемых регрессионных моделей. Под этим тезисом понимается следующее: наличие или отсутствие в уезде платы за медицинскую помощь оказывает достаточно малое влияние на то, как часто население обращалось за медицинской помощью в сравнительной перспективе на уездном уровне. При этом нужно отметить, что корреляционная связь между этими параметрами является статистически

¹⁸³ *Веселовский Б.Б.* История земства за сорок лет. Т. I. С. 373–379; *Куркин П.И.* Обращаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г.; *Лебедев В.С.* Указ соч; История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 96–97.

значимой. В историографии практически всегда отмечалось, что одним из приоритетов земской медицины являлось бесплатное оказание медицинской помощи¹⁸⁴. К 1898 г. амбулаторный прием был платным в 56 уездах, а в 303 уездах он был бесплатным (как минимум для местных жителей – плательщиков земских сборов); стационарная медицинская помощь была бесплатной в 243 уездах, платной – в 109. В данном случае для проверки гипотезы о значимости фактора платы за медицинскую помощь было бы возможно провести анализ не в регионально-пространственной, а в темпоральной перспективе: в такой оптике было бы возможно проверить, как отмена (или введение) платы за медицинскую помощь оказывает влияние на уровень обращаемости в конкретном уезде. Впрочем, в исследуемом источнике такие данные отсутствуют, что делает невозможным проведение подобного рода анализа в рамках данного исследования.

3.1.4. Выводы

Результаты исследования можно представить в следующем виде: в среднем уровень обращаемости населения за медицинской помощью в уездах земских губерний в 1898 г. составлял около 470 обращений на 1 000 чел. Впрочем, за этим средним значением скрывается существенная неоднородность уровня обращаемости в разных уездах, что отражается на высоких показателях коэффициента вариации. Более того, эта неоднородность проявляется не только на уровне всех исследуемых уездов, но также и на уровне уездов внутри одной губернии. Это характерно как для амбулаторного, так и для стационарного секторов обращаемости, однако эта неоднородность не проявляется синхронно: в губерниях с высоким уровнем неоднородности амбулаторной обращаемости обращаемость стационарная может быть более однородной, и наоборот. Также обращаемость стационарного и амбулаторного секторов слабо взаимосвязана. Это дает основания полагать,

¹⁸⁴ История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). С. 100.

что тенденции распространения обращаемости в уездах земских губерний принимали довольно неупорядоченный характер.

Результаты регрессионного анализа в некоторой степени позволили объяснить характер распределения обращаемости. Так, отобранная регрессионная модель в значительной степени объясняет интенсивность проявления обращаемости за стационарной помощью. В значительной степени вклад в это объяснение вносят факторы, относящиеся к медицинской инфраструктуре, т.е. организационные факторы, влияющие на «модели здорового поведения». Однако в амбулаторном секторе обращаемости такая тенденция не повторяется, что, вероятно, связано со значительной зависимостью амбулаторной обращаемости от факторов другого характера: социальных, социально-экономических, культурных и др.

Отдельного внимания заслуживают наблюдения о довольно незначительной роли площади врачебного участка и платы за медицинскую помощь. Для более уверенного оперирования подобными наблюдениями необходимо провести ряд исследований с применением дополнительных и более детальных данных и усовершенствованной методологии.

Полученные наблюдения на уездных данных входят в некоторое противоречие с результатами анализа на губернских данных в предыдущей главе. Уровень неоднородности обращаемости на уездном аналитическом уровне ($CV = 46\%$) принимает большие значения, чем на губернском ($CV = 29\%$; см. приложение 4). Кроме того, если для стационарного сектора обращаемости степень влияния организационно-инфраструктурных факторов на дисперсию обращаемости остается достаточно высокой (хоть и несколько меньшей), то в амбулаторном секторе объясняющая сила этой группы факторов заметно снижается. Такое расхождение в наблюдениях, вероятно, говорит об усложнении процессов обращаемости в уездной проекции, в то время как в губернской проекции эти особенности сглаживаются при укрупнении исследовательского масштаба.

В рамках же более общей картины здравоохранения полученные данные по обращаемости говорят о том, что в Российской империи даже в пределах областей с земским самоуправлением за более чем 30 лет не удалось выработать некоторой единой политики по применению медицинского научного знания в отношении девиаций тела, которая бы применялась повсеместно или разделялась как минимум большинством: уровень неравенства обращаемости был достаточно высок. Это наблюдение так или иначе дополняет существующее представление о том, как функционировала земская медицина в Российской империи на рубеже XIX–XX вв.

3.2. Обращаемость населения за медицинской помощью: анализ участково-волостного аналитического уровня (на примере Самарского уезда)¹⁸⁵

В данной части исследования была произведена попытка проследить тенденции развития обращаемости в границах одного уезда. Сложность такого анализа заключается в том, что для этого необходимо довольно специфичное разделение данных об обращаемости по волостному принципу. К началу XX века многие уездные земские управы начали публикацию годовых медицинских отчетов, включающую характеристику медицинской части в губернии. Однако в подавляющем большинстве случаев в этих отчетах данные по заболеваемости и обращаемости были приведены по врачебным участкам. Такое разделение вызывает сложности для данного исследования: границы врачебных участков часто менялись (с изменением их числа в уезде), они могли включать несколько волостей и их части, отчего привлечение демографических данных в участковой проекции представляется затруднительным. В силу этого основным критерием использования источника являлось включение данных об обращаемости с волостным принципом разделения. Также к источнику предъявлялось требование включать сведения по обращаемости не только по врачебным амбулаториям, но и по фельдшерским пунктам (в которых прием осуществляли только фельдшеры и сведения по которым нередко не были представлены в отчетах, что вносит искажения в статистику). Необходимо отметить, что ведение волостного учета обращаемости, особенно с учетом приема в фельдшерских пунктах – это нетривиальная задача, которая требовала от уездных санитарных отделов очень кропотливой работы по обработке карточного материала. Об этом в том числе можно судить по тому, что примеров подобного разделения в уездных годовых отчетах удалось обнаружить совсем немного. В итоге было

¹⁸⁵ При подготовке данного параграфа были использованы следующие публикации автора: *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв.: на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда // Историческая информатика. 2024. № 1. С. 37–55.

принято решение исследовать обращаемость населения на участково-волостном уровне на примере Самарского уезда в 1880–1910-х гг. На этот выбор повлияло также то, что в уезде действовали исключительно земские лечебницы¹⁸⁶, то есть появляется возможность составить более полную картину обращаемости в уезде без потери данных, относящихся к лечебницам иных ведомств.

3.2.1. Данные и методика исследования

Исследование опирается на сведения, содержащиеся в годовых медицинских отчетах Самарской уездной земской управы. Общая сводка включала сведения о характеристике врачебных участков (их территориальном расположении, количестве населения, медицинского персонала), амбулаторном и стационарном приеме, акушерской помощи и оспопрививании. Сбор, соединение и сведение этих данных осуществлялся на использовании карточной системы, внедрение которой в процесс врачебного дела активно пропагандировалось как минимум в сфере земской медицины (в силу больших потенциальных возможностей по пространственному и социально-демографическому анализу заболеваемости населения¹⁸⁷, хотя она и вызывала недовольство в силу своей трудоемкости – особенно на начальном этапе ее введения¹⁸⁸). Карточки в основном заполнялись врачами в амбулаториях на основе принятой номенклатуры болезней, в то время как в фельдшерских пунктах фельдшеры заполняли карточки только в случае приема пациентов с заразными болезнями. В стационарных лечебницах (больницах и приемных покоях) также велась карточная система учета пациентов. Сведения по каждому участку присылались в управу в начале следующего за отчетным года.

¹⁸⁶ Список больниц Гражданского ведомства в Российской империи. С. 63–64.

¹⁸⁷ *Шингарев А.И.* Общий очерк заболеваемости: по карточной регистрации врачебных амбулаторий. С. 17–32.

¹⁸⁸ *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. С. 99–105.

Содержательную целостность отчетов можно охарактеризовать следующим образом. За довольно долгую практику публикации отчетов – с 1886 г.¹⁸⁹ – динамика степени наполняемости отчетов вполне ощутима. Так, до конца 1890-х гг. в отчетах по большей части были приведены только самые основные сведения о числе больных и основных параметрах врачебных участков, при этом дифференциация этих данных была довольно скудной. Так, например, в этот период практически не соблюдалось разделение приема пациентов в амбулаториях и фельдшерских пунктах, не было представлено уточненной информации о самих фельдшерских пунктах, отсутствовала более детальная информация о приеме больных с разделением их по территориальному (волостному) принципу – эти лакуны во многом были восполнены в более поздних отчетах. То есть в целом с течением времени усложнялась структура отчетов и увеличилась степень их наполняемости, что во многом говорит о постепенном характере развития отчетности.

Наиболее ценными для этого исследования являются данные об инфраструктурном состоянии земской медицины в уезде (количестве врачебных участков и их характеристике) и обращаемости населения за медицинской помощью – как амбулаторной, так и стационарной. Эти сведения, совместно с данными по демографии (на основе Всероссийской переписи населения¹⁹⁰ и подворных переписей¹⁹¹) и финансированию (содержащимися в отчетах Самарской земской уездной управы) позволяют сформировать характеристику процессов обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде.

В связи с тем, что уровень обращаемости подсчитывается как отношение числа обращений за медицинской помощью к численности населения,

¹⁸⁹ Земско-медицинский сборник. Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865 – 1890) / Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова / Обработал Д.Н. Жбанков. Вып. 4. М.: Типография Н. П. Щепкина, 1893. С. 65.

¹⁹⁰ *Протопопов И.А.* Указ. соч.

¹⁹¹ Подворная перепись крестьянских хозяйств Самарской губернии. Самарский уезд. 1913.

необходимо сделать следующую ремарку: демографические сведения, представленные в отчете, базируются на подсчетах движения населения, проводимых управой. Если до 1897 г. нет возможности точной оценки того, насколько достоверны эти подсчеты, то на основе данных Всеобщей переписи эту оценку возможно произвести. Так, согласно медицинскому отчету Самарского уезда за 1898 г. уезд (без учета г. Самары) был поделен на 14 врачебных участков, в которых проживало 252 тысячи чел. В то же время, согласно Всеобщей переписи населения, население Самарского уезда по состоянию на 1897 г. составило 267 тысяч чел. без учета г. Самары. Получается расхождение в 15 тысяч (с запаздыванием в один год), что составляет около 6% относительно данных отчета. Причина подобного расхождения остается неясной – впрочем, такая разница в оценках, вероятно, не является основанием категорически не доверять данным медицинского отчета, в силу чего представляется возможным использовать их для подсчета уровня обращаемости в уезде. Вероятно, это также дает основания относительно доверять демографическим подсчетам уездной управы и в отношении следующих лет, которые в основном были сформулированы на основе данных движения населения, в особенности к 1913 г. – в силу того, что к 1913 г. в Самарской губернии была проведена подворная перепись, в том числе и в Самарском уезде.

Методика исследования следующая: из всего периода 1886–1913 гг. было принято решение провести подробный анализ обращаемости за медицинской помощью по 2 временным срезам: за 1898 и 1913 гг. Обусловлено это тем, что в отчетах за эти годы были включены данные по обращаемости с разделением их не только по врачебным участкам, но и по волостям – это дает возможность оценить уровень обращаемости не только в рамках врачебного участка, который может состоять из нескольких волостей и их частей, но и в волостной проекции, то есть в рамках реальных населенных пунктов, о которых есть демографические сведения.

Вначале приводится краткая справка о состоянии медицинской инфраструктуры в Самарском уезде за 1886, 1898 и 1913 гг., затем следует изложение анализа обращаемости за медицинской помощью. В основном анализируются данные по первичной обращаемости за медицинской помощью как во врачебных амбулаториях, так и в самостоятельных фельдшерских пунктах. Для того, чтобы избежать возникновения путаницы в оперировании этими параметрами, было принято решение закодировать их следующим образом:

- во-первых, первичная обращаемость за медицинской помощью в амбулатории представлена в виде амбулаторной обращаемости;
- во-вторых, первичная обращаемость за медицинской помощью как в амбулатории, так и в фельдшерские пункты – в виде общей обращаемости. Решение о введении такой терминологии обусловлено тем, что применять термин “заболеваемость” в отношении первичного приема представляется неверным, так как первичные обращения свидетельствуют о скорее выявленной заболеваемости, нежели о реальном уровне заболеваемости населения. Такое предположение основывается на допущении о том, что в Российской империи рубежа XIX–XX вв. культура обращений за медицинской помощью была довольно низкой, в связи с чем значительная часть людей в случае заболевания не обращались за медицинской помощью в медицинские учреждения;
- в-третьих, обращения в стационары в работе приведены как стационарная обращаемость.

Данные по обращаемости анализируются как в динамике, так и в призме распределения по территории Самарского уезда. Последнее представлено в виде двух проекций: деления по принципу врачебных участков и по волостному принципу. Такое разделение позволяет посмотреть на динамику обращаемости не только в пределах врачебных участков, которые сложены из

нескольких соседних волостей и во многом дают довольно условное представление о практиках обращения за медицинской помощью в реальных населенных пунктах, но и на примере самих волостей.

3.2.2. Земская медицина в Самарском уезде: характеристика

В 1886 г. Самарский уезд был поделен на 9 врачебных участков. В каждом из этих участков находилась врачебная амбулатория, в которой осуществлялся амбулаторный прием – в основном врачом, но также и фельдшерами при этих амбулаториях (в том числе в отсутствие врача). В уезде насчитывалось 3 земские больницы и 1 приемный покой, в которых велся прием стационарных больных. Кроме того, действовало 16 фельдшерских пунктов, в которых также осуществлялся амбулаторный прием, этими пунктами заведовали фельдшеры. В среднем на 1 врачебный участок приходилось 1460 кв. верст, что условно соответствует радиусу участка в 21,5 верст (что существенно выше рекомендованного радиуса в 15 верст). В уезде прием как стационарных, так и амбулаторных больных к 1886 г. осуществлялся бесплатно (бесплатный статус лечения сохранился как минимум до 1898 г.¹⁹²), финансирование же шло по линии земской управы в рамках установленных смет с обязательной отчетностью врачей о расходах¹⁹³.

Всего в 1886 г. в Самарском уезде было совершено около 113 тысяч первичных обращений за медицинской помощью: 61 355 обращений было принято врачами, 51 748 обращений – фельдшерами (к сожалению, определить, какая часть из них была принята фельдшерами в амбулатории, а какая – в фельдшерском пункте, затруднительно в силу непредставленности данных об этом в источнике). Также всего за год было принято 748 стационарных больных, которые суммарно провели более 15 тыс. дней в стационаре. Всего за 1886 г. было потрачено 50 853 рубля, предоставленных

¹⁹² Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. С. 71.

¹⁹³ Земско-медицинский сборник. Вып. 4. С. 64–65.

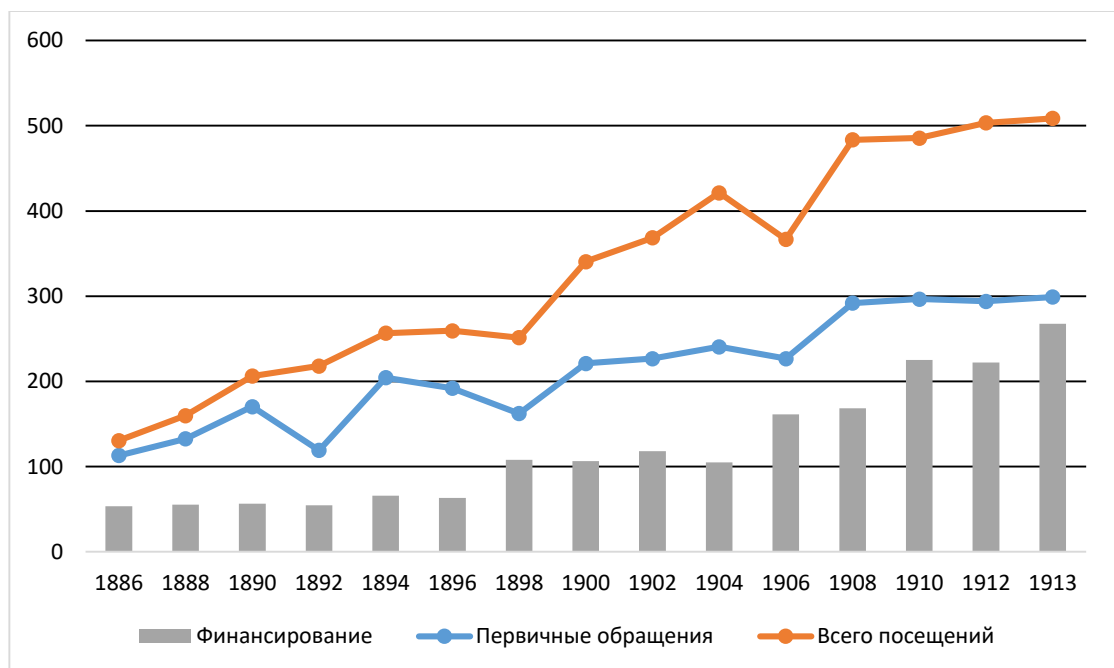
уездной управой – то есть удельная стоимость одного посещения составила около 45 копеек.

Ситуация довольно существенно изменилась к 1898 г. (см. приложение 5). Так, количество врачебных участков увеличилось до 14, число фельдшеров увеличилось до 36 (из них 5 – в 5 фельдшерских пунктах). Средняя площадь врачебного участка уменьшилась до 940 кв. верст (средний радиус – 17,3 верст), в среднем на один участок приходилось 18 тыс. чел. (по данным народонаселения уездной управы; около 19 тыс. на участок по данным переписи). Всего за 1898 г. к врачам и фельдшерам обратилось 162 380 чел., которые всего совершили 251 318 посещение. Из них в амбулаториях к врачам обратилось 108 889 чел. (174 228 посещений), к фельдшерам – 23 334 чел. (34571 посещений), в фельдшерские пункты – 30 157 чел. (42 519 посещение). Стационарно лечилось 1 176 чел. (проведшие 9 600 дней) в 3 больницах и 1 приемном покое с общим числом кроватей в 60 единиц. Общий расход составил 92 508 рублей (при смете в 107 850 рублей), что составляет около 37 копеек на одно посещение пациента, а удельный расход на медицинскую часть в отношении населения уезда – 37 копеек на человека (35 копеек с опорой на данные переписи).

К 1913 г. инфраструктурное состояние здравоохранения в Самарском уезде стало следующим: число врачебных участков увеличилось до 20 (вместе с участком в Самаре, который был открыт для приема учащихся земских школ, служащих в управе, а также крестьян, находящихся в городе), а фельдшеров – 76 (10 из них осуществляли практику в 8 фельдшерских пунктах). Средняя площадь врачебного участка составила 690 кв. верст (около 15 верст в радиусе на каждый участок). В среднем на каждый участок приходилось 18 445 чел. (согласно данным о движении населения уездной управы на 1913 г.). Всего за отчетный год во врачебных участках было 299 039 чел., которые совершили 508 627 посещений. Из них амбулаторно лечилось 239 273 пациента (совершивших 333 015 посещений к врачам и 77 149 посещений к фельдшерам), 59 766 чел. были приняты в фельдшерских пунктах (и

совершили 98 463 посещения). Стационарно в уезде лечилось 4 163 чел. (которые провели в стационарах 50 077 дней) в 3 больницах и 11 приемных покоев с общим числом кроватей в 120 единиц. В целом в уезде было потрачено на медицинскую часть 252 315 рублей (то есть удельное финансирование составило 72 копейки на жителя уезда).

Рисунок 26. Количество первичных обращений за медицинской помощью и общего числа посещений во врачебные участки в Самарском уезде (тыс.), расходы на медицину (тыс. руб.) 1886–1913.



Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в... [по годам, 1886–1913] / Самарская земская уездная управа, 1887–1914.

Отчет Самарской уездной земской управы за [по годам, 1886–1913]. Самара: Типография И. И. Новикова, 1887–1913.

Примечание: данные приведены по четным годам за период с 1886–1912 гг. со включением 1913 г.

В целом, с 1886 по 1913 гг. существенно вырос инфраструктурный потенциал земской медицины – более чем в два раза выросло число врачебных участков и сотрудников в них. Впрочем, в стационарном отношении эта динамика была не столь линейной: в 1890-х г. наблюдалось значительное уменьшение числа больниц и кроватей в них (что было связано, в том числе, и с несчастными случаями в виде пожаров, когда в 1894 г. во всем уезде, за исключением г. Самары, действовала лишь одна больница из-за пожара в

больнице Екатериновского участка), однако уже к началу XX века потенциал стационарного сектора вновь стал расти, что выразилось в увеличении числа лечебниц и кроватей в них. Динамика числа обращений за медицинской помощью также принимала в целом положительный характер: число первичных обращений в 1886–1913 гг. увеличилось более чем в 2,5 раза, а суммарное число первичных и повторных приемов – практически в 4 раза (Рисунок 26); стационарных же больных стало более чем в 5 раз больше. Наибольший уровень обращаемости в Самарском уезде наблюдался в 1910-ых гг. Относительная стагнация, наблюдавшаяся в 1890-х гг., скорее связана с отсутствием релевантных данных в отчетах; спад 1906 г. связан с невключением в общую сводку данных о приеме в фельдшерских пунктах. Также следует иметь в виду, что в Самаре действовала губернская земская больница, которая в том числе принимала жителей Самарского уезда, поэтому можно предположить, что какая-то их часть обращалась за медицинской помощью именно там (в особенности жители соседних с Самарой волостей).

3.2.3. Обращаемость за медицинской помощью в Самарском уезде: подсчеты и оценки

В 1898 г. в Самарском уезде картина обращаемости выглядела следующим образом: амбулаторная обращаемость составила 497,6 обращений на 1 000 чел. в год, а показатель общей обращаемости достиг отметки в 565,6 обращений в пределах всего уезда (Таблица 31). При этом по Самарской губернии уровень обращаемости за медицинской помощью составил 487,4 обращений на 1 000 чел., т.е. показатели Самарского уезда в довольно незначительной мере превышают показатель губернии. Однако в сравнении с уровнем Европейской России в 1898 г. (380 обращений на 1 000 чел.) этот показатель представляется существенно большим.

Таким образом, в среднем практически каждый второй житель Самарского уезда обращался за медицинской помощью в лечебницы, подведомственные Самарскому уездному земству (впрочем, в это число также

входит и некоторая доля жителей иных уездов и губерний). Этот показатель является усредненным в рамках 14 рамках участков, в которых осуществлялся прием пациентов. Если же учесть долю повторных посещений, то показатели обращаемости видоизменяются следующим образом: амбулаторная обращаемость составила 828,5 обращений на 1 000 чел., общая – 997,2 обращений. Во многом эти показатели условные в силу того, что они показывают усредненную оценку. Если же взглянуть на картину того, как уровень обращаемости варьирует от участка к участку, выстраивается следующая композиция. Наиболее высокий уровень амбулаторной обращаемости наблюдался в Спасском врачебном участке (806 первичных обращений на 1 000 чел.), наиболее низкий – в Кошкинском участке (323 первичных обращений на 1 000 чел.). Среднеквадратическое отклонение составило 141 обращений на 1 000 чел., что означает, что в среднем каждый участок отклоняется от среднего уровня обращаемости на 141 единиц. Коэффициент вариации в таком случае составил для первичной амбулаторной обращаемости 0,26, который является наименьшим в сравнении с показателями иных параметров. Если учитывать прием в фельдшерских самостоятельных пунктах, то среднеквадратическое отклонение увеличивается до 284 единиц, а коэффициент вариации – до 0,50. Получается, что при добавлении фельдшерского приема в расчеты обращаемости растет уровень неравномерного распределения обращаемости между врачебными участками. То есть, наличие фельдшерских пунктов во врачебном участке увеличивает неравенство в уровне обращаемости между участками.

Таблица 31. Дескриптивная статистика обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, 1898 г.

	Амбулаторная обращаемость во врачебных участках	Общая обращаемость во врачебных участках	Общая обращаемость в волостях
Количество объектов	14	14	34
Средняя обращаемость, на 1 000 человек	497,6	565,6	565,6
Минимальное значение	323,8	435,4	122,1
Максимальное значение	806,0	1072,9	1054,1
Стандартное отклонение	141,4	283,9	263,7
Коэффициент вариации	0,28	0,50	0,46

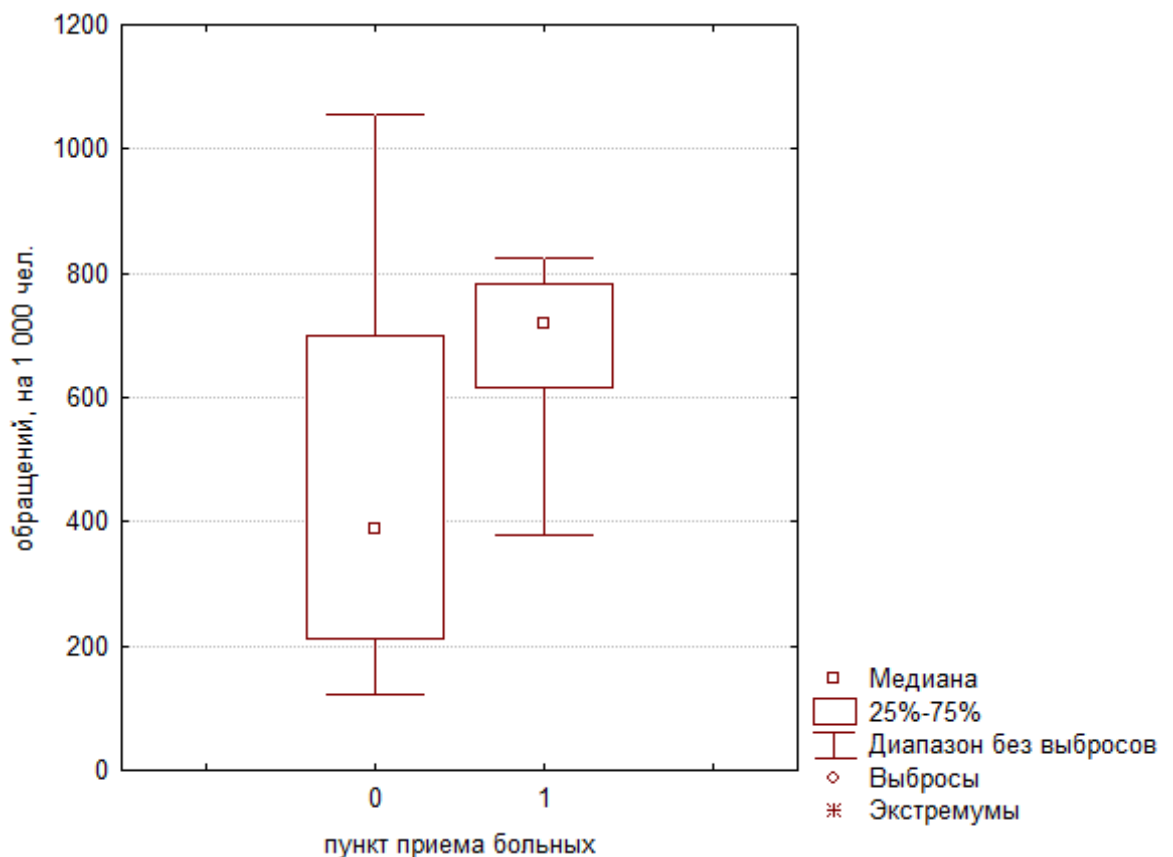
Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 г. / Самарская земская уездная управа, 1899.

Во многом это связано с тем, что фельдшерские пункты были открыты далеко не только в участках с низким уровнем обращаемости в амбулатории. Например, в Чистовском, Алексеевском и Богдановском участках, где уровень амбулаторной обращаемости находился в пределах 420–440 обращений на 1 000 чел., фельдшерского пункта организовано не было, в то время как в Екатериновском и Красноярском участках, где уровень амбулаторной обращаемости был выше 600 единиц, фельдшерские пункты были открыты.

Картину обращаемости населения за медицинской помощью в проекции врачебных участков также можно сравнить с тем, как распределение обращаемости выглядит на уровне волостей. Так, среди 34 волостей Самарского уезда в 1898 г. наблюдается довольно большая неравномерность распределения обращаемости: меньше всего за медицинской помощью обращались жители Чернореченской волости (122 обращения на 1 000 чел.), больше всего – Томыловской (1 054 обращения на 1 000 чел.). Впрочем, низкий уровень обращаемости в Чернореченской области может объясняться ее близким географическим положением к г. Самаре, из-за чего некоторая часть жителей могла обращаться за медицинской помощью в лечебницы, расположенные там. В целом же коэффициент вариации составляет 0,46, что говорит о довольно существенном уровне неоднородности того, насколько часто обращались за помощью жители Самарского уезда в разных его частях

– в среднем в каждой волости наблюдалось отклонение уровня обращаемости от среднего по уезду в 263,7 единиц. При этом коэффициент корреляции между уровнем обращаемости в волости и фактом нахождения в ней пункта приема больных довольно низкий ($r = 0,4$, $p < 0,05$, статистически значимая связь), что скорее говорит о том, что жители волостей, в которых не было врачебной амбулатории или фельдшерского пункта, были готовы ездить в лечебницы, расположенные в других (скорее всего, соседних) волостях. Впрочем, если обратить внимание на диаграмму размаха (Рисунок 27), складывается следующая картина: при наличии в волости пункта приема больных уровень обращаемости в ней с большей вероятностью будет выше среднего. С другой стороны, в тех волостях, в которых пункта приема больных нет, интенсивность обращаемости гораздо более разнообразна (в том числе бывает выше, чем в волостях с амбулаториями и фельдшерскими пунктами в них).

Рисунок 27. Диаграмма размаха обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1898 г.



Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 г. / Самарская земская уездная управа, 1899.

Примечания: по вертикальной оси расположена шкала уровня обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости пункта приема больных (0 – пункта приема нет, 1 – пункт приема есть).

Такие результаты могут говорить о следующем. Уровень обращаемости среди врачебных участков распределялся сравнительно равномерно при учете исключительно амбулаторного приема – при включении в модель доли приема, осуществленного в фельдшерских пунктах, уровень неоднородности значительно возрастает. То есть, наличие фельдшерских пунктов, вероятно, оказывает влияние на уровень обращаемости в медицинском участке. При этом подобная неоднородность в том числе характерна и для соотношения уровня обращаемости среди волостей, и вклад в эту неоднородность во многом вносят те волости, в которых нет пунктов приема больных.

К 1913 г. картина обращаемости за медицинской помощью трансформировалась следующим образом. В среднем уровень первичной обращаемости в амбулатории в Самарском уезде вырос до 633,3 обращений на тысячу чел. (если присоединить к этому показателю также и статистику обращений в фельдшерских пунктах, обращаемость вырастает до 801,7 единиц). При этом по всей Европейской России средний показатель обращаемости за медицинской помощью составлял 604, средний показатель сельской обращаемости – 521. То есть в целом в Самарском уезде уровень обращаемости за медицинской помощью был выше общероссийских (в пределах европейской части) показателей. В Самарской же губернии в среднем уровень обращаемости был выше – 656 обращений на 1 000 чел., однако с исключением обращаемости в городах этот показатель был ниже – 548 обращений на 1 000 чел. То есть в целом в 1913 г. Самарский уезд находился примерно в общероссийском русле (в пределах европейской части) по уровню обращаемости.

Наибольший уровень амбулаторной и общей обращаемости наблюдался в Спасском участке (919,9 и 1 264,6 обращений на 1 000 чел. соответственно),

наименьший – в Студенецком (239,3) и Петропавловском (554,8) участках. При этом следует отметить, что в обоих вариантах коэффициент вариации составляет 0,26 и 0,27 соответственно, что говорит о сравнительно невысоком уровне неоднородности распределения обращаемости между врачебным участками. Впрочем, если обратиться к данным по обращаемости в проекции волостного деления, картина несколько видоизменяется. Так, и для амбулаторной, и для общей обращаемости характерны более высокие показатели коэффициента вариации (0,45 и 0,42 соответственно), что может говорить о том, что при переходе от участковой проекции к проекции волостного деления наблюдается сравнительно более высокая неоднородность обращаемости за медицинской помощью.

Таблица 32. Дескриптивная статистика обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, 1913 г.

	Амбулаторная обращаемость во врачебных участках	Общая обращаемость во врачебных участках	Амбулаторная обращаемость в волостях	Общая обращаемость в волостях	Стационарная обращаемость в волостях
Количество объектов	19*	19*	37	37	37
Средняя обращаемость, на 1 000 чел.	633,3	801,7	633,3	801,7	10,44
Минимальное значение	239,3	554,8	96,1	213,7	0,25
Максимальное значение	919,9	1 264,6	1 119,6	1 730,3	38,61
Стандартное отклонение	166,5	216,6	289,1	339,1	7,89
Коэффициент вариации	0,26	0,27	0,45	0,42	0,75

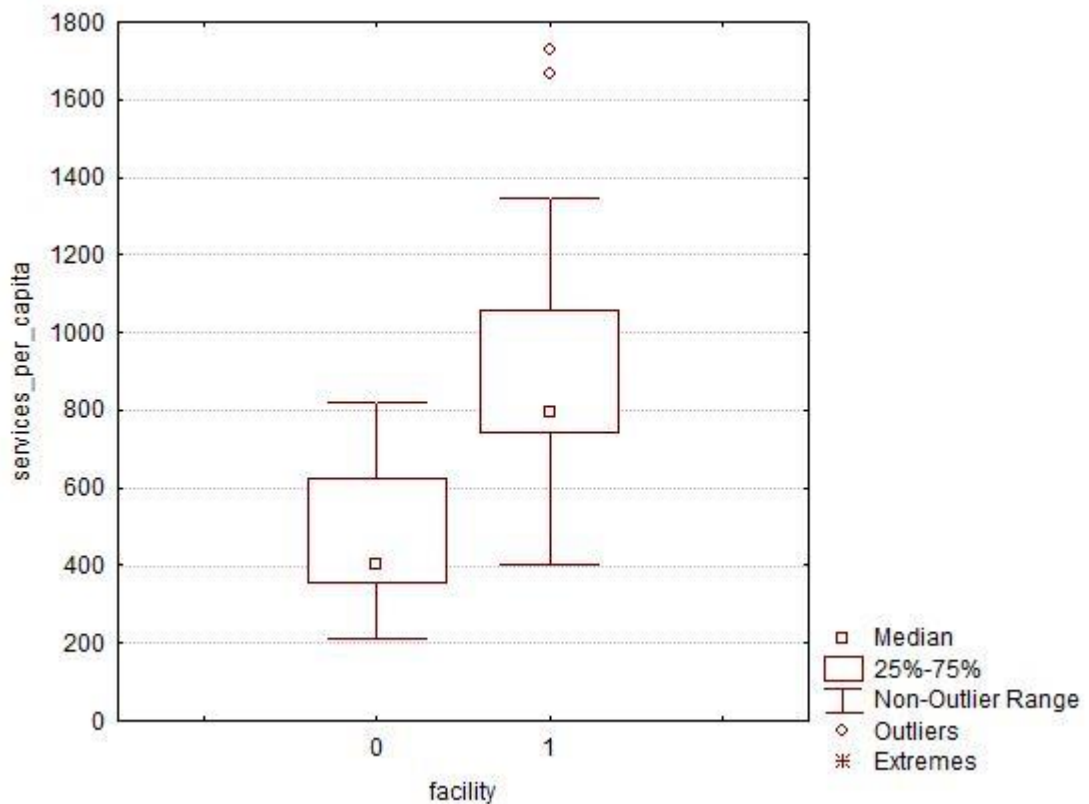
Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 г. / Самарская земская уездная управа, 1914.

Примечание: * – в таблицу включены данные по 19 врачебным участкам с исключением участка в г. Самаре.

Была ли некоторая взаимосвязь между уровнем обращаемости в волости, а также тем, присутствует ли в ней пункт приема больных (врачебная амбулатория или фельдшерский пункт)? Корреляционный анализ показал, что уровень корреляции между этими параметрами составляет $r = 0,52$ ($p < 0,05$), что говорит о наличии некоторой связи между уровнем обращаемости в

волости и наличием в ней пункта приема пациентов (что говорит о вероятной важности фактора географического положения пунктов приема больных). В целом, уровень обращаемости в некоторой степени выше в тех волостях, в которых расположены амбулатория либо фельдшерский пункт (Рисунок 28; картограмма приложения 5). При этом не следует недооценивать важность наличия фельдшерского пункта: доля приема больных фельдшерскими пунктами составляла в среднем 67% от общего приема в тех волостях, в которых эти пункты были расположены (в тех же волостях, в которых нет фельдшерского пункта, число обращений в них ничтожно, а при отсутствии в волости амбулатории пациенты практически всегда обращались в амбулатории соседних волостей, нежели в фельдшерские пункты). Но даже в тех волостях, в которых были пункты приема больных, уровень обращаемости был распределен в большой степени неравномерно: разброс основной части значений составил от 400 до 1400 с выбросами, превышающими отметку в 1600 обращений. Это может говорить о том, что в этих волостях были некоторые иные факторы, оказывающие влияние на уровень обращаемости, в том числе и не связанные с факторами инфраструктурного характера.

Рисунок 28. Диаграмма размаха обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1913 г.



Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 г. / Самарская земская уездная управа, 1914.

Примечания: по вертикальной оси расположена шкала уровня обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости пункта приема больных (0 – пункта приема нет, 1 – пункт приема есть).

При сравнении результатов анализа обращаемости в 1898 и 1913 гг. можно выделить следующие наблюдения. Во-первых, во всех вариантах подсчета уровень обращаемости за медицинской помощью вырос к 1913 г. Это говорит о положительной динамике развития практики взаимодействия людей с медицинскими институтами. Во-вторых, в 1913 г., по сравнению с 1898 г., заметно уменьшился уровень неоднородности распределения обращаемости между врачебными участками. Особенно это показательно на примере общей обращаемости: так, если в 1898 г. уровень неоднородности значительно возрастал при учете приема в фельдшерских пунктах относительно только амбулаторного приема, то к 1913 г. это различие стало заметно менее значительным. То есть можно предположить, что к 1913 г. удалось добиться

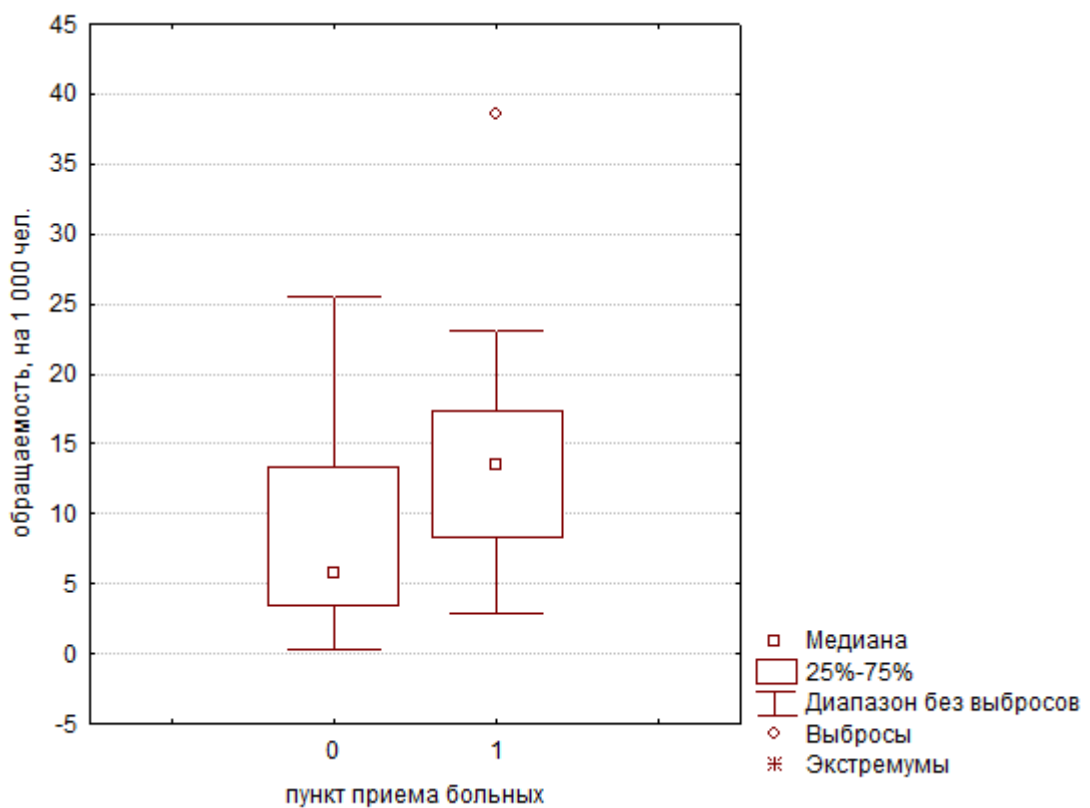
того, что в уезде между врачебными участками уровень обращаемости был относительно однороден.

Впрочем, картина несколько меняется, если обратиться к анализу в проекции волостного деления. Так, коэффициент вариации составляет 0,45 и 0,42 (Таблицы 31 и 32); это говорит о том, что между волостями уровень обращаемости отличался в гораздо большей степени, чем между врачебными участками. При этом вариация сходна с наблюдаемой неоднородностью в 1898 г. Это может говорить о том, что одновременно с количественным ростом обращаемости степень ее неравномерного распределения между волостями осталась примерно на одном и том же уровне. При этом следует учитывать, что за 15 лет было сформировано 6 новых участков, а число фельдшерских пунктов выросло с 5 до 8 (а также было выделено 3 новые волости). То есть выходит, что количественный рост уровня обращаемости, а также увеличение инфраструктурного потенциала земской медицины не привели к уменьшению уровня неравенства по показателю обращаемости между волостями. Кроме того, в 1898 г. уровень обращаемости в группе волостей, в которых находились пункты приема больных, был более однороден, нежели в 1913 г.

Если же взглянуть на стационарный сектор обращаемости, картина предстает в следующем виде (Таблица 32). В среднем уровень обращаемости в 1913 г. был на отметке 10,44 стационарных больных на 1 000 чел. При этом минимальное значение было в Воскресенской волости (0,25 – такой низкий показатель, вероятно, связан с тем, что Воскресенская волость граничила с г. Самарой и значительная часть людей обращалась за медицинской помощью туда), максимальное – в Екатериновской (38,61 – примечательно, что в ней находилась больница на 25 кроватей). Бросается в глаза очень высокий показатель коэффициента вариации – 0,75, что говорит о высоком уровне неравенства между волостями по проявлению обращаемости в стационары. Впрочем, между этим показателем и фактом наличия в волости больницы или приемного покоя наблюдается довольно невысокая корреляционная связь ($r = 0,37$, $p < 0,05$, статистически значимая связь). На диаграмме размаха (Рисунок

29) видно, что в целом в волостях, где расположены стационары, и в волостях без них уровень обращаемости в стационары примерно соизмерим – с очевидным выбросом в виде Екатериновской волости. Примечательно, впрочем, что в Кошкинской волости, где также находилась больница на 25 кроватей, обращаемость составляла 20,6 стационарных больных на 1 000 чел., что практически в 2 раза меньше, чем в Екатериновской волости.

Рисунок 29. Диаграмма размаха стационарной обращаемости за медицинской помощью по волостям Самарского уезда, 1913 г.



Рассчитано по: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 г. / Самарская земская уездная управа, 1914.

Примечания: по вертикальной оси расположена шкала уровня стационарной обращаемости за медицинской помощью, по горизонтальной оси – статус наличия в волости стационара (0 – стационара нет, 1 – стационар есть).

Такая соизмеримая картина обращаемости в стационары, возможно, связана с довольно низким уровнем исходных показателей, когда в волостях удельное число стационарных больных редко превышало 20 пациентов на 1 000 чел. (а в реальных числах – нескольких десятков чел.), и в таком масштабе

значимость фактора географической близости, возможно, играет не столь важную роль.

Для дополнения картины обращаемости на волостном уровне обратимся к данным соседней Саратовской губернии. По 3 уездам – Саратовскому, Камышинскому и Хвалынскому – уездные медицинские отчеты за 1912–1913 гг. содержат данные статистики обращений за медицинской помощью с разделением по волостям¹⁹⁴. Благодаря этому возникает возможность также на примере этих уездов оценить, как распределялась обращаемость за медицинской помощью в приближенной исследовательской оптике. Отчеты по своему формуляру в целом идентичны медицинским отчетам по Самарскому уезду 1910-ых гг. Демографические данные были взяты из списков населенных мест по Саратовской губернии, составленных в 1911–1913 гг.¹⁹⁵

Краткую справку о состоянии земской медицины в 3 уездах Саратовской губернии за 1912–1913 гг. можно увидеть в Приложении 10. Заметно, что в Саратовском уезде значительно выше уровень доступности медицинской помощи за счет большого числа врачебных участков – на 1 врачебный участок приходилось около 9,5 тыс. чел., в то время как в Камышинском и Хвалынском уездах этот показатель превышал отметку 20 тыс. и 30 тыс. чел. на участок соответственно; впрочем, в них это отставание частично компенсировалось наличием фельдшерских пунктов (11 и 8 соответственно, в то время как в Саратовской уезде действовал лишь один фельдшерский пункт).

¹⁹⁴ Годовой отчет о деятельности медицинской организации [Саратовского уезда] за 1912 г. очередному уездному земскому собранию сессии 1913 г. Саратов: Типография И.С. Сергеева, 1913; Медицинский отчет по Камышинскому уезду Камышинской уездной земской управы за 1912 г. Камышин: Типография П.В. Лебедевой и Н-ков, 1913; Отчет о состоянии и деятельности земско-медицинской организации Хвалынского уезда за 1913 год. Хвалыньск: Типография А.М. Голомшток, 1915.

¹⁹⁵ Списки населенных мест Саратовской губернии. Саратовский уезд. Саратов, 1914; Списки населенных мест Саратовской губернии. Камышинский уезд. Саратов, 1914; Списки населенных мест Саратовской губернии. Камышинский уезд. Саратов, 1914.

Перейдем к данным об обращаемости, которым необходимо дать предварительную характеристику. В отличие от Самарского уезда, в Саратовском, Хвалынском и Камышинском уездах не велся учет волостных данных из фельдшерских пунктов. В Саратовском уезде доля единственного действовавшего фельдшерского пункта в общей картине приема была довольно незначительна (3%). В Камышинском уезде доля неучитываемого фельдшерского приема составила уже 25%, в отчете Хвалынского уезда эти данные вовсе не были включены; можно предположить, основываясь на большом числе фельдшерских пунктов, что доля приема в них также была существенной. Необходимо также сделать следующую ремарку: при пересчете данных по волостям и по врачебным участкам в Саратовском уезде оказывается, что в волостных данных недостает 26 363 обращений (около 15% от общего числа обращений во врачебные пункты). При этом в отчете не указывается причина подобного расхождения. Возможно, это связано с тем, что некоторая доля обратившихся за медицинской помощью не была приписана к волостям, то есть это были обращения, совершенные жителями г. Саратова или выходцами из иных уездов и губерний. Также вполне возможно, что это связано со сложностью сопоставления данных по волостям, и некоторые сведения о пациентах вовсе не были определены ни к одной волости (при том, что сам факт обращения известен и присутствует в статистике). В отношении отчетов Камышинского и Хвалынского уездов такая ситуация не наблюдается. Эти особенности необходимо учитывать при дальнейшем анализе, так как далее при апеллировании к данным об обращаемости будут учитываться сведения только в волостной проекции (с исключением сведений фельдшерских пунктов, то есть анализируемые показатели обращаемости в Камышинском и Хвалынском уездах будут существенно ниже реальных).

Средняя обращаемость во врачебные амбулатории в волостях Саратовского уезда составляла 623 обращений на 1 000 чел. (CV = 35%), Камышинского – 379 обращений на 1 000 чел. (CV = 47%), Хвалынского –

326,5 обращений на 1 000 чел. ($CV = 73\%$). При этом заметно, что вариация увеличивается при переходе к уездам с меньшим числом врачебных пунктов (Приложение 10), что также сопровождается уменьшением уровня обращаемости. Вероятно, при включении в этот набор данных по фельдшерским пунктам удалось бы получить более целостную и, возможно, более равномерную картину обращаемости в уездах. Необходимо заметить, что в Самарском уезде фельдшерские пункты довольно существенно увеличивали уровень обращаемости в тех волостях, где не было врачебных амбулаторий (однако эффекта снижения уровня вариации не наблюдалось; таблица 32). На этом основании можно предполагать, что доступность медицинской помощи и число врачебных участков, вероятно, действительно оказывали влияние на уровень обращаемости. Это предположение не подтвердилось при анализе на данных уездного уровня (R^2 площади врачебного участка составил 0,007 при высоком уровне $p = 0,12$; см. раздел 3.1.3), однако в рамках Самарского уезда была выявлена некоторая связь между наличием в волости пункта приема больных и уровнем обращаемости в ней ($r = 0,52$), которую можно оценить как среднюю. Кроме того, по подсчетам Куркина и Лебедева, в Московской губернии также наблюдалась некоторая (хоть и не прямая) связь между обращаемостью и близостью к лечебнице¹⁹⁶.

Возможно продолжить эти наблюдения на большем отборе из волостей 3 уездов Саратовской губернии (Таблица 33). Регрессионная модель показывает, что факт наличия в волости врачебного пункта в некоторой степени объясняет вариацию обращаемости населения в эти самые пункты ($R^2 = 0,45$). Если добавить в модель данные и по Самарскому уезду, коэффициент детерминации несколько снижается ($R^2 = 0,37$), но все же объясняет некоторую часть дисперсии. Однако стоит отметить, что остатки регрессионной модели довольно большие, а средняя ошибка аппроксимации принимает высокое

¹⁹⁶ Куркин П.И. Обращаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г.; Лебедев В.С. Указ соч.

значение (66%), то есть в целом все же нельзя сказать, что модель удовлетворительным предсказывает уровень обращаемости в волостях по признаку наличия или отсутствия в них пунктов приема больных.

Таблица 33. Результаты регрессионного анализа для обращаемости в волостях, Саратовский, Камышинский, Хвалынский уезды (N = 83); Саратовский, Камышинский, Хвалынский, Самарский уезды (N = 120)

	(1)	(2)
Постоянная	259,15*** (8,282)	303,93*** (7,930)
Пункт приема пациентов (1 – есть, 0 – нет)	345,12*** (8,300)	409,12*** (8,439)
Число объектов	83	120
R ²	0,45	0,37

Примечания: Зависимая переменная – обращаемость за медицинской помощью. Коэффициенты регрессии не стандартизованы; в скобках приведены показатели t-статистики.

*** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1

Такие наблюдения, с одной стороны, входят в некоторое противоречие с результатами анализа на уездном уровне, согласно которому площадь врачебного участка не была связана с уровнем обращаемости (Приложение 7; раздел 3.1.3). При обращении к волостным данным факт наличия врачебного пункта обладает более значимым эффектом на интенсивность обращаемости населения за медицинской помощью, однако все же стоит отметить, что этот эффект не является определяющим – более 50% дисперсии обращаемости не объясняется этим параметром. Возможно, такие рассогласованные результаты являются признаком того, что размерность этих параметров различная. Вероятно, большую ясность в этом вопросе может внести исследование того, какой эффект имеет фактор расстояния между населенными пунктами и амбулаториями, однако оно требует специфической аналитической методики и ограничено доступностью данных. В целом же получается, что в приближенном масштабе фактор врачебных участков становится существенно более значимым, однако необходимо учитывать, что отбор данных довольно небольшой, что сказывается на результатах модели. Кроме того, необходимо иметь ввиду потенциальное наличие ложной корреляции между фактором

врачебных участков и обращаемостью, вероятность возникновения которой увеличивается в парной регрессии; в этой связи представляется видится потенциально полезным усовершенствование аналитического инструментария.

3.2.4. Выводы

Результаты исследования можно представить в следующем виде. Во-первых, в течение исследуемого периода в Самарском уезде в целом рос инфраструктурный потенциал земской медицины, что в первую очередь выразилось в увеличении числа врачебных участков и медицинского персонала, а также стационарных лечебниц. Одновременно с этим наблюдалась положительная динамика числа обращений за медицинской помощью. Однако говорить о прямой зависимости между этими параметрами было бы преждевременно в силу того, что взаимодействие человека с медициной и здравоохранением – это сложный многофакторный процесс.

Во-вторых, динамика уровня обращаемости принимает положительный характер: если в 1898 г. средний уровень общей обращаемости составлял 565 обращений на 1 000 чел., то к 1913 г. этот показатель превысил отметку в 800 единиц. Впрочем, это усредненные показатели, за которыми скрывается существенная неоднородность проявления обращаемости в разных частях Самарского уезда. Так, в 1898 г. наблюдалось определенное неравномерное распределение обращаемости среди врачебных участков, которое к 1913 г. в некоторой степени стало более однородным (Таблица 34). Однако между волостями довольно высокая степень неоднородности наблюдалась как в 1898, так и в 1913 г. – это примечательно на фоне общего роста числа пунктов приема больных. Такой неравномерный характер в некоторой степени можно объяснить организационными и инфраструктурными факторами; впрочем, для более полного понимания природы и механизмов отношения населения к медицине и здравоохранению требуется анализ с применением методологии из смежных дисциплин: антропологии, социологии, психологии.

Таблица 34. Уровень вариации в участковой и волостной проекциях, 1898 и 1913

гг.

	Общая обращаемость во врачебных участках	Общая обращаемость в волостях
1898 г.		
Количество объектов	14	34
Коэффициент вариации	0,50	0,46
1913 г.		
Количество объектов	19	37
Коэффициент вариации	0,27	0,42

Интересно сравнить полученные данные о неоднородности обращаемости со сведениями по Московской губернии, представленные в материалах о статистике заболеваемости населения за 1897–1902 гг. и подсчитанные сотрудниками Московского санитарного бюро¹⁹⁷ (Приложение 9). Самарский уезд в целом находился на одном уровне с уездами Московской губернии по среднему уровню обращаемости – 565 и 540 обращений на 1 000 чел. соответственно. Определённый уровень неоднородности был характерен и для Московской губернии в волостной проекции: в Волоколамском уезде коэффициент вариации составлял около 17%, что существенно ниже, чем в Самарском уезде за 1898 г. ($CV = 46\%$); однако для половины уездов Московской губернии был характерен уровень вариации, сходный с показателем Самарского уезда и превышающий его ($CV > 40\%$). В целом во всех волостях Московской губернии наблюдался сходный с Самарским уездом показатель вариации обращаемости ($CV = 46\%$). Эти данные, в совокупности с наблюдениями из уездов Саратовской губернии, являются дополнительным аргументом в пользу наблюдения, что практики обращаемости за медицинской помощью существенно варьировали в пределах Европейской России.

¹⁹⁷ Куркин П.И. Статистика болезненности населения в Московской губернии за период 1883–1902 гг. Вып. 2. Табличные материалы по болезненности населения Московской губернии в 1883–1897 гг. (медицинские участки) и в 1898–1902 гг. (районы волостей). М.: Московское губернское земство, 1908.

В целом, полученные результаты согласуются с имеющимися наблюдениями в том плане, что практики обращаемости за медицинской помощью в Самарском уезде, как и среди уездов и губерний Европейской России, сложно охарактеризовать как одинаково разделяемые всеми жителями. Однако трудно оценить, в какой степени эти практики зависят от организационного и инфраструктурного состояния. Границы медицинских участков довольно часто менялись, и сравнивать демографические данные (собранные по принципу административного деления) и медико-статистические (в границах врачебных участков) довольно затруднительно, в особенности из-за несовпадения их границ. Впрочем, такие наблюдения, как сохранение неоднородности обращаемости среди волостей (и даже среди тех, в которых были пункты приема больных), говорят о довольно сложном характере взаимоотношения людей и медицинских институтов. Это, в свою очередь, является одним из множества индикаторов комплексной социокультурной динамики российского общества на рубеже веков.

Выводы по главе

Анализ уездного и участково-волостного аналитических уровней позволил сформулировать следующие наблюдения.

Во-первых, на уездном уровне наблюдается значительная дифференциация уровня обращаемости, причем как на уровне всех уездов, так и на уровне уездов внутри одной губернии – эта ситуация характерна как для амбулаторного, так и для стационарного секторов обращаемости.

Во-вторых, в стационарном секторе обращаемости регрессионная модель, сформированная из организационных факторов, объясняет большую долю вариации уровня обращаемости. То есть можно предположить, что неоднородность стационарной обращаемости среди уездов во многом обусловлена инфраструктурной обеспеченностью земской медицины. В то же время эта ситуация не повторяется в амбулаторном секторе, что говорит не об организационно-инфраструктурных, а о некоторых других факторах, влияющих на практики обращаемости населения за медицинской помощью.

Анализ участково-волостного уровня на примере Самарского уезда показал, что, несмотря на увеличение числа медицинских участков в уезде, уровень вариации обращаемости среди волостей в уезде изменился незначительно и оставался на значительном уровне. Кроме того, показано, что факт наличия в волости пункта приема больных ощутимо повышает уровень обращаемости вне зависимости от того, это врачебная амбулатория или фельдшерский пункт. Таким образом выясняется, что земская медицинская статистика обращаемости и заболеваемости, основанная на системе карточной регистрации, упускает заметную долю пациентов, так как фельдшеры практически не заполняли амбулаторные карточки больных – тем самым выявленная картина заболеваемости в отчетах земских статистиков, вероятно, была существенно искажена.

Эти наблюдения вносят значительные коррективы в картину распределения обращаемости, сформированную на основе губернского анализа, так как внутри губерний наблюдалась значительная неоднородность обращаемости между уездами – эта довольно существенная деталь упускается в укрупненном административном масштабе. Кроме того, сравнение регрессионного анализа на уездном и губернском уровне показывает, что, если стационарный сектор в обоих вариантах сильно зависит от организационных факторов, в амбулаторном секторе эта ситуация не повторяется – на уездном уровне амбулаторный сектор обращаемости в гораздо меньшей степени объясняется инфраструктурным состоянием здравоохранения, что слабо соотносится с результатами аналогичного анализа на губернском уровне. На основе таких наблюдений можно формулировать предположения о довольно существенном различии тактик и стратегий, связанных с коммуникацией населения и медицинских институтов, в пространстве земских губерний (что, вероятно, характерно для Европейской России и Российской империи в целом).

Заключение

Основные выводы исследования можно представить следующим образом.

В Европейской России на рубеже XIX–XX вв. общественная медицина испытывала период довольно значительного роста ее инфраструктурных возможностей, что выражалось в количественном увеличении многих характеристик: уровня финансирования, численности врачебного персонала, количества больниц и лечебниц, а также больничных кроватей в них. Все это увеличивало возможность населения получать медицинскую помощь. Этот процесс шел параллельно росту обращаемости населения за медицинской помощью – за 12 лет этот показатель вырос практически наполовину. Впрочем, все же стоит отметить, что, несмотря на довольно впечатляющую динамику, в абсолютных показателях уровень обращаемости был довольно низок: в 1913 г. Российская империя еще не достигла уровня, когда каждый ее подданный обращался за медицинской помощью хотя бы раз за целый год. Причин такому положению можно сформулировать множество, одной из которых является неравномерность традиций обращаемости за медицинской помощью в городах и провинциях – если в городах в среднем в 1913 г. на одного человека приходилось чуть более одного обращения (1 103 обращений на 1 000 чел.), то в провинции лишь каждый второй посетил лечебницы и больницы (521 обращение на 1 000 чел.).

Впрочем, стоит отметить, что обращаемость за медицинской помощью изменялась в положительной динамике с учетом достаточно активного демографического роста. Это примечательно на фоне того, что, несмотря на активно дебатлируемые оценки экономического развития Российской империи, уровень подушевого дохода и роста производства на душу населения в ней был достаточно низок (в сравнении с европейскими показателями), что в том числе было следствием быстрого роста населения¹⁹⁸. В этом отношении

¹⁹⁸ Грегори П. Указ. соч. С. 18–23.

обращаемость за медицинской помощью как один из компонентов уровня жизни показывала устойчивую положительную динамику, и даже несмотря на активный демографический рост здравоохранение и общественная медицина были в состоянии как минимум не снижать темпы работы и взаимодействия с населением – и даже могли их увеличивать в некоторой степени.

Однако обращаемость за медицинской помощью была неоднородной не только в перспективе город-провинция, но и между различными регионами Европейской России: как губерниями, так и уездами. Так, например, в 1913 г. в Московской губернии уровень обращаемости составил 1 268 обращений на 1 000 чел., в то время как в соседней Калужской – 515, более чем в два раза меньше. В чем же причина такой неоднородности? Заключается ли она исключительно в разном уровне развития медицинской инфраструктуры, или же есть некоторые иные факторы, влияющие на традиции и практики обращения за медицинской помощью?

Согласно теориям медиализации и «моделей здорового образа жизни», существует большое количество факторов и (де)мотиваторов, оказывающих влияние на эти практики. Внешняя среда, состояние здравоохранительной системы, социально-экономический статус, этничность, пол, возраст, семейное положение, личный опыт – эти и многие другие обстоятельства определяют то, как человек относится к медицине и к перспективе стать пациентом в больнице.

В данном исследовании была произведена попытка использовать эту методологическую установку для анализа причин неоднородности обращаемости в пределах Европейской России. В силу доступности данных основной фокус был поставлен на изучение того, насколько неравномерность обращаемости определяется уровнем развития медицинской инфраструктуры. Этот анализ проводился на трех уровнях – на уровне губерний Европейской России, на уровне уездов земских губерний, а также внутри одного уезда – на примере Самарского уезда. Регрессионный анализ на губернском уровне показал, что в городах и уездах существовали отличные друг от друга модели

влияния организационно-инфраструктурных факторов на уровень обращаемости. Так, в провинции на обращаемость населения в большей степени влияет обеспеченность населения врачами и фельдшерами (а также наличие земств), в то время как в городах влияние этого параметра гораздо слабее. Исходя из представления о сложной природе отношения человека к медицинским институтам, такое наблюдение, вероятно, свидетельствует о том, что в городах действовала более сложная конфигурация факторов, влияющих на решение обращаться (или не обращаться) за медицинской помощью (при этом следует иметь ввиду, что статистика обращаемости в городах была менее прозрачной из-за более распространенного и часто не учитываемого частного приема). В сельской же местности уровень обращаемости в большей степени зависел от инфраструктурного состояния медицинских институтов: числа врачей и фельдшеров, количестве больниц и кроватей в них, присутствия земского управления. Это могло быть связано с существенной разницей в обеспеченности населения медицинскими сотрудниками в городах и в селах, так как последние значительно отставали от первых по этому параметру.

Анализ на уездном уровне дает несколько иные результаты. Так, согласно ему, уровень обращаемости в уездах земских губерний в довольно незначительной мере определялся инфраструктурными характеристиками здравоохранения. В этом аспекте результаты двух уровней анализа входят в противоречие. Впрочем, они примерно сходятся в отношении стационарного сектора, так как по результатам моделей обоих аналитических уровней оказывается, что стационарный прием в значительной мере зависел от обеспеченности населения больничными кроватями. На этом фоне достаточно согласованно выглядят данные о довольно высоком уровне загруженности больниц и больничных кроватей.

В ходе исследования также была сформирована картина обращаемости за медицинской помощью на примере Самарского уезда. Открытие в нем новых медицинских участков способствовало установлению более

равномерного распределения обращаемости между ними, однако на уровне волостей неоднородность обращаемости продолжала оставаться достаточно высокой. Более того, было выявлено, что при наличии в ближайшей доступности фельдшерского пункта местные жители не пренебрегают посещением именно их и вполне могут предпочитать их врачебным амбулаториям, располагавшимся в отдалении. В связи с этим возникает сомнения в точности медицинских отчетов земских санитарных бюро, составляемых на основе карточной регистрации – фельдшеры практически не вели карточный учет, поэтому некоторая часть пациентов оставалась вне поля зрения медиков-статистиков.

При сопоставлении трех уровней анализа можно заметить, что неоднородность обращаемости присутствует на всех этапах укрупнения оптики исследования. Уровень обращаемости за медицинской помощью варьирует как на уровне губерний, так и на уровне уездов, в том числе уездов в составе одной губернии. Определенная неравномерность также проявляется и внутри уездов – на уровне волостей и врачебных участков. Такая картина неоднородности в очередной раз, во-первых, подтверждает необходимость разных аналитических оптик и, во-вторых, позволяет судить о комплексной природе отношения населения к институтам здравоохранения.

В целом же довольно значительная неоднородность уровня обращаемости так или иначе говорит о различиях в практиках взаимодействия населения с медицинскими институтами в пределах Европейской России. Согласно теории медиализации и «моделей здорового образа жизни», на это взаимодействие оказывает влияние множество факторов, то есть характеристик, присущих населению. Таким образом, получается, что обращаемость за медицинской помощью можно воспринимать не только как индикатор взаимодействия населения и общественной медицины, но и как один из атрибутов комплексного социокультурного и экономического пространства Российской империи на рубеже XIX–XX вв.

Можно сказать, что данное исследование лишь приоткрыло дверь в большую неисследованную область, связанную с обращаемостью за медицинской помощью. Эту область можно изучать как с привлечением новых статистических источников, так и с использованием дополнительного аналитического инструментария. Представляют интерес такие потенциальные проекты, как исследование сезонности обращаемости за медицинской помощью, динамики обращаемости в связи с определенными видами заболеваний (например, гриппом), статистики оспопрививания населения – и многие другие.

В контексте состояния здравоохранения пореформенной России это исследование показывает, что, с одной стороны, усовершенствовалась ее принимающая способность; с другой стороны, возникали проблемы непосредственно с распределением медицинской помощи, что, вероятно, требовало некоторых иных подходов, связанных со стимулированием населения к более активному взаимодействию с медицинскими институтами. Если же затрагивать тему уровня и качества жизни, однозначные выводы формулировать достаточно сложно. С одной стороны, теоретически рост обращаемости за медицинской помощью должен был отражаться на состоянии общественного здоровья в положительную сторону. С другой стороны, мы не располагаем более длинными рядами данных, которые позволили бы проследить эффекты этого роста, например, на продолжительность жизни и смертность. Кроме того, обращение за медицинской помощью – это только один из компонентов «здорового поведения», которое включает в себя множество других действий. Впрочем, преуменьшать значение этого компонента тоже нельзя, так как в том числе на его основе формируется это «здоровое поведение», что отражается на уровне общественного здоровья и в целом на социальном и экономическом состоянии общества.

Список источников

Приложения к Всеподданнейшим отчетам губернаторов

- Обзор Астраханской губернии за 1887 год. Астрахань, 1888. [1], 75, [37] с.; ... за 1892 год. Астрахань, 1893. [1], 94 с.; ... за 1897 год. Астрахань, 1898. [1], 68, [41] с.; ... за 1902 год. Астрахань, 1903. [1], 44, [39] с.; ... за 1907 год. Астрахань, 1908. [1], II, 81 с.; ... за 1913 год. Астрахань, 1914. [IV], 84 с.
- Обзор Вологодской губернии за 1887 год. Вологда, 1888. [4], 65 с.; ... за 1892 год. Вологда, 1893. [4], 46 с.; ... за 1897 год. Вологда, 1898. [4], 45, [45] с.; ... за 1902 год. Вологда, 1903. [4], 59, [76] с.; ... за 1907 год. Вологда, 1908. [4], 44, [89] с.; ... за 1913 год. Вологда, 1914. [4], 57, [98] с.
- Обзор Гродненской губернии за 1887 год. Гродно, 1888. [4], 44, [3] с.; ... за 1892 год. Гродно, 1893. 4, 138 с.; ... за 1897 год. Гродно, 1898. 8, 184, [87] с.; ... за 1902 год. Гродно, 1903. [4], 139, [89] с.; ... за 1907 год. Гродно, 1908. [4], 123, [157] с.; ... за 1913 год. Гродно, 1914. [4], 115, [145] с.
- Обзор Московской губернии за 1887 год. М., 1888. [4], 44 с.; ... за 1892 год. М., 1893. [2], 76, [53] с.; ... за 1897 год. М., 1898. [2], 91, [83] с.; ... за 1902 год. М., 1903. [5], 113, [116] с.; ... за 1907 год. М., 1908. [5], 118, [125] с.; ... за 1913 год. М., 1914. [5], 168, [125] с.
- Обзор Орловской губернии за 1887 год. Орел, 1888. [2], 29, [57] с.; ... за 1892 год. Орел, 1893. [2], II, 62, XXI с.; ... за 1902 год. Орел, 1903. [2], II, 44, [75] с.; ... за 1907 год. Орел, 1908. [4], 49, [93] с.; ... за 1913 год. Орел, 1914. [4], 28, [141] с.
- Обзор Самарской губернии за 1887 год. Самара, 1888. [4], 42 с.; ... за 1892 год. Самара, 1893. [2], 96 с.; ... за 1902 год. Самара, 1903. [4], 26 с.; ... за 1907 год. Самара, 1908. [2], 44 с.; ... за 1913 год. Самара, 1914. [4], 40 с.
- Обзор Санкт-Петербургской губернии за 1887 год. СПб., 1888. 47, [37] с.; ... за 1892 год. СПб., 1893. 64 с.; ... за 1897 год. СПб., 1898. 62, [73]

с.; ... за 1902 год. СПб., 1903. 34, [43] с.; ... за 1907 год. СПб., 1908. 47, [12] с.; ... за 1913 год. Петроград., 1915. 75, [58] с.

- Обзор Саратовской губернии за 1887 год. Саратов, 1888. 55, [52] с.; ... за 1892 год. Саратов, 1893. 53, [59] с.; ... за 1897 год. Саратов, 1898. 4, 47, 119 с.; ... за 1902 год. Саратов, 1903. [4], 45, [94] с.; ... за 1913 год. Саратов, 1914. [4], 53, [78] с.

Статистические материалы

- Отчет Медицинского департамента Министерства внутренних дел [за 1887 г.]. СПб., 1889. III, XV, 336, [1] с.; ... [за 1892 г.]. СПб., 1896. [476] с.; ... [за 1896–1901 гг.]. СПб., 1905. [8], VI, [2], 359 с.
- Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [за 1902–1913 г.] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.
- Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1902. 97 с.
- Обзор деятельности земств по народному образованию, медицинской части, ветеринарной части и содействию экономическому благосостоянию населения за 1898 год. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1904. 307 с.
- Годовой отчет о деятельности медицинской организации [Саратовского уезда] за 1912 г. очередному уездному земскому собранию сессии 1913 г. Саратов: Типография И.С. Сергеева, 1913. 159 с.
- Медицинский отчет по Камышинскому уезду Камышинской уездной земской управы за 1912 г. Камышин: Типография П.В. Лебедевой и Н-ков, 1913. 80 с.
- Отчет о состоянии и деятельности земско-медицинской организации Хвалынского уезда за 1913 год. Хвалыньск: Типография А.М. Голомшток, 1915. 231 с.

- Отчет Самарской уездной земской управы за 1886 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1887. 107 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1889 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1890. 95 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1891 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1892. 128 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1892 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1894. 156 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1894 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1895. 154 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1896 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1897. 196 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1898 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1899. 248 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1900 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1901. 235 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1902 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1903. 353 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1904 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1905. 407 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1906 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1907. VII, 121 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1908 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1909. 135 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1910 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1911. [4], 150, 25 с.
- Отчет Самарской уездной земской управы за 1912 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1913. [2], XIV, 455 с.

- Отчет Самарской уездной земской управы за 1913 год. Самара: Типография И. И. Новикова, 1914. IV, XIV, 405 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1886 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1887. 115 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1887 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1888. 191 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1888 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1889. 271 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1889 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1890. 217 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1890 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1891. 255 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1891 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1892. 92 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1892 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1893. 135 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1894 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1895. 78 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1896 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1897. 124 с.

- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1898 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1899. 71 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1900 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1901. 72 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1901 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1902. 27 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1902 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1903. 25 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1903 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1904. 46 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1904 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1904. 20 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1905 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1905. 51 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1906 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1907. 47 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1908 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1909. 116 с.

- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1909 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1910. 108 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1910 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1911. 119 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1911 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1912. 120 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1912 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1913. 154 с.
- Отчет по обеспечению народного здоровья в Самарском уезде за 1913 г.: сост. врачами уездного земства. Самара: Типография Л.М. Азеринского, 1914. 157 с.
- Первая Всеобщая перепись населения Российской империи 1897 г.: [кн. 3, 6, 7, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 24–27, 29–31, 33–48, 50] / под ред. Н.А. Тройницкого. СПб.: Изд. Центр. стат. комитета М-ва внутренних дел, 1899–1905.
- Подворная перепись крестьянских хозяйств Самарской губернии / Оценочно-статистическое отделение Самарского губернского земства. Самара: типография Губернского земства, 1913–1915. Самарский уезд. 1913. [1], 245 с.
- *Протопопов И.А.* Список населенных мест Самарской губернии. Самара: Губ. тип., 1900. [2], XXXIX, 520 с.
- Списки населенных мест Саратовской губернии. Саратовский уезд. Саратов, 1914. VII, 62 с., 1 л. к.
- Списки населенных мест Саратовской губернии. Камышинский уезд. Саратов, 1914. [3], VII, 42 с., 1 л. к.

- Списки населенных мест Саратовской губернии. Хвалынский уезд. Саратов, 1914. VII, 37 с., 1 л. к.

Законодательство

- *Колычев Л.А.* Устав врачебный, изд. 1905 г. и по прод. 1912 и 1913 гг., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненные постатейными разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями. Петроград: издание юридического книжного магазина В. П. Анисимова, 1915. VIII, 660 с.
- Полное Собрание Законов Российской Империи. Собрание третье. СПб., 1905. Т. XXIII. Отделение I.
- *Фрейберг Н.Г.* Врачебно-санитарное законодательство в России. СПб.: «Практическая медицина», 1913. XXVIII, 1071 с.

Список литературы

1. *Арнаутова Ю.Е.* Колдуны и святые: Антропология болезни в средние века. СПб.: Алетейя, 2004. 398 с.
2. *Арсеньева-Ложкина Е.И.* Роль земских врачей в развитии статистики общей заболеваемости населения // Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 121–176.
3. *Арутюнов Ю.М.* Земская медицина в Московской губернии во второй половине XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. М., 2000. 221 с.
4. *Ахмадов Т.З.* Становление и развитие врачебно-санитарного дела на Северо-Восточном Кавказе (XIX в. – 1940 г.): диссертация ... кандидата медицинских наук. М., 2014. 369 с.
5. *Баданов В.Г.* Земская медицина на Европейском Севере России: становление, развитие, результаты(1867–1917) // Вопросы истории и культуры северных стран и территорий. 2010. №1 (9). С.33–48.
6. *Барсуков М.И.* Великая Октябрьская социалистическая революция и организация советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1951. 313 с.
7. *Баткис Г.А., Лекарес Л.Г.* Социальная гигиена и организация здравоохранения. М., 1969. 599 с.
8. *Бек У.* Общество риска. На пути к другому модерну. М.: Прогресс-Традиция, 2000. 383 с.
9. *Белгородская С.Н.* Истоки санитарной статистики в России // Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 7–62.
10. *Белицкая Е.Я.* Очерк развития санитарной статистики в Петербурге – Петрограде в дореволюционный период // Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 177–225.

11. Бергер Е.Е., Туторская М.С. “Комплаенс” в русской деревне. Биополитика или распространение гигиенических знаний? // Диалог со временем. 2023. № 82. С. 272–284.
12. Болезнь и здоровье: новые подходы к истории медицины / под ред. Ю. Шлюмбама, М. Хагнера, И.С. Сироткиной. М.: Алетейя, 2008. 304 с.
13. Больницы в губерниях и областях Российской империи по сведениям за 1887 год. СПб.: Тип. М-ва вн. дел. 1889. 43 с.
14. Булгакова Л.А. Мистика земского врача // Медицина в России в годы войны и мира: Новые документы и исследования / под ред. Л.А. Булгаковой. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 276–292.
15. Валетов Т.Я., Володин А.Ю. ГИС-подходы к анализу региональной статистики на примере вопроса урбанизации России/СССР по переписям населения 1897–1926–1959 гг. [Электронный ресурс] // Электронный научно-образовательный журнал История. 2016. Т. 7. №7 (51). URL: <https://www.academia.edu/34459044/> (дата обращения: 14.05.2022).
16. Варадинов Н.В. История Министерства внутренних дел. Ч. I – III. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1859–1862.
17. Варзар В.Е. Воспоминания старого статистика. Ростов-на-Дону, 1924. 22 с.
18. Васильев К.Г., Сегал А.Е. История эпидемий в России. М.: Медгиз, 1960. 395 с.
19. Веселовский Б.Б. История земства за сорок лет. Т. 1–4. СПб.: О.Н. Попова, 1909 – 1911. Т. 1. 1909. XVI, 724, [2] с.
20. Вишленкова Е.А., Затравкин С.Н. Эпидемические и санитарные карты и таблицы второй половины XIX века как «паспорта

- здоровья» российских территорий // Гигиена и санитария. 2022. №1. С. 102–107.
21. *Волвенко А.А.* Земская реформа в Области войска Донского, 1864–1882 гг.: автореферат дис. ... канд. ист. наук. СПб, 1998. 31 с.
 22. *Воскресенский А.П.* О практических способах популяризации врачебно-санитарных истин в народе // Вестник V съезда Общества русских врачей в память Н. И. Пирогова. 1893. № 8.
 23. *Гозулов А.И.* Очерки истории отечественной статистики. М.: Статистика, 1972. 312 с.
 24. *Голикова С.В.* Народная рецепция научного знания: представления о микромире // Диалог со временем. 2020. № 4. С. 100–110.
 25. *Голикова С.В.* Кликуши. По материалам Урала XVIII – начала XX вв. // Диалог со временем. 2010. № 32. С. 224–241.
 26. *Гребенщиков В.И.* Больницы гражданского ведомства в Российской империи. Спб.: Тип. М-ва вн. дел. 1892. 74 с.
 27. *Грегори П.* Экономический рост Российской империи (конец XIX – начало XX в.): новые подсчеты и оценки. / Пер. с англ. И. Кузнецова, А. Тихонова, И. Тихонова. М.: РОССПЭН, 2003. 256 с.
 28. *Гринина О.В.* Комплексные санитарно-статистические исследования второй половины XIX века // Очерки истории отечественной санитарной статистики. С. 63–121.
 29. *Гуркина Н.К.* «Народ к медицине относится положительно...» (Врачебные инспектора в становлении медико-санитарного дела в губерниях дореволюционной России) // Управленческое консультирование. 2022. №3 (159). С. 145–146.

30. *Гуркина Н.К.* Сельская медицина европейского севера дореволюционной России // Управленческое консультирование. 2010. № 3. С. 204–222.
31. *Давыдов М.А.* Двадцать лет до Великой войны: модернизация Витте–Столыпина. СПб.: Алетейя, 2016. 1080 с.
32. *Данилов Е.В.* Динамика и факторы обращаемости населения за медицинской помощью в Европейской России начала XX века // Историческая информатика. 2022. № 4. С. 65–83. DOI: 10.7256/2585-7797.2022.4.39251.
33. *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью в конце XIX века // Вестник Пермского университета. История. 2023. № 4(63). С. 148–160.
34. *Данилов Е.В.* Опыт сравнительного анализа источников по медицинской статистике (на основе Всеподданнейших отчетов губернаторов и отчетов Медицинского департамента и Управления главного врачебного инспектора) России конца XIX – начала XX веков // ЭНОЖ «История». 2023. № 6.
35. *Данилов Е.В.* Земская медицина и обращаемость за медицинской помощью на рубеже XIX–XX вв.: на примере статистических медицинских отчетов Самарского уезда // Историческая информатика. 2024. № 1. С. 37–55.
36. *Дементьев Е.В.* Врачебная помощь фабричным рабочим. СПб.: Типография Киршбаума, 1907. XIX, 146, 77 с.
37. *Дитон А.* Великий побег: Здоровье, богатство и истоки неравенства. М.: Изд-во Института Гайдара; Фонд «Либеральная Миссия», 2016. 368 с.
38. *Дьячков В.Л., Канищев В.В.* Послание Б.Н. Миронову о сущности работы отдельных провинциальных историков, или Ответ ученому соседу // Круг идей: Алгоритмы и технологии

- исторической информатики / под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 544–577.
39. *Дякина Е.В.* Сравнительный анализ пищевой и энергетической ценности рационов крестьян Сибири и Европейской России позднеимперского периода в сопоставлении с нормами физиологической потребности конца XIX и начала XXI вв. // Исторический курьер. 2018. №2. С. 1–7.
40. *Егорышева И.В.* Из истории создания книги "русская земская медицина" (1899) // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2016. №3. С. 99–100.
41. *Егорышева И.В.* Н. Г. Фрейберг – видный организатор отечественного здравоохранения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 2001. № 6. С. 53.
42. *Егорышева И.В., Данилишина Е.И.* Деятельность правительственной комиссии по реорганизации управления врачебно-санитарным делом в России (конец XIX – начало XX века) // Проблемы социальной гигиены и история медицины. 1999. № 5. С. 60–62.
43. *Егорышева И.В., Морозов А.В.* Реформа здравоохранения в Российской Империи, попытки переустройства управления врачебно-санитарной частью (1886–1916) // Медицинский вестник Северного Кавказа. 2019. №4. С. 718–722.
44. *Егорышева И.В., Морозов А.В.* Эволюция центральных органов государственного управления здравоохранением в дореволюционной России // Вестник современной клинической медицины. 2016. №3. С. 43–48.
45. *Жбанков Д.Н.* Нужны ли для земства больницы? Чернигов: тип. Черниг. губ. правл., 1889. 42 с.

46. *Жбанков Д.Н.* Несколько сравнительных данных о земской и сельской медицине. СПб.: Тип. Я. Трей, 1896. 11 с.
47. *Жбанков Д.Н.* О санитарном состоянии Смоленских народных школ. СПб.: тип. Я. Трей, 1897. 54 с.
48. *Жбанков Д.Н.* О врачах. Памяти «истинного учителя и врача» Вячеслава Авксентьевича Манасейна. М.: Типо-литография «Русского товарищества печатного и издательского дела», 1903. 181 с.
49. *Жбанков Д.Н.* Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М.: Типо-лит. В. Рихтер, 1915. XVI, 552 с.
50. *Заблудовский П.Е.* Медицина в России в период капитализма: развитие гигиены, вопросы общественной медицины. М.: Медгиз, 1956. 149 с.
51. Заболеваемость населения Саратовской губ. ... [в 1903, 1904, 1907 г.] / Отд-ние нар. здравия при Сарат. губ. зем. управе. Саратов: Саратовская губ. земская управа, 1906–1914.
52. *Затравкин С.Н., Щепин В.О., Олейникова В.С.* Обеспеченность врачами населения Российской Империи в XIX – начале XX века // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2017. №4. С. 238. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obespechennost-vrachami-naseleniya-rossiyskoj-imperii-v-xix-nachale-xx-veka> (дата обращения: 10.05.2022).
53. Земско-медицинский сборник. Материалы по развитию земской медицины в России за первое 25-летие (1865 – 1890) / Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова / Обработал Д.Н. Жбанков. Вып. 1–7. М.: тип. М.П. Щепкина, 1890–1893.
54. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.) / Под ред. акад. РАМН Р.У. Хабриева. М.: «ГЭОТАР-Медиа», 2014. 248 с.

55. История медицины и медицинской географии в Российской империи / Под ред. Е. А. Вишленковой и А. Реннера. М.: Шико, 2021. 388 с.
56. *Калиниченко В.П.* Деятельность Вятского земства по развитию здравоохранения в губернии// Вятский медицинский вестник. 2014. №2. С. 41–47.
57. *Каневский Л.О., Лотова Е.И., Идельчик Х.И.* Основные черты развития медицины в России в период капитализма: 1861 – 1917. М: Медгиз, 1956. 196 с.
58. *Канель В.Я.* Фабричная медицина и бюрократия. М.: «Колокол», 1906. 47 с.
59. *Канель В.Я.* Что такое фельдшеризм? М.: Типография Торг. Д. «Художественная печать», 1912. С. 1–5.
60. *Капустин М.Я.* Основные вопросы земской медицины. СПб.: Типография К.Л. Риккера, 1889. 134 с.
61. *Кежутин А.Н.* Медицинские работники России в борьбе с сифилисом (на материалах общероссийской медицинской периодики 1894–1914 гг.) // Вестник Костромского государственного университета. 2013. №1. С. 152–155.
62. *Коломейцева М.А.* Состояние здравоохранения в среде аграрного населения Области войска Донского во второй половине XIX века (по материалам крестьянства) // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2016. Т. 18. № 3–1. С. 50–55.
63. *Краснобородько К.А.* Становление и развитие земской медицины в Курской губернии в середине 60-х гг. XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Курск, 2010. 239 с.
64. *Кузьмин В.Ю.* История земской медицины России и влияние на нее государства и общественности (1864 – февраль 1917 гг.). Дисс. ... док. ист. наук. Оренбург, 2005. 527 с.

65. *Куркин П.И.* Детская смертность в Московской губернии и ее уездах в 1883–1897 гг. М.: Печатня С.П. Яковлева, 1902. XLIV, 294 с.
66. *Куркин П.И.* Земская санитарная статистика (Опыт систематической библиографии). Вып. 1. Земская статистика вообще и санитарная статистика в губерниях Воронежской, Вологодской, Екатеринославской и Курской. М.: Печатня С.П. Яковлева, 1904. VIII, 127 с.
67. *Куркин П.И.* Обрацаемость населения Московской губернии в лечебные заведения за период 1898–1902 г. М.: Московское губернское земство, 1906. XXVI, 243 с.
68. *Куркин П.И.* Статистика болезненности населения в Московской губ. за период 1883–1902 гг. Вып. I–IV, М.: Московское губернское земство, 1907–1912 гг.
69. *Куркин П.И.* Статистика движения населения Московской губ. в 1883–1897 гг. М.: Московское губернское земство, 1902. XXI, 562 с.
70. *Куркин П.И.* Вопросы санитарной статистики: Избранные произведения / под ред. А. М. Меркова. М.: Госстатиздат, 1961. 423 с.
71. *Куркин П.И.* Санитарно-статистические таблицы. М., 1925–1926. XIV, 154 с.
72. *Лебедев В.С.* Материалы по обрацаемости населения в лечебные заведения в зависимости от расстояний за 1889–1902 гг. М.: Издание Московского губернского земства, 1908. XX, 60 с.
73. *Левинштейн И.И.* История фармации и организация фармацевтического дела. М. – Л.: Медгиз, 1939. 224 с.
74. *Левит М.М.* Становление общественной медицины в России. М.: Медицина, 1974. 232 с.

75. *Мазаник А.В.* Медицина и здравоохранение в России в начале XX века // Российская империя между реформами и революциями 1906–1916 / под ред. А.И. Миллера и К.А. Соловьева. М.: Квадрига, 2021. С. 643–667.
76. *Маркова С.В.* Отношение населения Воронежской губернии к медицине в холерные эпидемии в конце XIX – начале XX вв. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/otnoshenie-naseleniya-voronezhskoy-gubernii-k-meditzine-v-holernye-epidemii-v-kontse-xix-nachale-xx-vv> (дата обращения: 07.06.2024).
77. *Маркузон Ф.Д.* Санитарная статистика в городах предреволюционной России // Очерки по истории статистики СССР. М.: Госстатиздат. 1955. С. 121–162.
78. *Маркузон Ф.Д.* Очерки по санитарной статистике в дореволюционной России. М.: Госстатиздат ЦСУ СССР, 1961. 131 с.
79. Материалы по болезненности населения в 8-ми уездах Харьковской губернии, разработанные Санитарным бюро по карточкам участковых врачей за [в 1904–1909 г.]. Харьков: Сан. бюро Харьковск. губ. земства, 1908–1915.
80. *Минаков А.С.* Всеподданнейшие отчеты губернаторов Российской империи: современные проблемы историографии // Известия ВУЗов. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2016. №2 (38). С. 5–6.
81. *Минаков А.С.* Губернаторский корпус и центральная власть: проблема взаимоотношений (по материалам губерний Чернозёмного центра второй половины XIX – начала XX вв.). Орёл: Издательский дом «Орлик», Издатель Александр Воробьев, 2011. 488 с.

82. *Миронов Б.Н.* Можно ли увидеть всю Россию из Малых Пупков? // Круг идей: Алгоритмы и технологии исторической информатики / под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 528–543.
83. *Миронов Б.Н.* Нет, не увидеть всю Россию из Малых Пупков! // Круг идей: Алгоритмы и технологии исторической информатики / под ред. Л.И. Бородкина, В.Н. Владимирова. М.; Барнаул, 2005. С. 578–592.
84. *Миронов Б.Н.* Новая историческая демография имперской России (Ч. I): аналитический обзор современной литературы // Вестник Санкт-Петербургского университета. История. 2006. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/novaya-istoricheskaya-demografiya-imperskoj-rossii-ch-i-analiticheskiy-obzor-sovremennoy-literatury-1> (дата обращения: 10.06.2024).
85. *Миронов Б.Н.* Российская империя: от традиции к модерну. В 3-х тт. СПб.: Изд. Дмитрий Буланин, 2014, 2015. Т. 3. 2015. С. 992 с.
86. *Мирский М.Б.* Медицина России X–XX веков: очерки истории. М.: РОССПЭН, 2005. 631 с.
87. *Михель Д.В.* Общественное здоровье и холерный вибрион: российская империя, медицина и бактериология начала XX века перед угрозой холеры // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия История. Международные отношения. 2008. №2. С. 64–74.
88. *Михель Д.В.* Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). С. 256–263.
89. *Моллесон И.И.* Земская медицина. Казань, 1871. 56 с.
90. *Моллесон И.И.* Краткий очерк заболеваемости и смертности населения Тамбовской губернии в трехлетие 1898, 1899 и 1900

- гг. Тамбов: типо-лит. Н. Бердоносова и Ф. Пригорина, 1903–1904.
91. *Морозова Е.В.* Организация земского здравоохранения в Казанской губернии во второй половине XIX – начале XX века: диссертация ... канд.мед. наук. Казань, 2014. 194 с.
 92. *Мушинский К.А.* Устройство общественного призрения в России. СПб.: Типография Министерства Внутренних Дел, 1862. 64 с.
 93. *Назаров В.В.* Деятельность земских учреждений в области здравоохранения в 60-е гг. XIX – начале XX вв.: по материалам Саратовской губернии: дис. ... канд. ист. наук. Саратов, 2003. 219 с.
 94. *Натхов Т.В., Василенок Н.А.* Младенческая смертность в пореформенной России: динамика, региональные различия и роль традиционных норм // Историческая информатика. 2020. № 3. С. 71–88.
 95. *Никитина А.В.* Становление и развитие земской медицины в Уфимской губернии в последней четверти XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Уфа, 2009. 209 с.
 96. *Новосельский С.А.* Очерк статистики населения, заболеваемости и медицинской помощи в России. СПб.: Типография «Сельский вестник», 1912. 40 с.
 97. *Новосельский С.А.* Предмет и содержание отечественной санитарной статистики в досоветский период её развития // Ученые записки МЭСИ. Т.6. Труды Кафедры демографии. М., 1955.
 98. *Новосельский С.А.* Демография и статистика: Избранные произведения / под ред. Л.Е. Полякова. М.: «Статистика», 1978. 273 с.

99. *Осипов Е.А., Попов И.В., Куркин П.И.* Русская земская медицина. Обзор развития. М.: Т-во «Печатня С.П. Яковлева», 1899. X, 340, 29 с.
100. Очерки истории отечественной санитарной статистики / Под ред. А.М. Меркова. М.: Медицина, 1966. 286 с.
101. Очерки истории русской общественной медицины / под ред. П.И. Калью. М.: Медицина, 1965. 299 с.
102. *Петров Е.Е.* Собрание Российских законов о Медицинском управлении с присовокуплением постановлений Правительства по предмету наук: Медицинской, Фармацевтической, Ветеринарной и принадлежащих к ним Судной Медицины и Полиции Медицинской. Ч. I – III. СПб., 1826–1828.
103. *Пироговская М.М.* Миазмы, симптомы, улики: запахи между медициной и моралью в русской культуре второй половины XIX века. СПб.: Изд-во Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2018. 392 с.
104. *Попов Г.И.* Русская народно-бытовая медицина: По материалам Этнографического бюро князя В.Н. Тенишева. СПб.: Типография А.С. Суворина, 1903. VIII, 404 с.
105. *Протопопов И.А.* Список населенных мест Самарской губернии. Самара: Губ. тип., 1900. XXXIX, 520 с
106. *Райкова С.В.* Из истории борьбы с холерными эпидемиями в России // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. 2013. №7. С. 114–116.
107. *Раздорский А.И.* Обзоры губерний, областей и градоначальств Российской империи. 1870–1916: сводный каталог. СПб.: Дмитрий Буланин, 2011. 913, ССХІХ, [1] с.
108. *Рихтер В.М.* История медицины в России. Ч. 1–3. М.: Типография Московского Университета, 1814–1820.

109. *Савина А.А., Комаров С.Г., Погонин А.В.* Исторические этапы становления медицинской статистики в Москве (обзор литературы) // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2019. №3. С. 103–121.
110. Сборник статистических сведений по Московской губернии. Отдел санитарной статистики. Т.4. Общая сводка по санитарным исследованиям фабричных заведений Московской губернии за 1879 – 1885 гг. / под ред. Ф.Ф. Эрисмана. М.: Московское губернское земство, 1890. XXVI, 315 с.
111. *Святловский В.В.* Очерк фабрично-заводской гигиены. СПб., 1901. 67 с.
112. *Семашко Н.А.* Очередные задачи социальной гигиены в России // Социальная гигиена. Вып. 2. Апрель, 1923. С. 1–7.
113. *Сен А.К.* Развитие как свобода. М.: Новое издательство, 2004. 432 с.
114. *Симонян Р.З.* Становление и развитие медико-санитарной статистики в России во второй половине XIX - начале XX вв. // Современная научная мысль. 2022. №2. С. 21–27.
115. *Сифман Р.И.* Динамика численности населения России за 1897–1914 гг. // Брачность, рождаемость, смертность в России и в СССР / под ред. А.Г. Вишневого. М.: Статистика, 1977. С. 62–82.
116. *Скибневский А.И.* Обращаемость фабричного населения Московской губернии в лечебные заведения в 1901–1903 гг. М.: Издание Московского губернского земства, 1907. 98 с.
117. *Скороходов Л.Я.* Краткий очерк истории русской медицины. Л.: «Практическая медицина», 1926. 262 с.
118. *Скрыдлов А.Ю.* Изучение медицинской статистики в пореформенной России: историко-научный обзор // Социология науки и технологий. 2022. №2. С. 50–67.

119. *Смирнова Е.М.* Фабричная медицина России в XIX – начале XX века // Манускрипт. 2016. №4–1 (66). С. 165–170.
120. *Смирнова Е.М.* Частная врачебная практика в России (XVIII – начало XX вв.) // Новый исторический вестник. 2014. №41. С. 44–62.
121. *Соколов Н.Д.* Промысловые занятия населения Московской губернии и его обращаемость в лечебницы. М., 1909. 134 с.
122. *Соловьев З.П.* Строительство советского здравоохранения. М.: Медгиз, 1932. 336 с.
123. *Сосновская И.А.* Развитие системы здравоохранения в Орловской губернии во второй половине XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Орел, 2013. 327 с.
124. Список больниц Гражданского ведомства в Российской империи. Спб.: Тип. М-ва вн. дел, 1907. 98 с.
125. *Страшун И.Д.* Русская общественная медицина в период между двумя революциями. 1907 – 1917 гг. М.: Медицина, 1964. 206 с.
126. *Тезяков Н.И.* Заболеваемость населения Воронежской губернии в 1898 г.: Общ. очерк по карточ. материалу. Воронеж: Воронеж. губ. земство, 1900. 350 с.
127. *Темкина А.А.* Медикализация репродукции и родов: борьба за контроль // Журнал исследований социальной политики. 2014. Т. 12. № 3 С. 321-336.
128. *Туманова А.С.* Пироговские съезды врачей о «недугах» социального развития России начала XX века // Медицина в годы войны и мира. СПб.: Нестор-История, 2011. С. 330–341.
129. *Ульянова Г.Н.* Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века / Под ред. акад. А.Н. Яковлева. М.: Новый хронограф, 2002. С. 624–651.

130. *Френкель З.Г.* Очерки земского врачебно-санитарного дела. СПб.: «Слово», 1913. 238 с.
131. *Фуко М.* История безумия в классическую эпоху. СПб.: Университетская книга, 2010. 698 с.
132. *Фуко М.* Рождение клиники. М.: Смысл, 1998. 310 с.
133. *Ханыков Я.В.* Очерк истории медицинской полиции в России. СПб.: Тип. МВД, 1851. 114 с.
134. *Черноухов Д.Э.* Земская медицина Пермской губернии в последней трети XIX – начале XX вв.: дис. ... канд. ист. наук. Екатеринбург, 2020. 254 с.
135. *Чертов А.А.* Городская медицина в Европейской России. Сборник сведений об устройстве врачебно-санитарной части в городах. М.: Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1903. XIV, 272 с.
136. *Шингарев А.И.* Вымирающая деревня: Опыт санитарно-экономического исследования двух селений Воронежского уезда. СПб.: «Общественная польза», 1907. 223 с.
137. *Шингарев А.И.* Заболеваемость населения Воронежской губернии 1898–1902 гг. Т. I. Ч. 1. Общий очерк заболеваемости: по карточной регистрации врачебных амбулаторий. Воронеж: Воронежское губ. земство, 1906. 474 с.
138. *Эрисман Ф.Ф.* Краткий учебник по гигиене. М.: Издание А.А. Карцева, 1898. 525 с.
139. *Янсон Ю.Э.* Теория статистики. СПб.: Тип. Альтшулера, 1907. 615 с.
140. *Albarracín D., Fayaz-Farkhad B., Granados Samayoa J. A.* Determinants of behaviour and their efficacy as targets of behavioural change interventions // *Nature Reviews Psychology*. 2024. № 3. P. 377–392.

141. *Adamson J., Ben-Shlomo Y., Chaturvedib N., Donovan J.* Ethnicity, socio-economic position and gender—do they affect reported health-care seeking behaviour? // *Social Science & Medicine*. 2003. №57. P. 895–904.
142. *Agyemang S., Asibey B.O.* Effect of education on health care utilization in rural Ghana: the case of selected communities in the Bekwai municipality // *KNUST Journal of Geography and Development*. 2018. № 2 (1). P. 114–127.
143. *Ahmed S.M., Adams A.M., Chowdhurya M., Bhuiya A.* Gender, socioeconomic development and health-seeking behaviour in Bangladesh // *Social Science & Medicine*. 2000. №51. P. 361–371.
144. *Andersen, R.M.* Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? // *Journal of Health and Social Behavior*. 1995. 36(1), 1. P. 1–10.
145. *Ben-Shlomo Y., Chaturvedi, N.* Assessing equity in access to health care provision in the UK: Does where you live affect your chances of getting a CABG? *Journal of Epidemiology & Community Health*. 1995. №49. P. 200–204.
146. *Bolam A., Manandhar D.S., Shrestha P., Elis M., Malla K., Costello A.M.* Factors affecting home delivery in the Kathmandu Valley, Nepal // *Health Policy and Planning*. 1998. № 13 (2). P. 152–158.
147. *Bowling A.* *Research Methods in Health: Investigating Health and Services*. Buckingham: Open University Press, 1997. 431 p.
148. *Carr-Hill R., Rice N., Roland M.* Socioeconomic determinants of rates of consultation in general practice based on fourth national morbidity survey of general practices // *British Medical Journal*. 1996. №312. P. 1008–1013.
149. *Ben-Shlomo Y., Adamson J., Donovan J., Chaturvedi N.* Are poorer individuals less likely to seek health care with chest pain? // *British Medical Journal Rapid Response*. 2002.

150. *Carmichael A.G.* Plague and the Poor in Renaissance Florence. Cambridge: Cambridge University Press, 1986. 198 p.
151. *Charon R.* Narrative Medicine: Honoring the Stories of Illness. N.Y.: Oxford University Press, 2008. 304 p.
152. *Conrad P.* The Discovery of Hyperkinesis: Notes on the Medicalization of Deviant Behavior // *Social Problems*. 1975. V. 23 (1). P. 12–21.
153. *Conrad P., Schneider J.W.* Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992. 348 p.
154. *Davis-Floyd R.* Birth as an American Rite of Passage. Berkeley: University of California Press, 1992. 442 p.
155. *Davis-Floyd R.* The Technocratic Body and the Organic Body: Hegemony and Heresy in Women's Birth Choices // C. Sargent, C. B. Brettell (eds.) *Gender and Health. An International Perspective*. New Jersey: Prentice Hall, 1996.
156. *Feudtner C.* Bittersweet: Diabetes, Insulin, and the Transformation of Illness. Chapel-Hill, N. C.: University of North Carolina Press, 2003. 320 p.
157. *Fox B., Worts D.* Revisiting the Critique of Medicalized Childbirth: A Contribution to the Sociology of Birth // *Gender & Society*. 1999. 13 (3). P. 326–346.
158. *Frieden N.M.* Russian Physicians in an Era of Reform and Revolution, 1856–1905. Princeton: Princeton University Press, 1982. 398 p.
159. *Henze C.* Disease, health care and government in late imperial Russia: Life and death on the Volga, 1823–1914. London: Routledge, 2011. 248 p.

160. *Hutchinson J.F.* Politics and public health in Revolutionary Russia, 1890–1918. Baltimore; London: The John Hopkins University Press, 1990. 253 p.
161. *Illich I.* Medical Nemesis: The Expropriation of Health. New York: Pantheon Books, 1976. 294 p.
162. *Jewson N.D.* The Disappearance of the Sick-man from Medical Cosmology, 1770–1870 // *Sociology*. 1976. Vol. 10 (2).
163. *Lock M.* Encounters with Aging: Mythologies of Menopause in Japan and North America. Berkeley: University of California Press, 1993. P. 622–633.
164. *MacKian S.* A Review of Health Seeking Behaviour: Problems and Prospects. Internal Concept Paper Health Systems Development Program. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, University of London, 2003. 27 p.
165. *Nuzulul P., Laksono A.D., Rohmah N.* Predictors of national health insurance membership among the poor with different education levels in Indonesia // *BMC Public Health*. 2023. № 23 (1).
166. *Payer L.* Disease-mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. New York: John Wiley and Sons, 1992. 304 p.
167. *Porter R.* A Social History of Madness: The World Through the Eyes of the Insane N. Y.: Widenfeld & Nicolson, 1987. 261 p.
168. Predicting Health Behaviour: Research and Practice with Social Cognition Models / ed. by M. Conner, P. Norman. Open University Press, 2005. 385 p.
169. *Ranger T., Slack P. (eds).* Epidemics and Ideas: Essays on the Historical Perception of Pestilence. Cambridge: Cambridge University Press, 1992. 346 p.
170. *Riessman C.* Women and medicalization: A New Perspective // *Social Policy*. 1983. 14 (1). P. 3–18.

171. *Rothman S.M.* Living in the Shadow of Death: Tuberculosis and the Social Experience of Illness in American History. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1995. 319 p.
172. *Szasz T.* The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays. Syracuse, New York: Syracuse University Press, 2007. 232 p.
173. *Wüthrich-Grossenbacher U., Midzi N., Mutsaka-Makuvaza M.J. et al.* Religious and traditional beliefs and practices as predictors of mental and physical health outcomes and the role of religious affiliation in health outcomes and risk taking // BMC Public Health. 2023. № 23 (2170). DOI: 10.1186/s12889-023-17030-7.
174. *Zola I.K.* Medicine as an Institute of Social Control // Sociological Review. New Series. 1972. V. 20 (4). P. 487–504.
175. *Zola I.K.* Pathways to the doctor – from person to patient // Social Science & Medicine. 1973. 7 (9). P. 677–689.

Приложения

Приложение 1

Таблица общей обращаемости за медицинской помощью в Европейской России в 1902–1913 гг.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., 1904–1915.

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Архангельская	376,39	381,99	394,17	410,09	499,44	565,87	585,60	637,30	626,23	637,27	693,42	762,09
Астраханская	184,05	207,47	235,81	232,43	257,14	263,12	263,86	257,80	250,76	249,22	282,31	310,75
Виленская	118,15	166,52	143,21	167,77	171,54	160,70	143,58	164,13	182,29	187,44	207,07	216,68
Витебская	277,12	334,21	295,77	358,65	430,44	425,61	440,71	470,18	505,16	455,53	438,16	514,53
Волынская	235,24	246,36	234,12	226,75	319,95	336,83	402,33	411,79	424,70	399,20	390,96	445,89
Гродненская	187,15	220,84	230,57	190,90	193,81	200,17	213,96	210,92	207,01	221,61	237,13	241,40
Киевская	323,72	341,47	342,57	304,82	359,70	391,17	453,05	477,56	519,10	515,07	525,52	605,91
Ковенская	135,36	137,29	119,48	124,00	152,90	142,50	162,20	167,50	166,49	186,45	201,62	205,84
Минская	339,43	334,22	319,37	400,77	480,94	499,93	524,66	512,22	507,21	519,32	619,49	638,73
Могилевская	404,37	387,23	380,82	397,87	469,62	498,67	556,83	553,91	511,65	624,07	686,46	720,93
Оренбургская	185,33	151,80	128,22	132,82	201,76	241,54	231,18	274,05	294,74	312,94	345,43	322,24
Подольская	296,16	316,56	325,26	330,58	421,83	440,26	431,29	487,25	512,54	476,25	450,36	463,63
Варшавская	218,40	226,82	270,00	211,09	223,84	292,03	362,00	321,39	336,66	345,62	380,99	265,74
Калишская	38,17	37,34	37,26	36,31	35,79	36,05	42,24	38,51	39,21	46,64	43,22	43,22
Келецкая	61,63	71,19	67,18	75,87	63,18	65,70	71,36	67,60	69,78	82,44	81,98	81,98
Ломжинская	40,64	55,98	48,81	44,84	40,36	39,78	70,95	64,81	73,50	75,24	73,55	64,97
Люблинская	64,95	57,75	67,60	83,49	76,18	82,07	76,73	76,36	100,22	92,66	87,79	113,75
Петроковская	152,87	153,78	143,21	137,14	156,12	203,33	215,38	220,64	217,59	228,00	225,52	280,10
Плоцкая	137,59	155,13	132,92	147,22	167,37	157,39	152,12	145,63	167,02	179,31	161,55	140,17
Радомская	40,11	46,86	43,92	43,04	56,86	56,88	46,66	65,88	59,84	62,00	64,47	62,69
Сувальская	25,46	33,12	36,54	3,65	22,81	35,49	54,90	47,84	61,45	62,05	84,13	78,12
Седлецкая	80,10	75,29	78,26	85,25	80,19	76,86	78,96	94,02	97,16	121,87	118,09	88,78

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Курляндская	248,77	269,78	234,13	197,37	230,42	257,18	258,58	268,78	273,28	289,06	293,18	291,12
Лифляндская	238,49	285,12	259,54	229,66	298,64	366,19	393,76	382,12	371,24	402,94	395,90	407,22
Эстляндская	159,74	184,85	185,77	169,34	198,30	288,98	258,29	309,56	311,53	334,33	378,13	410,03
Бессарабская	429,97	439,41	402,87	421,13	474,18	498,48	526,19	595,32	670,97	625,36	553,18	636,04
Владимирская	528,95	586,18	625,38	618,08	672,99	718,74	730,36	885,83	901,96	951,58	957,09	946,34
Вологодская	497,83	527,03	550,59	530,40	579,58	553,61	607,91	624,44	731,28	758,17	775,81	794,02
Воронежская	481,57	482,53	482,28	446,32	462,15	453,75	489,31	506,71	518,76	529,10	568,33	605,01
Вятская	525,07	754,13	582,12	590,87	669,38	640,71	677,67	763,19	771,75	748,72	783,20	787,09
Екатеринославская	513,48	674,60	666,90	609,05	699,64	731,60	860,82	834,55	774,97	735,37	876,22	913,51
Казанская	439,03	453,97	424,60	428,92	470,09	494,72	495,83	522,23	539,46	531,25	546,81	549,31
Калужская	185,41	379,81	386,43	359,16	434,18	449,18	432,87	425,14	479,01	441,71	492,11	515,29
Костромская	598,99	660,06	633,88	661,70	772,79	792,55	827,00	840,40	892,29	859,37	896,57	913,24
Курская	364,17	462,40	466,35	406,30	506,91	534,97	594,77	590,51	594,51	602,34	616,52	634,08
Московская	804,73	901,29	796,18	940,65	892,57	1087,09	1200,20	1356,18	1284,02	1219,82	1260,40	1268,00
Нижегородская	471,47	551,99	572,34	630,37	659,51	623,61	646,92	654,09	654,88	679,43	695,83	699,73
Новгородская	333,66	428,56	416,88	412,24	510,01	502,56	436,49	566,28	613,05	674,76	697,31	679,58
Олонецкая	690,84	742,32	659,22	669,49	865,51	897,06	899,55	877,80	1024,44	1029,80	1077,36	1091,54
Орловская	443,00	465,63	486,00	500,99	517,59	517,46	538,56	550,50	544,94	511,67	548,33	505,20
Пензенская	465,20	501,22	372,43	403,34	405,12	352,02	498,14	472,00	531,61	529,80	581,65	575,13
Пермская	299,70	514,57	530,98	531,23	654,82	652,04	676,46	707,83	709,35	743,46	787,40	820,29
Полтавская	581,26	622,51	655,60	619,07	739,20	750,20	799,04	799,23	782,16	724,13	770,95	737,32
Псковская	391,87	446,01	428,33	423,18	454,85	467,71	542,56	541,36	569,82	563,20	608,37	634,05
Рязанская	396,52	450,55	370,62	404,19	433,27	425,63	429,36	476,13	464,10	462,12	460,16	466,01
Самарская	446,57	555,87	455,13	454,97	470,31	451,40	625,40	641,15	673,96	666,47	671,60	653,66
С.-Петербургская	883,08	449,89	579,04	601,26	790,22	707,08	768,69	758,45	857,72	791,88	929,94	822,48
Саратовская	709,60	700,86	636,54	593,58	601,01	670,74	705,59	667,50	687,08	689,08	671,93	697,38
Симбирская	609,93	661,97	652,96	609,15	647,80	608,54	640,85	648,28	644,98	658,16	709,88	722,47
Смоленская	329,02	369,68	367,24	431,98	454,45	472,32	487,81	532,89	568,88	561,58	555,69	575,54
Таврическая	721,50	671,47	673,37	687,54	769,51	771,11	773,68	833,96	811,46	809,78	808,82	883,93
Тамбовская	536,60	561,22	563,93	574,30	633,90	605,11	619,97	607,83	616,73	622,64	612,45	642,29

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Тверская	378,02	417,21	438,79	443,05	481,91	457,15	482,94	606,79	584,39	600,61	599,05	610,34
Тульская	398,37	455,31	447,05	463,60	457,58	434,58	457,77	487,13	491,44	502,72	527,97	544,73
Уфимская	347,97	379,56	377,60	358,85	419,34	424,50	422,67	438,56	466,96	457,54	447,82	463,07
Харьковская	608,32	603,30	613,35	635,15	685,88	677,73	721,46	816,30	840,94	785,52	965,25	912,02
Херсонская	667,54	668,42	641,76	645,05	702,39	666,06	660,83	725,16	780,80	816,26	827,93	873,16
Черниговская	635,13	629,18	637,37	592,38	697,17	705,71	793,86	801,42	851,85	783,89	766,76	762,19
Ярославская	448,91	449,68	457,09	510,07	592,93	600,32	594,80	654,84	762,26	743,85	803,35	840,57
область войска Донского	368,89	375,07	351,46	361,12	376,28	403,80	409,06	465,90	460,39	479,47	503,23	506,16

Приложение 2

Таблица обращаемости населения за медицинской помощью в городах Европейской России в 1902–1913 гг.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр.

гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Архангельская	1093,38	1077,93	1037,62	1119,86	1413,01	1660,00	1810,60	2040,87	1477,74	1304,07	1445,67	1515,51
Астраханская	597,58	506,55	542,78	564,10	639,20	707,72	522,40	458,74	495,49	535,98	642,90	762,81
Виленская	225,92	468,35	358,51	427,30	399,61	353,43	280,64	414,37	376,36	301,79	383,37	349,53
Витебская	560,88	393,87	364,14	673,19	588,13	684,75	872,42	504,66	607,66	546,72	288,30	474,14
Волынская	405,19	399,52	347,84	352,65	670,05	647,02	789,79	814,00	820,20	862,47	877,03	999,37
Гродненская	361,82	631,39	438,41	366,80	347,51	388,54	435,08	418,66	395,78	413,37	421,48	359,02
Киевская	414,35	494,51	411,42	371,68	529,45	785,82	1118,79	1030,71	1012,14	1030,92	1252,30	1112,54
Ковенская	327,18	315,47	252,08	189,97	451,02	275,48	294,49	350,62	390,45	389,63	444,75	424,12
Минская	449,29	383,48	346,63	440,62	780,10	886,26	905,55	1207,93	839,31	969,90	1149,78	1196,42
Могилевская	724,00	289,25	525,63	548,62	627,31	597,29	664,90	619,83	577,28	888,97	821,43	908,58
Оренбургская	473,78	374,55	275,04	252,90	324,02	470,08	509,74	626,43	715,47	623,31	534,42	473,15
Подольская	323,44	328,96	319,92	468,23	1066,64	1203,57	1182,46	1092,21	1176,53	1107,47	1154,10	1083,01
Варшавская	471,14	506,51	650,01	442,34	540,42	685,45	918,43	825,89	888,71	868,43	888,48	656,85
Калишская	393,04	204,26	201,74	86,94	168,28	163,69	157,77	162,34	159,03	202,25	213,70	
Келецкая	343,60	432,63	460,76	452,64	405,72	395,11	404,99	450,92	283,47	303,96	286,90	
Ломжинская	203,58	199,31	168,62	196,55	205,77	194,63	335,45	309,31	316,28	319,52	361,13	238,55
Люблинская	272,80	203,60	226,89	280,43	270,93	299,73	339,24	339,56	452,17	257,70	301,00	548,31
Петроковская	254,74	245,38	241,80	183,87	338,77	402,36	372,00	362,72	392,55	367,04	393,27	348,50
Плоцкая	272,48	550,44	432,09	393,89	286,47	323,28	309,87	378,04	407,89	451,76	429,63	391,57
Радомская	234,55	281,13	260,49	208,94	302,53	251,54	243,65	335,67	214,97	309,08	249,74	238,24
Сувальская	136,57	199,24	209,91	214,96	126,62	138,55	253,13	210,79	250,57	252,15	331,50	320,26
Седлецкая	241,21	303,47	295,71	314,06	337,27	291,47	360,14	377,69	428,62	567,62	552,26	341,45
Курляндская	689,33	583,45	574,54	495,04	550,73	630,73	543,38	584,15	584,62	665,44	658,09	652,95
Лифляндская	469,30	735,83	653,14	596,93	791,80	1033,51	1122,36	1060,28	907,15	956,05	926,77	951,50

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Эстляндская	689,97	614,38	669,59	604,99	590,67	857,92	683,45	859,57	895,55	1064,75	1302,68	1306,90
Бессарабская	415,97	405,01	502,85	474,80	700,87	735,23	871,28	775,31	833,94	963,06	988,93	1154,16
Владимирская	2173,93	1253,81	1262,53	1282,33	836,61	931,31	888,05	874,32	1020,02	1109,26	1166,55	1109,51
Вологодская	533,60	2327,08	2729,12	2322,12	2269,83	2563,34	2792,46	2916,51	3222,93	2704,19	3154,30	3078,79
Воронежская	1474,52	1394,99	1414,38	1254,71	1046,74	1278,85	1276,83	1204,45	1283,28	1005,89	1146,02	953,58
Вятская	1983,11	2215,74	2092,59	2116,52	2130,78	1987,88	1996,62	2406,92	2090,30	3115,14	2514,83	2043,08
Екатеринославская	996,82	1431,55	1037,45	1043,17	1028,64	992,85	1451,80	1237,63	1217,76	1153,42	1206,41	1194,90
Казанская	984,91	1105,14	1005,98	921,98	1052,08	1209,82	1232,13	1196,35	1246,33	1225,02	1306,95	1308,38
Калужская	883,79	1039,62	1123,90	1142,22	1447,73	1417,91	1415,49	1354,84	1366,77	1241,29	1367,02	1471,22
Костромская	1748,21	2201,49	2445,76	2351,99	2550,32	2994,60	3152,72	3073,81	3103,02	3095,74	3685,37	3055,66
Курская	226,06	401,27	510,64	963,71	1060,97	408,46	1002,43	695,35	521,12	849,50	1100,99	983,55
Московская	955,10	1014,20	946,69	1061,28	1070,80	1188,06	1232,29	1368,24	1350,48	1225,81	1336,19	1256,01
Нижегородская	1181,29	1141,74	1199,80	2481,45	2310,81	2257,58	2322,68	2040,77	1985,12	2163,53	1982,41	2121,07
Новгородская	1116,88	1570,31	2081,72	1831,38	2244,34	2326,04	2220,85	2583,94	2469,71	2925,89	2355,93	2909,25
Олонецкая	1754,81	2251,81	1926,22	2066,03	2312,93	1901,74	2609,00	2577,59	2720,87	2540,22	2450,29	2206,82
Орловская	1239,42	1214,33	1298,07	1322,71	1495,80	1509,90	1444,28	1545,25	1539,59	1478,32	1572,50	1497,65
Пензенская	1897,77	2114,37	1818,53	2068,85	2324,85	1959,52	2198,72	1946,98	2129,95	2488,70	2582,09	2216,45
Пермская	334,05	654,47	968,31	975,38	1247,65	1519,59	1520,51	1768,65	2120,01	2311,24	2553,34	2823,64
Полтавская	896,14	928,27	747,81	725,90	982,78	860,30	796,41	767,95	686,07	706,64	768,25	825,24
Псковская	571,27	2339,53	1268,72	1251,29	1208,19	1180,33	1738,79	1724,45	1858,52	1796,30	2437,61	2615,45
Рязанская	1300,94	1462,96	1735,68	1473,68	1605,25	2197,01	2030,74	2147,84	2360,39	2286,75	2487,08	2552,42
Самарская	1402,80	2115,06	1834,79	1374,86	1075,07	1610,25	3116,39	2432,59	2212,80	2635,39	2356,56	2787,25
С.-Петербургская	958,19	250,05	439,75	536,47	769,53	643,28	687,76	657,10	777,37	733,46	768,74	809,75
Саратовская	1436,61	1382,87	1261,69	1309,19	1095,06	1487,02	1474,87	1409,51	1390,64	1283,86	1366,27	1385,96
Симбирская	789,96	869,65	929,90	1141,04	1300,25	1304,08	1881,71	1605,12	1447,65	1005,60	1429,17	940,47
Смоленская	740,44	893,29	780,70	971,25	1097,00	582,68	795,20	633,24	570,62	752,81	891,51	1078,12
Таврическая	820,71	792,94	833,89	887,59	1003,49	962,71	750,38	947,80	870,40	1004,48	1123,23	1097,37
Тамбовская	1473,26	1685,72	1646,56	1553,68	2035,95	1800,19	1739,16	1714,36	1733,58	1730,26	1679,26	1744,64
Тверская	1262,00	1589,38	1701,93	1967,14	1754,59	1996,20	1987,63	2325,97	2035,23	2092,06	2396,43	2522,11
Тульская	1279,56	1522,75	1561,60	1659,02	1601,26	1682,68	1820,68	1692,55	1621,84	1728,55	1896,20	1711,28
Уфимская	1041,95	1464,37	836,90	899,75	971,96	945,14	1022,52	1110,86	929,28	1206,89	916,12	1066,13

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Харьковская	923,32	907,55	1024,46	1140,32	1162,96	788,41	1160,36	1168,85	1202,44	1117,11	1554,99	1665,31
Херсонская	956,21	1038,55	948,46	1000,90	1121,94	1131,12	1027,25	1072,73	1164,74	1191,41	1325,38	1243,60
Черниговская	1191,40	1040,26	1121,88	1130,69	1249,26	1094,33	1193,94	1347,33	1312,91	1368,24	1326,67	1249,59
Ярославская	877,94	1015,37	1205,61	1377,45	1624,74	1610,36	1631,97	1559,60	2084,36	1956,78	2038,34	2286,58
область войска Донского	1197,71	1307,41	1049,07	1010,21	1075,49	813,11	812,82	1160,83	1093,23	1087,32	1136,77	1207,87

Приложение 3

Таблица обращаемости населения за медицинской помощью в уездах Европейской России в 1902–1913 гг.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр.

гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Архангельская	307,79	316,02	333,89	342,54	414,28	464,26	472,70	509,67	519,07	550,99	592,48	657,28
Астраханская	107,96	152,44	179,33	180,60	197,61	193,99	223,04	225,70	212,38	204,07	222,98	233,51
Виленская	104,04	126,61	114,51	131,51	141,39	135,34	125,60	130,56	156,39	167,76	176,85	193,84
Витебская	230,81	324,46	284,60	307,35	404,80	372,25	371,22	462,63	482,67	435,70	470,96	523,37
Волынская	218,45	231,52	223,28	213,63	284,77	305,27	361,87	373,49	386,40	355,61	345,25	393,53
Гродненская	154,62	155,75	197,25	161,40	168,53	168,72	177,25	176,79	175,00	188,14	204,08	219,22
Киевская	308,18	315,41	330,85	293,59	330,87	314,60	321,85	368,36	418,65	403,14	359,44	486,45
Ковенская	117,60	120,80	107,12	117,78	125,99	129,20	149,07	148,81	145,43	166,80	178,03	184,71
Минская	327,47	329,02	316,50	396,33	449,71	461,53	484,87	439,60	474,71	475,46	568,15	585,01
Могилевская	373,66	396,70	366,87	383,25	454,13	487,34	544,45	545,96	503,34	590,56	669,46	695,58
Оренбургская	158,05	130,00	112,84	120,45	188,64	214,33	197,19	226,77	237,05	272,13	317,49	300,06
Подольская	294,16	315,65	325,66	320,33	373,73	382,40	372,43	439,66	460,28	426,55	393,12	412,72
Варшавская	64,65	56,85	50,57	59,11	51,42	63,46	54,08	49,46	47,32	54,02	59,84	
Калишская	10,66	24,52	24,54	29,19	23,57	23,47	30,28	25,97	26,58	29,49	24,39	
Келецкая	49,20	53,54	48,58	58,24	45,83	48,98	54,49	47,99	52,48	64,06	64,01	
Ломжинская	20,53	38,42	33,75	21,88	18,89	18,95	33,07	32,20	41,06	44,74	35,62	38,99
Люблинская	41,43	41,45	49,71	56,73	53,48	54,47	43,59	44,26	56,83	72,08	60,53	55,12
Петроковская	112,51	116,31	103,01	109,60	82,27	121,24	141,57	151,91	134,64	167,08	152,03	234,21
Плоцкая	120,06	104,44	94,08	108,64	150,12	135,33	131,10	114,81	134,83	142,92	126,08	106,45
Радомская	25,69	30,27	27,73	25,15	36,25	40,88	30,40	43,24	46,92	40,92	48,20	47,09
Сувальская	13,14	15,56	19,23	18,42	11,63	21,59	32,08	30,21	38,89	39,17	55,73	50,13
Седлецкая	62,95	50,76	54,51	58,43	51,97	53,07	47,43	61,23	58,54	70,03	65,31	59,45
Курляндская	115,20	174,13	129,93	105,81	126,03	138,95	167,86	165,10	164,49	162,73	167,09	160,65
Лифляндская	154,85	121,70	116,52	96,09	118,76	122,50	127,46	134,33	141,43	165,43	167,30	172,14

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Эстляндская	42,70	90,34	79,31	73,33	111,51	163,14	164,41	188,27	182,67	173,68	175,29	179,80
Бессарабская	432,45	445,35	388,93	413,39	443,87	467,20	481,07	567,51	646,09	582,41	496,76	569,32
Владимирская	446,70	531,61	572,69	564,27	648,79	687,89	707,27	887,62	883,00	920,66	916,33	914,65
Вологодская	496,14	444,63	451,72	449,95	503,71	462,77	510,32	522,05	620,34	667,34	671,00	692,12
Воронежская	438,52	442,97	441,88	409,78	435,66	417,72	454,93	475,16	482,40	506,53	541,03	588,58
Вятская	482,53	505,73	537,61	543,11	623,97	597,95	632,84	706,68	723,82	659,71	716,39	733,62
Екатеринославская	446,00	565,64	608,51	535,90	642,73	689,73	766,56	761,22	701,65	662,78	819,62	865,85
Казанская	385,59	388,35	366,41	377,55	410,46	421,46	422,18	453,89	467,99	459,93	469,82	473,13
Калужская	289,78	329,08	330,53	300,28	358,95	378,13	363,96	359,38	414,91	384,87	431,00	448,56
Костромская	527,71	564,90	522,79	559,06	665,22	659,70	688,05	707,90	761,93	728,58	734,40	786,24
Курская	376,08	467,59	462,66	363,77	464,40	546,53	557,47	580,86	601,22	579,91	572,84	602,71
Московская	682,92	732,37	668,22	831,01	724,27	991,94	1168,99	1344,40	1218,10	1213,81	1180,48	1280,90
Нижегородская	418,78	506,54	526,30	488,99	531,59	498,12	516,44	545,78	550,26	563,14	594,26	589,38
Новгородская	279,33	340,04	315,02	319,18	394,52	392,72	319,73	435,37	493,78	530,96	591,96	552,56
Олонецкая	612,41	630,78	566,48	566,77	760,00	819,16	766,77	752,36	895,30	915,09	961,92	997,14
Орловская	346,91	376,59	387,44	392,58	396,71	391,48	425,35	426,91	419,22	390,63	421,18	376,88
Пензенская	346,63	366,91	249,91	256,11	239,75	210,19	347,96	336,86	383,04	346,81	401,22	429,23
Пермская	297,67	506,44	505,90	506,84	622,01	604,66	625,26	643,97	625,46	651,31	684,37	706,20
Полтавская	550,64	593,43	646,68	608,69	717,00	738,66	799,35	802,76	794,16	726,27	771,28	726,27
Псковская	377,71	318,90	372,24	368,09	396,60	413,20	450,76	451,22	472,36	471,44	492,19	509,27
Рязанская	339,55	387,15	285,77	338,05	361,37	317,89	332,62	375,90	350,87	355,03	342,42	345,50
Самарская	388,83	464,51	375,70	403,04	438,12	390,35	495,03	549,13	595,88	567,55	587,44	547,98
С.-Петербургская	750,08	817,53	927,63	737,96	833,15	859,59	968,10	997,95	1048,18	936,50	1402,04	850,41
Саратовская	590,79	579,16	525,46	465,38	509,89	517,76	565,84	530,01	554,52	573,74	534,09	554,87
Симбирская	596,42	646,11	631,11	567,61	598,42	552,38	540,49	569,02	577,38	626,63	643,62	702,23
Смоленская	289,76	319,38	327,47	379,03	392,39	461,66	455,57	522,25	568,69	541,68	520,06	522,92
Таврическая	698,58	643,54	635,03	642,59	716,80	729,13	778,83	807,41	796,87	763,86	739,07	830,08
Тамбовская	467,47	479,32	484,41	503,18	532,60	518,22	537,86	526,92	529,70	536,66	529,77	555,29
Тверская	305,09	321,67	335,83	319,84	378,40	330,66	365,23	473,11	471,42	479,84	460,75	464,27
Тульская	298,84	334,74	322,31	330,89	329,05	294,31	306,09	353,44	361,75	362,09	371,04	409,18

Губерния	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912	1913
Уфимская	311,19	321,20	352,70	329,52	388,48	394,62	387,43	397,85	438,43	410,02	418,02	424,84
Харьковская	565,85	562,16	558,32	566,24	621,11	661,80	658,00	765,04	785,23	736,45	878,92	802,14
Херсонская	552,95	546,37	542,81	532,47	573,82	520,64	543,20	610,63	656,06	694,59	665,09	743,57
Черниговская	582,92	589,99	591,79	541,18	642,87	662,38	748,73	745,55	803,77	722,72	708,32	711,41
Ярославская	388,37	346,28	351,07	384,35	451,62	451,80	438,94	507,27	545,25	520,69	555,32	579,28
область войска Донского	296,64	293,40	283,02	296,79	302,75	349,98	350,60	375,12	379,68	401,73	421,87	420,87

Приложение 4

Дескриптивная статистика обращаемости населения за медицинской помощью Европейской России в 1902 и 1913 гг.

Рассчитано по: Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России [по годам] / Упр. гл. врач. инспектора МВД. СПб., Петроград, 1904–1915.

1902 г.:

Меры	Все губернии			Земские губернии			Неземские губернии			Остзейские губернии			Привислинские губернии		
	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния
Среднее значение	809	355	411	1026	444	513	556	240	261	440	122	227	352	53	105
Медиана	836	322	399	1164	452	505	449	230	264	689	115	238	263	45	63
Минимальное значение	181	16	31	379	311	317	226	104	118	469	42	159	136	10	25
Максимальное значение	2138	831	834	2131	831	834	1197	373	404	689	154	248	471	120	218
Стандартное отклонение	500,9	196,2	209,5	462,2	128,5	142,6	303,9	90,4	92,4	119,6	49,9	41,5	115,6	36,9	63,1
Коэффициент вариации, %	61,9	55,3	50,9	45,0	28,9	27,8	69,0	37,7	35,3	21,5	40,7	18,2	32,8	68,8	63,1
Стандартная ошибка	64,7	25,3	27,0	79,3	22,0	24,5	84,3	25,1	25,6	69,1	28,8	24,0	36,6	11,7	19,9
Число губерний	60	60	60	34	34	34	13	13	13	3	3	3	10	10	10

1913 г.:

Меры	Все губернии			Земские губернии			Неземские губернии			Остзейские губернии			Привислинские губернии		
	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния	Город	Село	Губерния
Среднее значение	1103	521	604	1354	631	729	821	415	467	916	170	374	425	58	140
Медиана	1133	522	605	1484	588	698	908	408	463	951	172	407	344	55	101
Минимальное значение	238	38	62	809	345	463	349	184	205	652	160	291	238	39	62
Максимальное значение	3078	1280	1268	3078	1280	1268	1515	695	762	1306	179	410	656	234	280
Стандартное отклонение	809,4	274,2	272,0	806,9	196,5	177,9	372,5	168,8	182,2	272,7	7,9	55,6	146,9	68,2	82,3
Коэффициент вариации, %	73,3	52,5	45,0	59,6	31,1	24,4	42,2	40,6	39,0	29,3	4,9	14,9	33,6	116,4	58,6
Стандартная ошибка	106,3	35,9	35,7	138,4	33,7	30,5	103,3	46,8	50,5	157,4	4,5	32,1	51,9	24,1	29,1
Число губерний	60	60	60	34	34	34	13	13	13	3	3	3	8	7	8

Приложение 5

Список врачебных участков Самарского уезда в 1898 году

Врачебный участок	Число жителей	Статус участка	Врачи	Фельдшеры
Кошкинский	27 168	Больница, 25 кроватей, Ф.п.	В.Ф. Байков	4
Зубовский	26 541	Амбулатория	Д.И. Гладышев	2
Кандабалукский	14 277	Амбулатория	Архангельский	2
Елшанский	12 989	Амбулатория	А.Н. Вольтман	2
Елховский	22 497	Амбулатория Ф.п.	И.О. Рачунас	3
Б. Каменский	12 200	Амбулатория	Быстров	2
Красноярский	12 306	Амбулатория	Н.Ф. Фастрицкий	3
Богдановский	21 529	Амбулатория	П.О. Ефремов	2
Алексеевский	20 287	Амбулатория	Л.П. Кудряшев	2
Дубово-Уметский	14 578	Амбулатория	И. П. Троицкий	2
Екатериновский	24 000	Больница, 25 кроватей, Ф.п.	А. Гончаров	4
Студенецкий	14 242	Амбулатория Ф.п.	И.Г. Эпштейн	3
Обшаровский	19 000	П.п., 5 кроватей	Н.В. Фармаковский	2
Спасский	10 395	Больница, 10 кроватей	И.Н. Гуляков	3

Источник: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1898 году / Самарская земская уездная управа, 1899.

Примечание: П.п. – приемный покой; Ф.п. – фельдшерский пункт

Список врачебных участков Самарского уезда в 1913 году

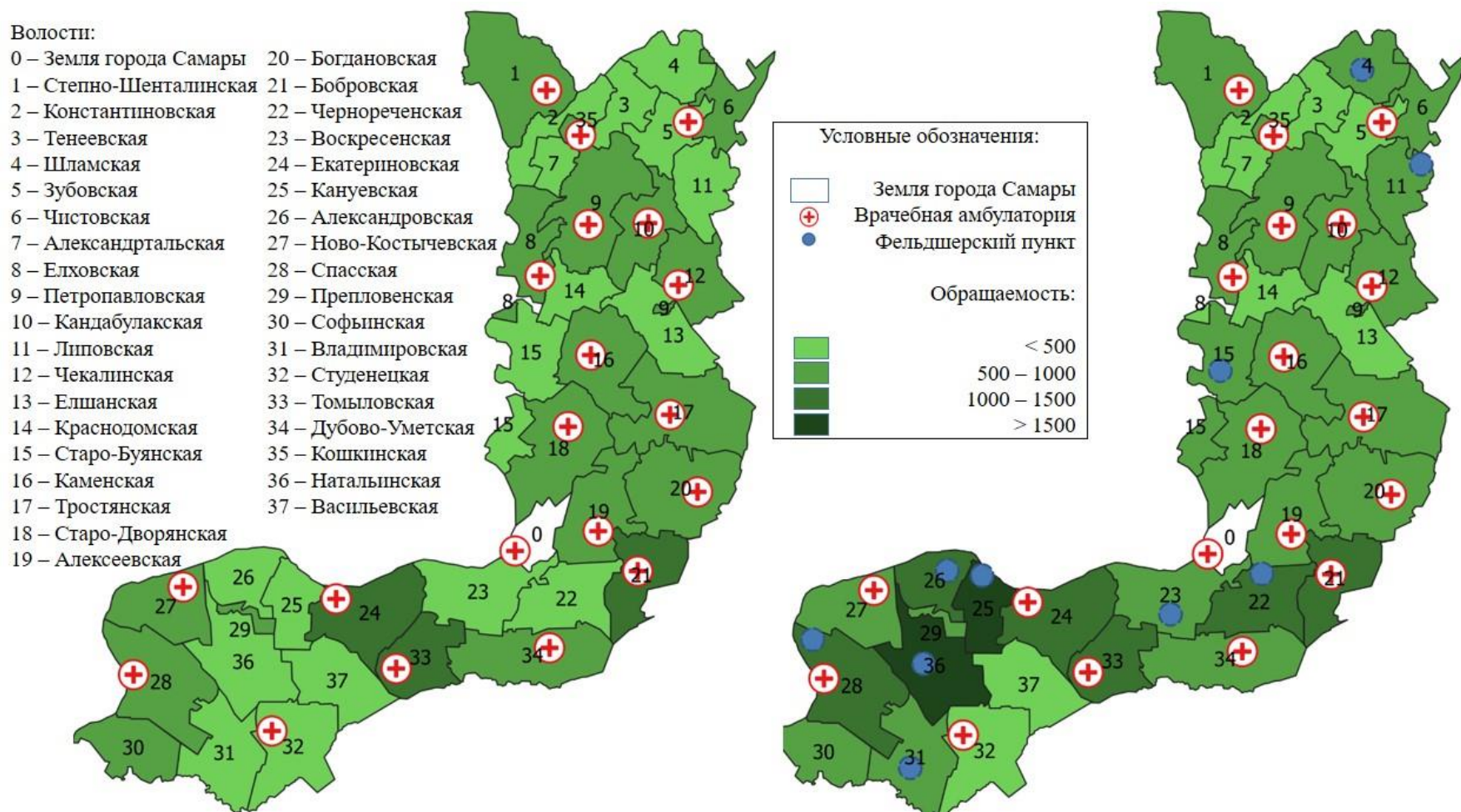
Врачебный участок	Число жителей	Статус участка	Врачи*	Фельдшеры
Кошкинский	19 201	Больница, 25 кроватей	П.В. Лебедев	4
Чистовский	30 028	П.п., 5 кроватей,	Запасной врач	4

		Ф.п.		
Кандабалукский	15 843	П.п., 5 кроватей	А.И. Сунгуров	2
Елшанский	20 060	П.п., 5 кроватей	Л.А. Павловская	2
Елховский	22 148	П.п., 5 кроватей	Н.В. Фармаковский	3
Каменский	20 267	П.п., 5 кроватей, Ф.п.	А.Я. Быстров	3
Красноярский	17 559	П.п., 5 кроватей	Н.П. Чаловский	2
Богдановский	15 157	П.п., 5 кроватей	К.П. Муромцев	2
Алексеевский	14 819	П.п., 5 кроватей	И.П. Троицкий	3
Дубово-Уметский	14 100	П.п., 5 кроватей	М.А. Алфионов	2
Екатериновский	24 095	Больница, 25 кроватей, Ф.п.	Е.И. Соколов	5
Студенецкий	20 249	Амбулатория Ф.п.	Запасной врач	4
Обшаровский	23 515	П.п., 10 кроватей, Ф.п.	Д.А. Гончаров	4
Спасский	14 311	Больница, 10 кроватей, Ф.п.	И.Н. Гуляков	4
Степно-Шенталинский	17 991	П.п. 5 кроватей	Запасной врач	2
Самарский		Амбулатория Ф.п.	Л.П. Кудряшев	3
Томыловский	17 112	Амбулатория	А.И. Воронов	2
Бобровский	13 608	Амбулатория Ф.п.	К.Н. Едрышов	3
Тростянский	13 609	Амбулатория	Н.И. Лещев	2
Петропавловский	16 739	Амбулатория	С.Т. Вельховер	2

Источник: Отчет по обеспечению народного здоровья по Самарскому уезду в 1913 году / Самарская земская уездная управа, 1914.

Примечания: П.п. – приемный покой; Ф.п. – фельдшерский пункт; * – данные приведены за 1912 год.

Картограмма обращаемости за медицинской помощью в Самарской губернии, 1913 г. Картограмма справа – обращаемость во врачебные амбулатории; картограмма слева – обращаемость во врачебные амбулатории и фельдшерские пункты. Оригинал карты – Карта Самарского уезда Самарской губернии. Издание Самарского губернского земства, 1912. URL: http://www.etomesto.ru/map-samara_1912/



Приложение 6

Вариация уровня обращаемости населения за медицинской помощью среди уездов земских губерний, 1898

Рассчитано по: Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1902.

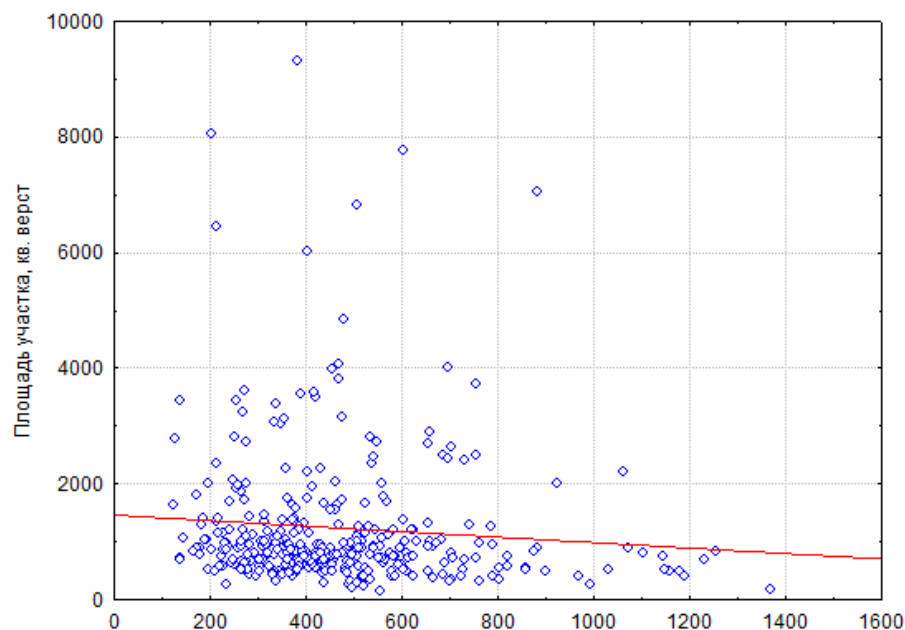
Амбулаторный сектор		Стационарный сектор	
Губерния	Вариация	Губерния	Вариация
Нижегородская	0,19	Пермская	0,26
Смоленская	0,21	Рязанская	0,29
Курская	0,26	Симбирская	0,34
Калужская	0,29	Псковская	0,36
Костромская	0,30	Тамбовская	0,37
Казанская	0,30	Пензенская	0,38
Вятская	0,31	Полтавская	0,39
Тверская	0,33	Тверская	0,42
Харьковская	0,38	Калужская	0,43
Симбирская	0,38	Новгородская	0,43
Полтавская	0,38	Вятская	0,46
Рязанская	0,38	Московская	0,47
Псковская	0,39	Уфимская	0,47
Саратовская	0,39	Самарская	0,47
Олонецкая	0,40	Бессарабская	0,47
Тульская	0,40	Казанская	0,48
Ярославская	0,41	Смоленская	0,50
Новгородская	0,41	Херсонская	0,50
Черниговская	0,41	Курская	0,53
Таврическая	0,42	Орловская	0,53
Самарская	0,45	Тульская	0,54
Херсонская	0,46	Костромская	0,60
Владимирская	0,47	Саратовская	0,60
Пензенская	0,47	Нижегородская	0,64
Пермская	0,48	Черниговская	0,70
Уфимская	0,48	Таврическая	0,71
Тамбовская	0,49	Екатеринославская	0,74
Воронежская	0,51	Ярославская	0,80
Московская	0,53	Харьковская	0,81
Вологодская	0,55	Воронежская	0,81
Санкт-Петербургская	0,56	Олонецкая	0,86
Орловская	0,57	Владимирская	0,93
Екатеринославская	0,59	Вологодская	1,04
Бессарабская	0,66	Санкт-Петербургская	1,11

Приложение 7

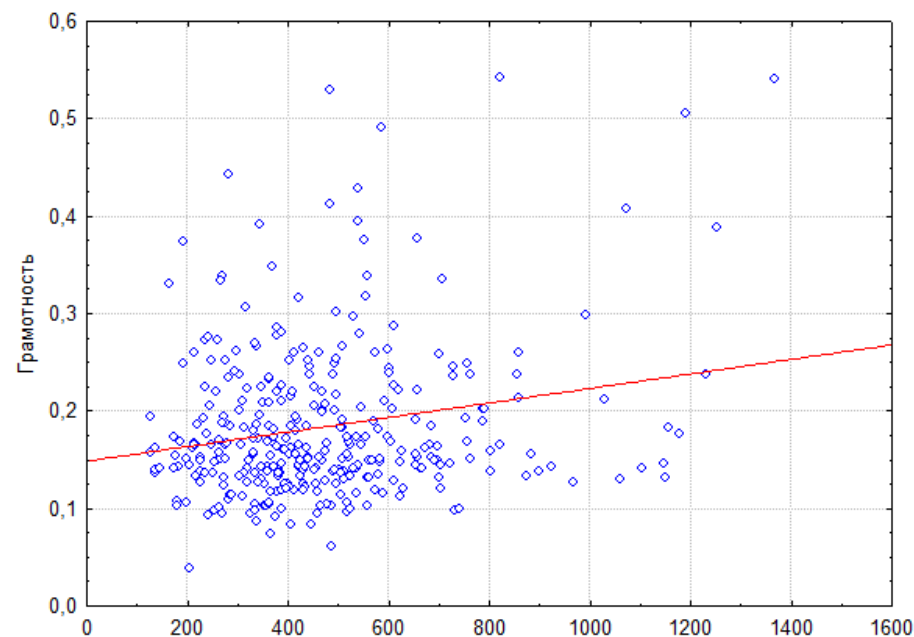
Графическое изображение (диаграммы рассеяния и «ящички с усами») связи отдельных факторов и уровня амбулаторной обращаемости.

Рассчитано по: Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1902.

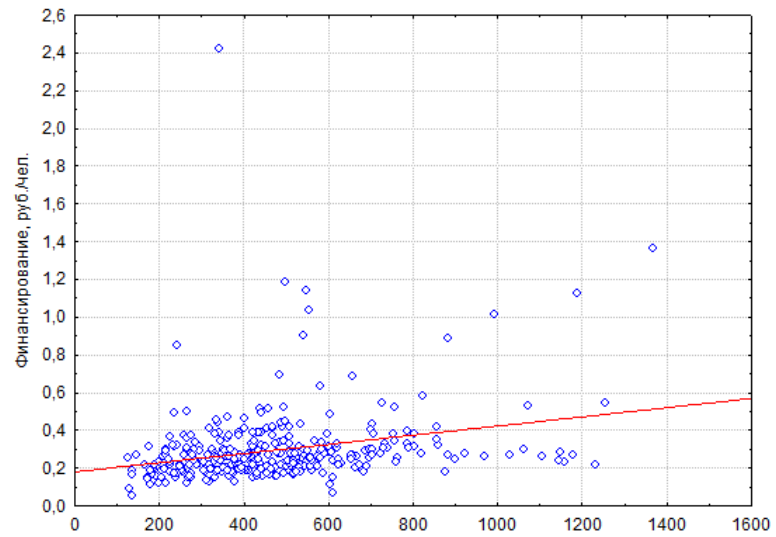
В диаграммах рассеяния: по оси X – уровень амбулаторной обращаемости



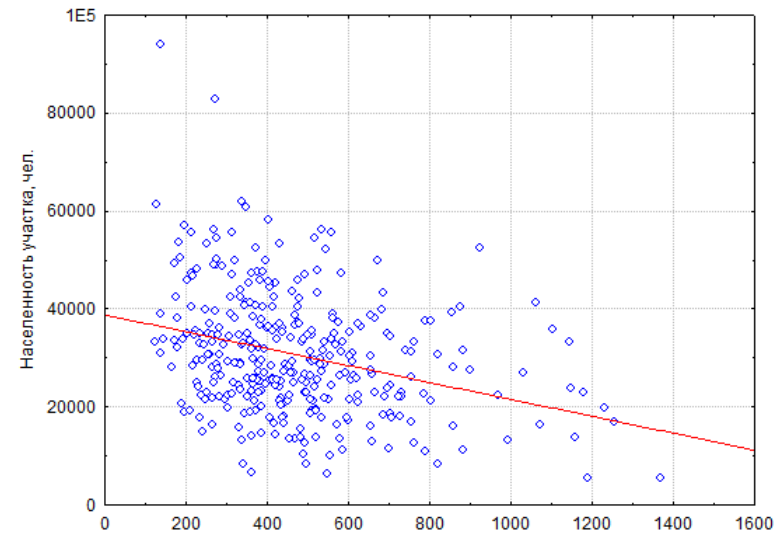
Амбулаторная обращаемость: площадь участка: $r^2 = 0,0072$; $r = -0,0850$; $p = 0,1216$



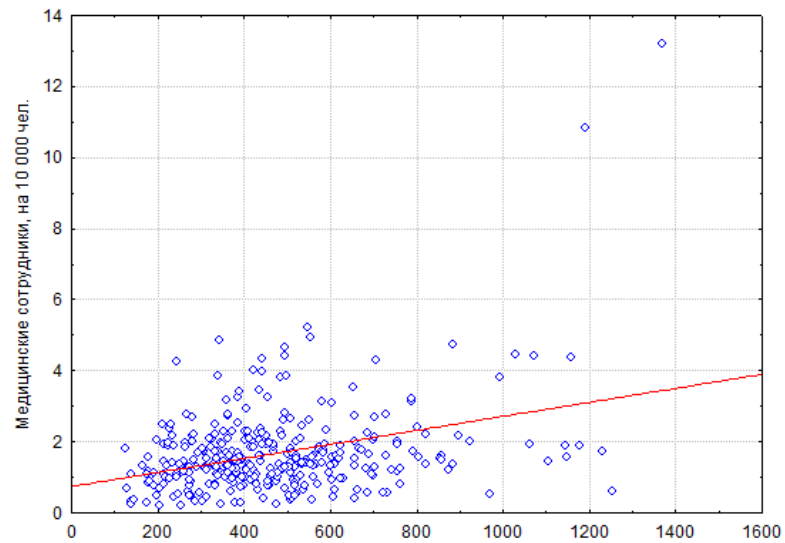
Амбулаторная обращаемость: Грамотность: $r^2 = 0,0424$; $r = 0,2060$; $p = 0,0001$



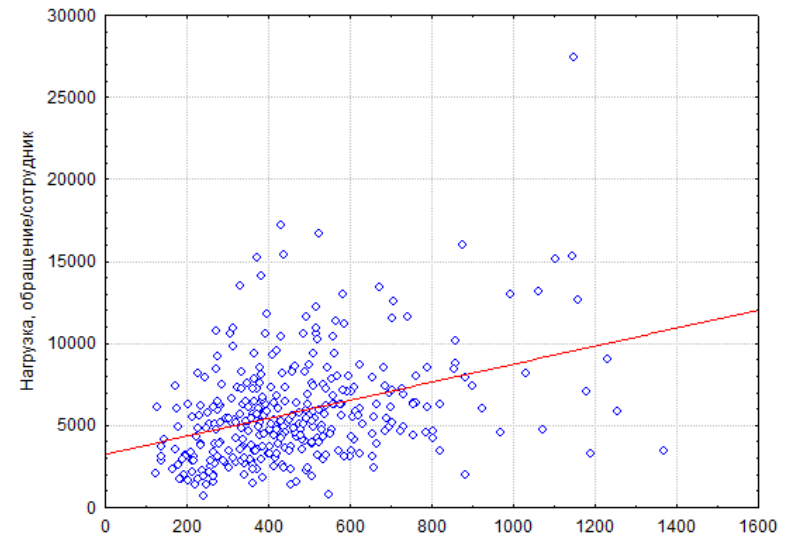
Амбулаторная обращаемость:Финансирование: $r^2 = 0,0705$; $r = 0,2656$; $p = 0,0000007$



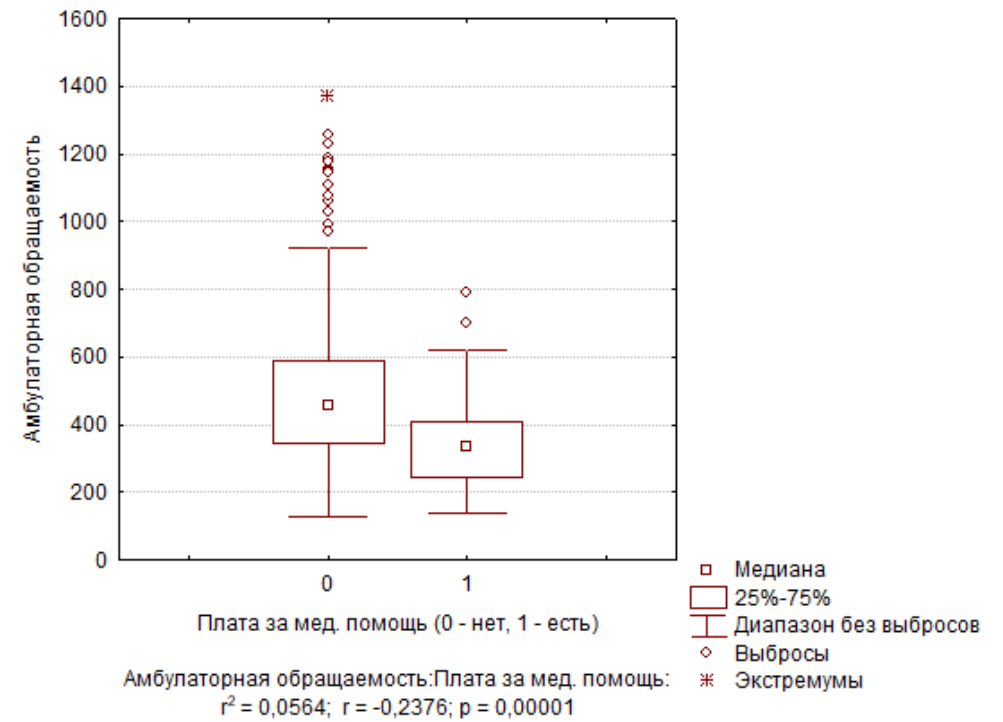
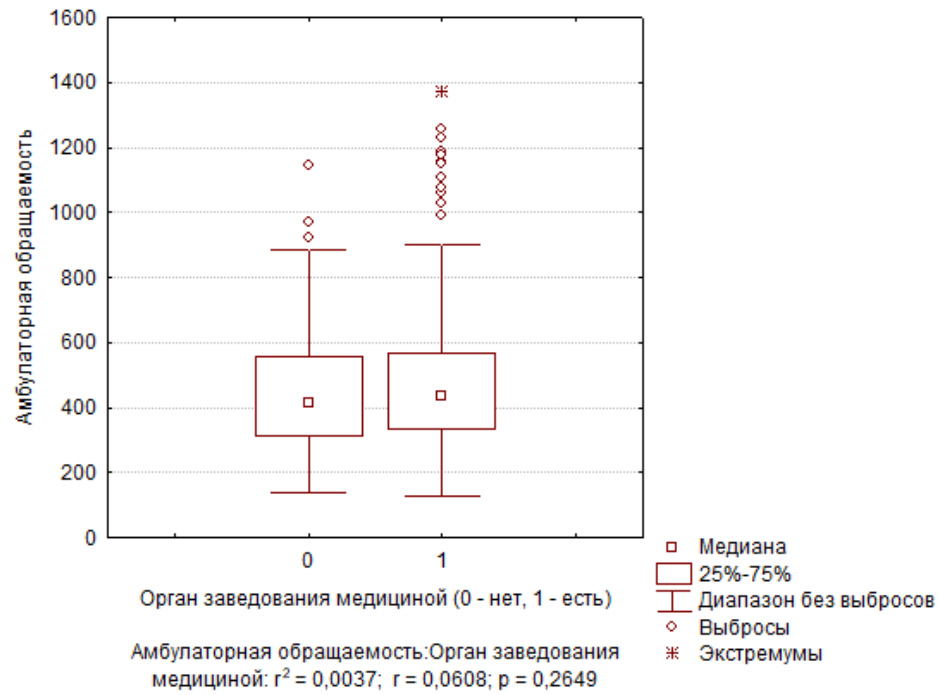
Амбулаторная обращаемость:Населенность участка: $r^2 = 0,0935$; $r = -0,3058$; $p = 0,00000001$



Амбулаторная обращаемость:медицинские сотрудники: $r^2 = 0,1228$; $r = 0,3504$; $p = 0,0000$



Амбулаторная обращаемость:нагрузка: $r^2 = 0,1380$; $r = 0,3715$; $p = 0,0000$

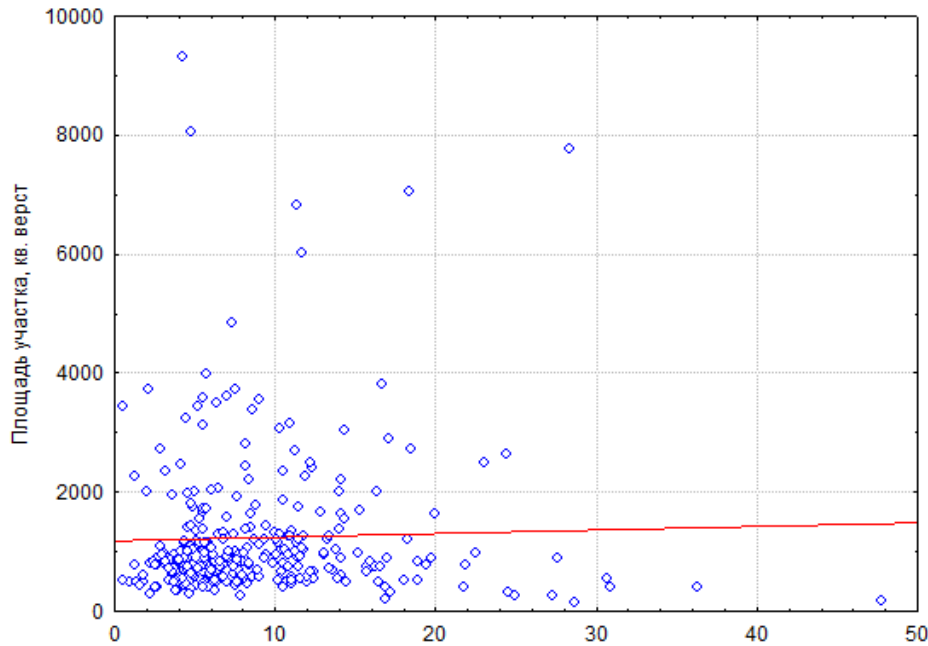


Приложение 8

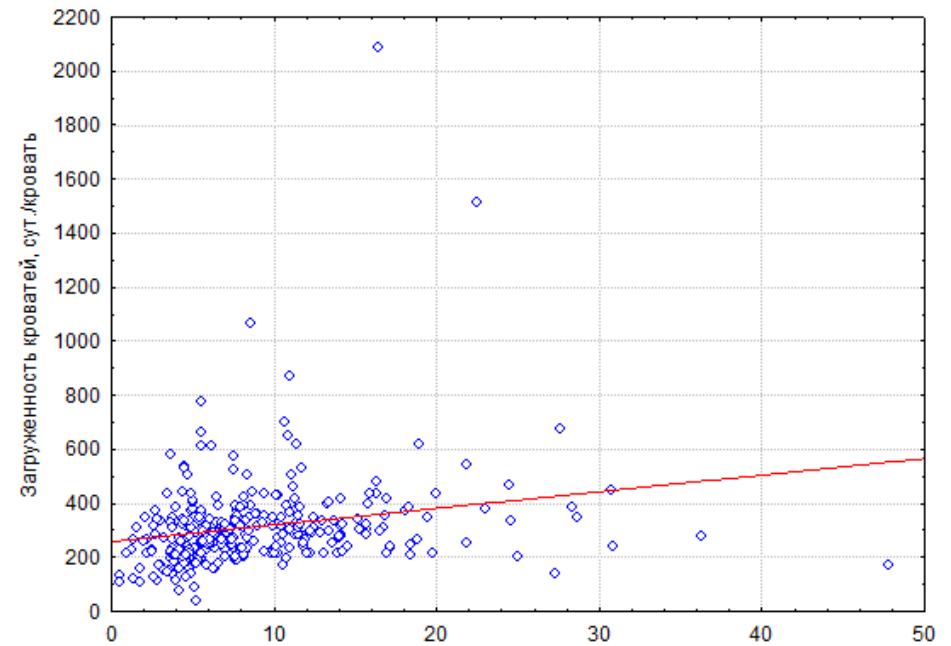
Графическое изображение (диаграммы рассеяния и «ящики с усами») связи отдельных факторов и уровня стационарной обращаемости.

Рассчитано по: Обзор деятельности земств по медицинской части, по данным за 1898 г. СПб.: Хозяйственный департамент МВД (по 3-му отделению), 1902.

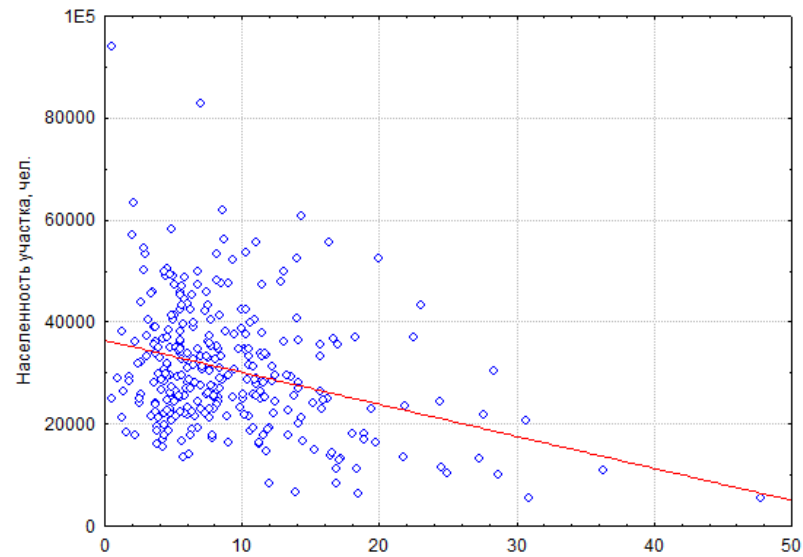
В диаграммах рассеяния: по оси X – уровень стационарной обращаемости.



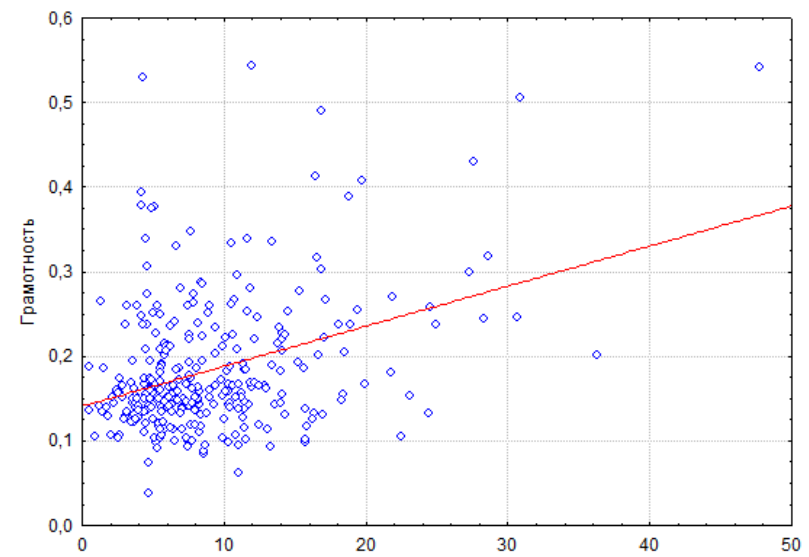
Стационарная обращаемость: площадь участка: $r^2 = 0,0010$; $r = 0,0309$; $p = 0,5899$



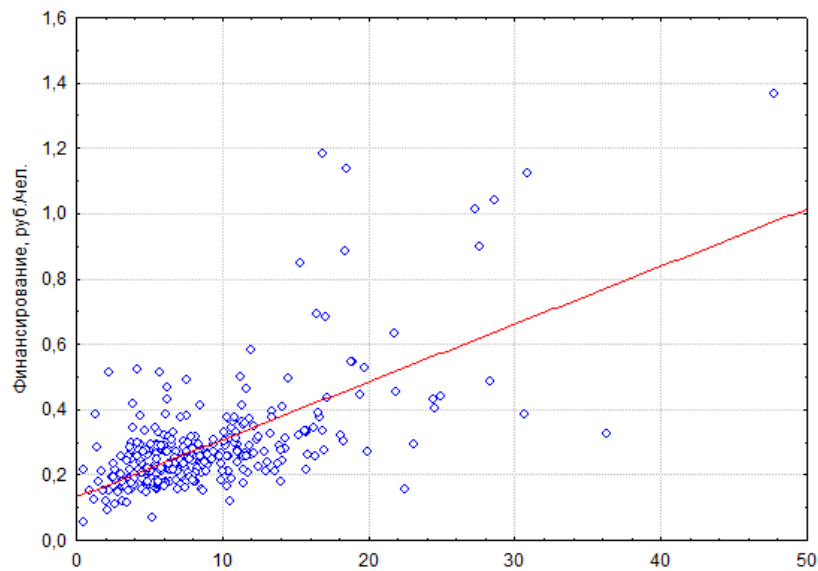
Стационарная обращаемость: Загруженность кроватей: $r^2 = 0,0478$; $r = 0,2186$; $p = 0,0001$



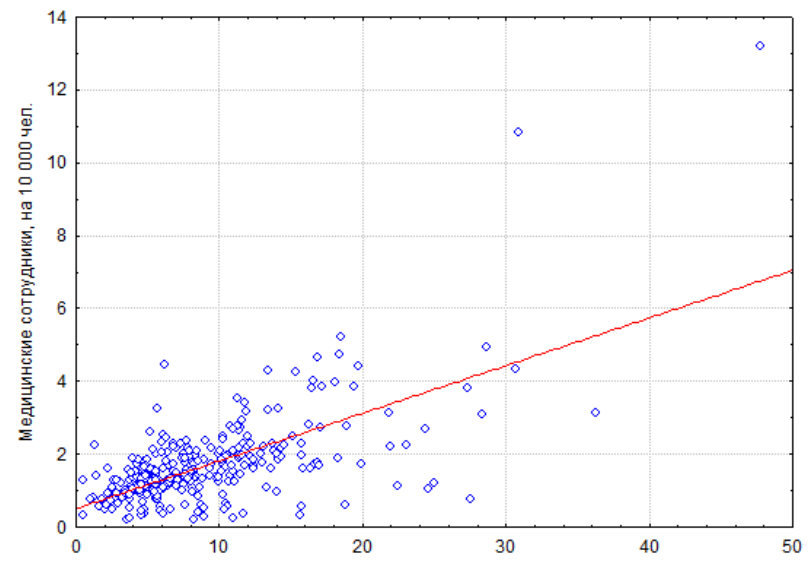
Стационарная обращаемость:Населенность участка: $r^2 = 0,1009$; $r = -0,3176$; $p = 0,00000001$



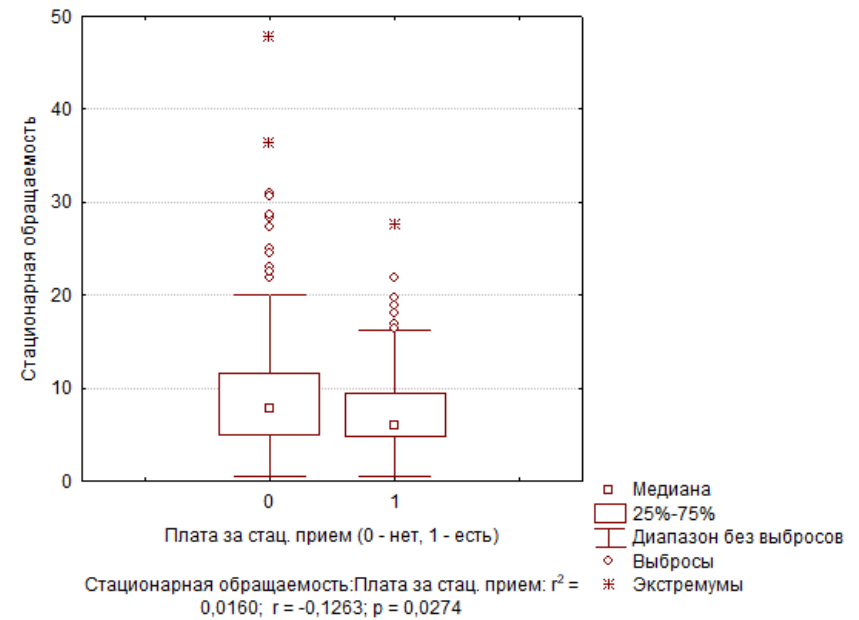
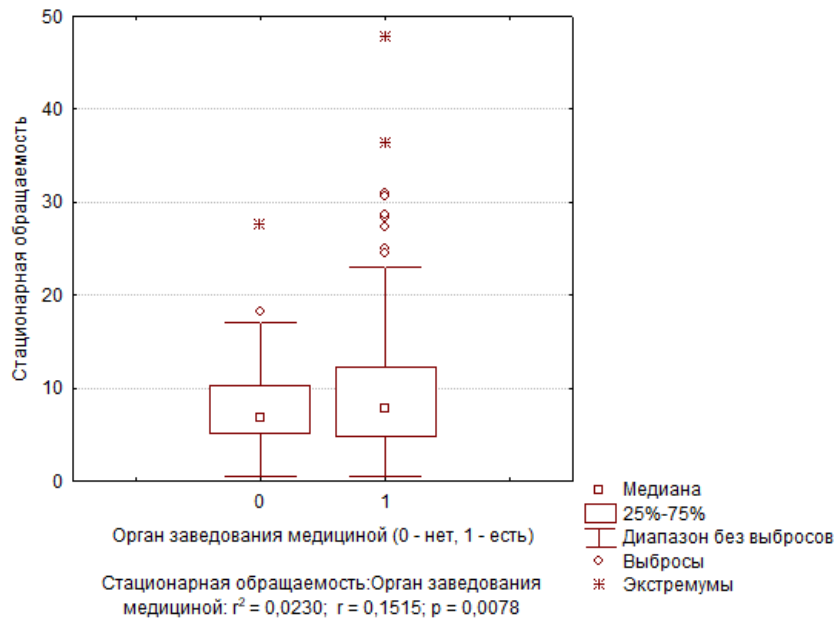
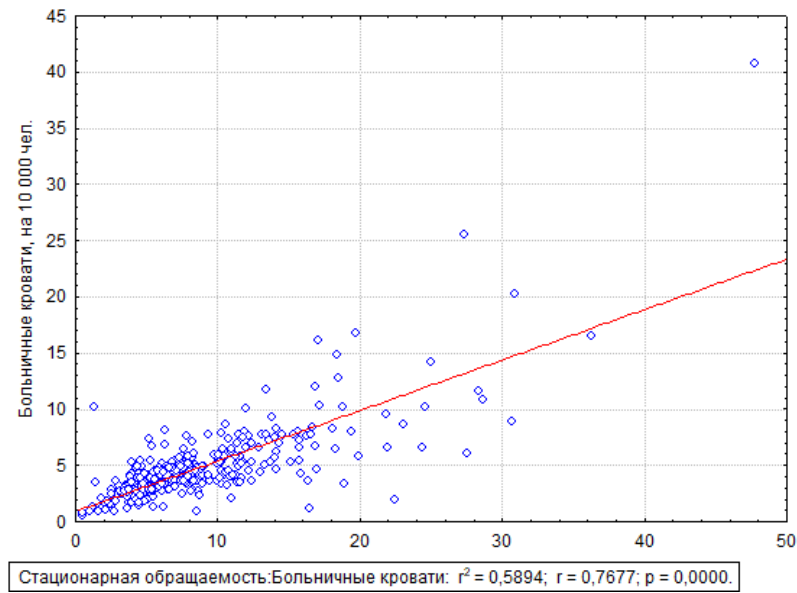
Стационарная обращаемость:Грамотность: $r^2 = 0,1354$; $r = 0,3680$; $p = 0,0000$



Стационарная обращаемость:Финансирование: $r^2 = 0,4258$; $r = 0,6526$; $p = 0,0000$



Стационарная обращаемость:Медицинские сотрудники: $r^2 = 0,4315$; $r = 0,6569$; $p = 0,0000$



Приложение 9

Данные об обрацаемости населения за медицинской помощью в волостях Московской губернии за 1898–1902 гг.

Рассчитано по: Куркин П.И. Статистика болезненности населения в Московской губернии за период 1883–1902 гг.

Вып. 2. Табличные материалы по болезненности населения Московской губернии в 1883–1897 гг. (медицинские участки) и в 1898–1902 гг. (районы волостей). 1908.

Меры / Уезд	Московский	Богородский	Бронницкий	Верейский	Волоколамский	Дмитровский	Звенигородский
Среднее значение	555,1	629,2	443,4	559,9	402,4	516,8	531,1
Медиана	600,1	408,0	361,9	438,8	374,3	464,2	567,5
Минимальное значение	136,0	264,9	190,1	201,0	271,0	298,0	191,9
Максимальное значение	1 602,9	1 465,4	918,9	933,4	522,5	967,1	784,9
Стандартное отклонение	403,6	340,2	187,7	222,4	70,2	191,5	171,1
Коэффициент вариации	0,72	0,54	0,42	0,39	0,17	0,37	0,32
Стандартная ошибка	104,2	78,0	41,0	74,1	20,3	49,4	54,1
Число волостей	15	19	21	9	12	15	10
Меры / Уезд	Клинский	Коломенский	Можайский	Подольский	Рузский	Серпуховской	Губерния
Среднее значение	626,4	648,2	452,5	537	449,4	488,3	539,8
Медиана	495,4	354,0	401,5	481,0	455,5	426,2	447,0
Минимальное значение	201,3	224,3	269,4	227,3	88,0	128,0	88
Максимальное значение	1 129,1	1 135,2	698,7	988,0	732,2	728,0	1 602,9
Стандартное отклонение	253,9	319,3	114,2	223,5	164,8	172,0	251,5
Коэффициент вариации	0,40	0,49	0,25	0,41	0,36	0,35	0,46
Стандартная ошибка	63,5	77,5	36,1	64,5	49,7	44,4	18,7
Число волостей	16	17	10	12	11	15	182

Приложение 10

Данные об обрацаемости населения за медицинской помощью в волостях Саратовского, Камышинского, Хвалынского уездов.

Рассчитано по: Годовой отчет о деятельности медицинской организации [Саратовского уезда] за 1912 г. очередному уездному земскому собранию сессии 1913 г. Саратов: Типография И.С. Сергеева, 1913; Медицинский отчет по Камышинскому уезду Камышинской уездной земской управы за 1912 г. Камышин: Типография П.В. Лебедевой и Н-ков, 1913; Отчет о состоянии и деятельности земско-медицинской организации Хвалынского уезда за 1913 год. Хвалынский: Типография А.М. Голомшток, 1915; Списки населенных мест Саратовской губернии. Саратов, 1914.

Меры / Уезды	Саратовский, 1912 г.	Камышинский, 1912 г.	Хвалынский, 1913 г.	Всего
Число врачебных участков	24	19	7	50
Средняя населенность участка	9 563	21 396	32 373	17 252
Обрацаемость				
Среднее значение	622,6	379,4	326,50	454,6
Медиана	617,4	440,1	281,3	460,1
Минимальное значение	103,4	20,3	45,1	32,2
Максимальное значение	1043,3	779,6	977,6	1043,3
Стандартное отклонение	220,6	181,6	239,8	253,8
Коэффициент вариации	0,35	0,47	0,73	0,56
Стандартная ошибка	41,7	35,6	44,5	27,8
Число волостей	28	26	29	83