

Литература

1. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения» утверждена Постановлением Правительства РФ от 15 апреля 2014 г. № 294. - Москва, 2014 г.
2. Одинцова В.В. Использование программно-целевого метода планирования управления при решении приоритетных задач здравоохранения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 29 с.
3. Линденбрaтен А.Л., Гришина Н.К., Гриднев О.В. Принципы организации мониторинга основных показателей деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений в трехуровневой системе оказания медицинской помощи // Организация лечебно-профилактической помощи населению и вызовы глобализации: Материалы международной научно-практической конференции – М., 2012. – С. 222-226.
4. Хальфин Р.А., Огнева Е.Ю., Мадьянова В.В. Качественные критерии оценки медицинской помощи в учреждениях здравоохранения муниципального уровня // Экономика здравоохранения. – М., 2010. - Вып. 11. -12(153). – С. 12-20.
5. Свистунова Е.Г., Проценко Е.С., Каспарова Э.А. Новые социально-экономические принципы регулирования в здравоохранении (обзор мировой практики) // Экономика здравоохранения. – 2011. - № 9-10. – С. 5-9.

Мешков Д.О.¹, Спасенников Б.А.^{1,2}

РАЗВИТИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕНИТЕНЦИАРНОЙ СИСТЕМЕ РОССИИ (НАЧАЛО XX ВЕКА)

¹Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко, Москва, Россия

²НИИ ФСИН России, Москва, Россия

Meshkov D.O.¹, Spasennikov B.A.^{1,2}

DEVELOPMENT MEDICAL CARE IN THE PRISON SYSTEM RUSSIA (EARLY XX CENTURE)

¹The N.A. Semashko National Research Institute for Public Health

²The Research Institute of the Federal Penitentiary Service

Мешков Дмитрий Олегович - доктор медицинских наук, заведующий сектором, Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко;

Спасенников Борис Аристархович - доктор медицинских наук, доктор юридических наук, профессор, главный научный сотрудник, НИИ ФСИН России; ведущий научный сотрудник, Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко; E-mail: borisspasennikov@yandex.ru

Резюме. В статье рассмотрен историко-медицинский аспект развития медицинской помощи осужденным в России в начале XX века. Лечение больных заключенных осуществлялось за счет государства. В исследуемый период отсутствовала единообразная медицинская статистика заболеваемости. Показано, что особое внимание уделялось инфекционным заболеваниям. Патологии неинфекционной природы уделялось меньшее внимание.

Ключевые слова: история медицины, история права, пенитенциарная система, осужденные, медицинская помощь.

Abstract. The article deals with the development of prison health care in Russia. Treatment of patients with prisoners was carried out by the state. In the analyzed period there was no uniform medical morbidity statistics. It is shown that special attention was paid to infectious diseases. Pathology of infectious nature has been given less attention.

Keywords: history of medicine, history of law, penitentiary system, prisoners, medical care.

В исследуемый период надзор за лечением больных, содержащихся под стражей, в соответствии со ст. 17 Устава врачебного издания 1905 г. был возложен на Губернские врачебные управления [6]. На них же лежала обязанность освидетельствования трудоспособности арестантов и больных ссыльных на основании Устава о содержащихся под стражей и Устава о ссыльных (ст. 27). В обязанности Губернского врачебного инспектора входило участие на правах директора в заседаниях губернского комитета Попечительного общества о тюрьмах (ст. 34).

Первичное звено отечественной тюремной системы составляли органы управления отдельных мест заключения. В соответствии с законом от 15 июня 1887 г. к ним были отнесены врачи и фельдшеры. Причем определение, в каких именно (кроме тюрем общего устройства) местах заключения должны быть введены должности врачей, принадлежало МВД по представлению начальника ГТУ. В исправительных арестантских отделениях врачебный персонал был

введен в штаты отделений только законом от 17 марта 1903 г. [4], что, конечно, способствовало улучшению медицинской помощи содержащихся в них арестантов.

В связи с необходимостью установления повсеместно единообразного порядка замещения врачебных должностей при местах заключения ГТУ по соглашению с Медицинским Департаментом издало циркуляр от 7 января 1889 г. № 1 [10], в котором установило, что по всем вопросам относительно определения, перемещения или увольнения врачей и прочего медицинского персонала при исправительных арестантских отделениях, центральных каторжных и пересыльных тюрьмах, уголовных и следственных тюрьмах, а также при возбуждении ходатайств о назначении отдельных врачей в порядке, определенном ст. 92 Устава Врачебного при тюрьмах общего устройства, губернаторы на местах должны были предоставлять о врачах определенные сведения непосредственно в ГТУ.

Помимо «дипломов и других доказательств врачебной опытности, при назначении тюремных врачей места старших врачей тюремных больниц предоставлять только докторам медицины и преимущественно тем, кто занимал ранее должности городских и уездных врачей. Замещать должности фельдшеров только лицами, окончившими курсы в фельдшерских школах с нормальными программами преподавания или получившими свидетельство от врачебных отделений губернских правлений или Врачебных управ на основании циркуляра МВД от 10 февраля 1883 года № 207, допуская при неимении удовлетворяющих этим требованиям кандидатов только к исполнению фельдшерских обязанностей других, способных к этому лиц, но без присвоения им преимуществ государственной службы».

Основными направлениями медико-санитарной деятельности администрации мест заключения в исследуемый период были: организация работы больниц, врачебных околотков, а также аптеки; первичный медицинский осмотр всех вновь поступающих заключенных; периодический осмотр контингента (с 1911 г. – поголовный 4 раза в год); лечение больных арестантов; направление заболевших для получения специализированной помощи в городские, земские и уездные больницы; организация санитарного режима и санитарно-профилактическая работа; обеспечение лекарствами; борьба с эпидемическими заболеваниями в тюрьмах.

Лечение больных заключенных осуществлялось за счет государства. Для оказания им медицинской помощи врачи выписывали необходимые медикаменты из аптек военного ведомства за счет финансирования на лечение из расчета 3 копейки в день на

больного, кроме сумм, отпускаемых на содержание арестанта. В тех местах заключения, где действовали комитеты Общества попечительного о тюрьмах, финансирование осуществляли они [2].

В условиях ограниченности казенных средств государство последовательно проводило политику сокращения расходов на содержание больных арестантов за счет уменьшения ассигнований и стремилось переложить бремя финансирования медицинской помощи заключенным на благотворительные средства тюремных комитетов.

Медицинскую помощь заключенным оказывали в тюремных больницах или околотках, а при их отсутствии или в тяжелых случаях в больницах Приказа общественного призрения, земских больницах или госпиталях военного ведомства. Следует сказать, что больницы имелись не при всех тюрьмах. Открытие больниц при каждой крупной тюрьме стало одним из приоритетных направлений деятельности ГТУ при принятии плана строительства новых тюрем и переустройства существующих в 1911 г. В результате к 1914 г. собственные больницы с достаточным числом коек имелись при большинстве мест заключения.

Следует отметить отсутствие в тот период единообразной медицинской статистики и отчетности. Имеются лишь отдельные отчеты по некоторым тюремным больницам, что затрудняет проведение анализа заболеваемости в местах лишения свободы.

Обеспечение лекарствами мест заключения не было централизованным. Тюремные больницы, земства, общества попечительные о тюрьмах сами заключали договоры о поставках лекарств, из расчета государственного финансирования на медикаменты по 3 коп. в сутки на заключенного, однако при запросе на кредиты с тюремным ведомством согласовывались суммы поставок и цены на медикаменты [9].

Таким образом, можно констатировать, что после тюремной реформы 1879 г. в Российской империи была упорядочена организация медицинской помощи лицам, находящимся в местах заключения: в ГТУ этим занимался инспектор для заведования санитарной частью и хозяйственной частью; в губернских тюремных инспекциях – чиновники хозяйственного и секретарского делопроизводства; непосредственно лечение больных арестантов в местах лишения свободы с 1887 г. проводили штатные врачи и фельдшеры.

Для карательной системы Российской империи характерным является значительное перемещение каторжных заключенных и ссыльных в отдаленные и малообжитые районы страны. Как

показывают архивные документы, ГТУ беспокоило состояние здоровья и высокая смертность этой категории заключенных.

В целях принятия мер к сохранению здоровья пересыльных арестантов Главное тюремное управление издает циркуляры. Так, в соответствии с циркуляром от 11 июня 1885 г. «Об устройстве гражданских лазаретов на этапах главного ссыльного тракта Восточной Сибири» и циркуляром от 28 апреля 1887 г. «Об устройстве лазаретов и о лечении арестантов на баржах» при этапных зданиях и на баржах, перевозящих партии ссыльных по Волге, Каме и рекам Западной Сибири, были устроены лазареты [1, 4].

Особую озабоченность ГТУ вызывала высокая смертность еще одной категории заключенных – каторжан, направляемых на остров Сахалин из Одессы морским путем. В связи с этим ГТУ 6 ноября 1891 г. издает Правила о порядке распределения и отправления в места назначения из губерний Европейской России и Кавказского края осужденных в каторжные работы и добровольно следующих в ссылку семейств их [7], обязывающие губернские правления обследовать состояние здоровья лиц, осужденных к каторжным работам, для определения, могут ли они «перенести морское плавание и не страдают ли заразными болезнями». Однако продолжительное пребывание в центральных тюрьмах и пароходных трюмах предрасполагало к заболеванию цингой и зачастую арестанты заболевали целыми партиями вскоре по прибытии на остров.

Санитарное состояние помещений, предназначенных для содержания заключенных под стражей, постоянно служило предметом пристального внимания государства в лице ГТУ. И если фактическое положение в местах лишения свободы было далеко от совершенства в санитарном отношении, то руководящих документов: циркуляров, инструкций, наставлений, указаний и правил – разрабатывалось достаточное количество. В основном их издание было вызвано вспышками инфекционных заболеваний в различных местностях.

5 февраля 1879 г. МВД издает циркуляр № 20 О санитарных мерах в отношении казенных зданий и тюрем с Правилами для производства дезинфекции отхожих мест, помойных и мусорных ям, дворов, равно одежды и белья больных заразительными и прилипчивыми болезнями [8]. Циркуляр требовал содержания в надлежащей чистоте зданий, дворов и других тюремных помещений; тщательной очистки нечистот; содержания в исправности дворов, отхожих мест и мусорных ям, их дезинфекции; ежедневного проветривания помещений; кроме того – тщательного осмотра провизии, доставляемой арестантам, а также мест для ее приготовления и обеспечения заключенных чистой водой.

В связи с появившейся в государствах Европы эпидемией холеры и возможностью проникновения ее в Россию ГТУ были выработаны Указания и правила санитарных мероприятий и способов предупреждения эпидемий, разосланные при циркуляре от 22 августа 1884 г. № 18 вместе с Инструкцией для дезинфекции тюремных помещений, мягких постельных принадлежностей, белья, платья [5].

Указания и правила требовали при первых же признаках эпидемии в местах заключения или городах, где они находятся, немедленно уведомить телеграммой ГТУ для прекращения передвижения арестантов в пораженные местности и из них; прекращения свиданий и вывода арестантов на внешние работы; строгой изоляции заболевших арестантов в отдельном помещении, приспособленном в освобождаемых для этой цели мастерских, цейхгаузах, столовых, школах либо в устроенном временно среди тюремного огорода или двора барачном или палаточном помещении.

Указания подробно излагают правила дезинфекции постельных принадлежностей, белья, одежды; правила захоронения умерших от холеры; дезинфекции всех зданий тюремного учреждений по окончании холеры. Так же, циркуляр № 20, в целях предупреждения появления холеры указания требуют улучшить воздух тюремных камер, содержать в чистоте кухни, отхожие места и другие помещения, тщательно проветривать и очищать одежду прибывших арестантов и соблюдать чистоплотность между сидельцами.

Циркуляром от 14 апреля 1905 г. № 7 ГТУ распространило «Наставление о способах предупреждения и ограничения развития холерной эпидемии в местах заключения с подробными Правилами производства дезинфекции жилых помещений, белья, одежды, мягких постельных принадлежностей и извержений холерных больных» [11]. В Наставлении обращалось внимание на необходимость улучшения санитарного состояния и дезинфекцию всех помещений в местах заключения, в особенности кухонь, прачечных, отхожих мест; улучшения воздуха тюремных камер и мастерских через проветривание; особое внимание уделено доброкачественности пищевых продуктов и воды; надлежащему приготовлению пищи и использованию для хранения воды закрытых сосудов с кранами; предусмотрен строгий врачебный осмотр арестантов в неблагополучных по холере местностях; для ознакомления со способами предохранения от заболеваний было рекомендовано вывешивать в камерах соответствующие указания.

Санитарные правила, указания и инструкции начала XX века достаточно подробны, могут даже сегодня служить примером ведомственного нормотворчества. Особенностью циркуляров ГТУ по

санитарной части было то, что они в основном носили рекомендательный характер, в них отсутствовали однозначные категоричные предписания, поэтому они не всегда выполнялись на местах тюремной администрацией [3].

В начале XX в. в России накопилось большое число устаревших правовых актов, которые регулировали медицинскую помощь заключенным. Это создавало существенные трудности в практике отечественных пенитенциарных органов и учреждений, препятствовало дальнейшему развитию пенитенциарного здравоохранения. Особое внимание в нормативных актах уделялось инфекционным заболеваниям. Патологии неинфекционной природы уделялось меньшее внимание.

По мнению авторов, правовые акты, которые регулируют медицинскую помощь осужденным, должны быть основаны на принципах гуманизма, иметь не рекомендательный, а обязательный характер.

Литература

1. XV лет деятельности Главного тюремного управления // Тюремный вестник. 1894. № 6. С. 309.
 2. Давыдова Н.В., Пертли Л.Ф. Пенитенциарная медицина: история и люди: учебное пособие. М., 2011. 113 с.
 3. Гернет М.Н. История царской тюрьмы. М., 1952. Т. 3. 421 с.
 4. Полное собрание законов Российской Империи. Собр. 2-е. СПб., 1867. 841 с.
 5. Систематический сборник узаконений и распоряжений по тюремной части / сост. В.Н. Коковцов и С.В. Рухлов. СПб., 1894. 186 с.
 6. Устав врачебный, изд. 1905 г. и по продл. 1912 и 1913 гг., и узаконения по врачебно-санитарной части, дополненный постановками разъяснениями Сената и правительственных установлений, правилами и инструкциями. Составил Л.А. Колычев. Петроград // Журнал Министерства юстиции. 1915. № 10. Декабрь. С. 261-263.
 7. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 5. Д. 2122. Л. 20-21 с оборотом.
 8. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 182. Л. 3-11.
 9. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 6. Д. 2448. Л. 114.
 10. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 7. Д. 215. Л. 151 с оборотом.
 11. ГАРФ. Ф. 122. Оп. 7. Д. 295. Л. 47-51 с оборотом.
-