

Genesis: исторические исследования

Правильная ссылка на статью:

Тарабара Д.О. Проект реформы здравоохранения Г. Е. Рейна: упущеные возможности модернизации Российской Империи 1906-1917 гг. // Genesis: исторические исследования. 2024. № 1. DOI: 10.25136/2409-868X.2024.1.40765 EDN: DFYNZN URL: https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=40765

Проект реформы здравоохранения Г. Е. Рейна: упущеные возможности модернизации Российской Империи 1906-1917 гг.

Тарабара Дмитрий Олегович

аспирант, кафедра теории и истории государства и права, Санкт-Петербургский государственный университет

199034, Россия, Санкт-Петербург, г. Санкт-Петербург, ул. Университетская Набережная, 7/9

 tarabara@list.ru



[Статья из рубрики "История государственных учреждений"](#)

DOI:

10.25136/2409-868X.2024.1.40765

EDN:

DFYNZN

Дата направления статьи в редакцию:

16-05-2023

Аннотация: Статья посвящена анализу наиболее масштабного и перспективного проекта реформы врачебно-санитарного законодательства, разработанного центральной властью Российской Империи в 1906-1917 гг. Рассматриваются предложенные реформаторами меры по оптимизации управления здравоохранением, модернизации врачебно-санитарного законодательства и обеспечению населения общедоступной медицинской помощью; особый акцент делается на обеспечении баланса интересов государственной власти и органов местного самоуправления. Объектом исследования выступает система здравоохранения Российской Империи начала XX в., предметом – корпус законопроектов в области медицинского права, выработанных Межведомственной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства, а также Министерством Внутренних Дел по Управлению Главного Врачебного Инспектора. Автором были использованы традиционные для историко-правовых исследований методы: анализ, синтез, системный подход, формально-юридический и статистический. Делаются выводы о том, что исследуемый проект реформы соответствовал тенденциям

развития российской государственности и общеевропейским трендам политики в области медицины, был адекватен потребностям отечественного здравоохранения рассматриваемого периода, а также стремился по возможности учесть многолетние традиции русской общественной медицины. Причины неудачи реформы связываются в первую очередь с субъективными политическими факторами, нежели с её внутренними недостатками. Результаты исследования позволяют скорректировать традиционные историографические подходы к государственной политике в области здравоохранения в начале XX в. и к взаимоотношениям органов государственной власти и местного самоуправления в межреволюционный период.

Ключевые слова:

реформа, система здравоохранения, врачебно-санитарное законодательство, общедоступная медицинская помощь, централизация, общественная медицина, земства, города, местные финансы, субсидирование

1. Введение. В конце XIX – начале XX вв. система здравоохранения оставалась на «периферии» российской модернизации – она не претерпела существенных изменений едва ли не со времен Великих Реформ, в отличие, например, от системы образования или социального обеспечения. Тем не менее, объективная оценка тенденций и перспектив развития данной сферы в последнее предреволюционное десятилетие невозможна без исследования многочисленных попыток её реформирования и, соответственно, причин их провала. В данной статье представлен анализ наиболее масштабного и перспективного проекта реформы врачебно-санитарного законодательства, разработанного центральной властью в первой половине 1910-х гг., с точки зрения его способности решить основные проблемы отечественного здравоохранения рассматриваемого периода.

В мировой истории рубеж XIX–XX вв. ознаменовался, с одной стороны, многочисленными научными открытиями, изменившими представления о происхождении болезней, возможностях их профилактики, диагностики и терапии, а с другой – быстрым расширением государственного вмешательства в область здравоохранения под лозунгами создания социальной медицины [23, с. 646–647; 30, с. 104, 110]. Российскую Империю нельзя назвать исключением из обозначенных тенденций, однако к началу XX в. развитие отечественной системы здравоохранения сдерживалось целым комплексом серьезных проблем: общей слабостью и ведомственной раздробленностью в области управления, архаичностью медицинского и особенно санитарного законодательства, низким уровнем публичных расходов на здравоохранение и, как следствие, низкой обеспеченностью населения врачебным персоналом и медицинской инфраструктурой.

Необходимость осуществления масштабных преобразований в сфере здравоохранения осознавалась центральной властью еще во второй половине XIX в. Тогда же было определено направление реформы, ставшее ключевым для всех комиссий по пересмотру врачебно-санитарного законодательства на десятилетия вперед – централизация управления здравоохранением и создание специального органа исполнительной власти, уполномоченного в данной сфере. Однако реформаторы неизменно сталкивались с противодействием, во-первых, отдельных министерств, не желавших поступаться полномочиями, во-вторых, представителей земской и городской медицины, ревностно защищавших свою автономию от внешних посягательств. Сложность и многоведомственность системы здравоохранения сделали её полем столкновения

многочисленных политических интересов.

В результате корпус законопроектов, направленных на комплексную модернизацию системы здравоохранения, был подготовлен только к середине 1910-х гг. Абсолютное большинство из них было разработано центральной властью исключительно по собственной инициативе: часть – Министерством Внутренних Дел по Управлению Главного Врачебного Инспектора, часть – Междуведомственной комиссией по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством председателя Медицинского Совета, академика Г. Е. Рейна (1854–1942).

Анализ проектируемой реформы осложняется тем, что указанные законопроекты на момент начала 1917 г. находились на разных стадиях разработки, принятия и утверждения: одни так или иначе удостоились Высочайшего утверждения, другие находились на рассмотрении Совета Министров или Государственной Думы, третьи даже не были выработаны их авторами в окончательной редакции. Впрочем, данное обстоятельство имеет и обратную сторону, позволяя лучше понять воззрения разных участников законотворческого процесса на проектируемые реформы и особенности взаимодействия между ними.

2. Проект преобразования управления здравоохранением. В начале XX в. управление гражданской медициной в Российской Империи относилось к компетенции Министерства Внутренних Дел. Образованный в его составе Медицинский Совет признавался «высшим врачебно-ученым установлением для рассмотрения вопросов охранения народного здравия, врачевания и судебно-медицинской экспертизы», на рассмотрение которого поступали все законопроекты и правительственные распоряжения по врачебно-санитарной части. Несмотря на столь высокий статус, данный орган был совещательным и не мог эффективно влиять на политику в области здравоохранения [\[29, с. 1-2\]](#).

Непосредственноправленческие полномочия после 1904 г. были распределены между Управлением Главного Врачебного Инспектора, а также Советом по делам Местного Хозяйства и Главным Управлением по делам Местного Хозяйства, которые так же входили в структуру МВД. С известной долей упрощения можно сказать, что к компетенции первого относились контрольно-надзорные и кадровые полномочия в сфере здравоохранения, а также руководство мероприятиями по борьбе с эпидемиями, к компетенции второго и третьего – хозяйственные полномочия в области обеспечения населения врачебной помощью, принятия санитарных мер и заведывания лечебными заведениями, подведомственными МВД [\[29, с. 6-7, 10-11\]](#).

Управление здравоохранением в губерниях и областях осуществляли Врачебные отделения (управления, управы), входящие в состав губернских правлений. Несмотря на формальное подчинение Управлению Главного Врачебного Инспектора, данные органы не имели возможностей влиять на политику здравоохранения в регионе – их роль сводилась к исполнению предписаний Губернаторов и губернских правлений [\[29, с. 17\]](#). Низовойправленческий уровень составляли уездные и городовые врачи, страдавшие от избытка обязанностей – в их компетенцию входили не только санитарный надзор и борьба с эпидемиями, но и осуществление судебно-медицинских исследований. На практике исполнение последней из них осуществлялось в ущерб остальным, что не могло не сказаться на качестве управления [\[14, с. 184-185\]](#). Ситуация усугублялась кадровым дефицитом – закон, по общему правилу, предусматривал всего одну должность уездного врача на уезд.

В то же время высшее руководство медицинской частью в областях войска Донского, Терской и Кубанской, а также в Туркестанском Генерал-Губернаторстве возлагалось на Военное Министерство. Отдельные контрольные полномочия в сфере здравоохранения оставались в компетенции иных ведомств: так, Министерство Путей Сообщения осуществляло санитарный надзор на железных дорогах и внутренних водных путях, Министерства Торговли и Промышленности – на фабриках и заводах в пределах производства работ и т. д. [\[24, с. 183–187\]](#) Кроме того, практически каждое министерство обладало собственной врачебно-санитарной частью, вследствие чего организация оказания медицинской помощи в армии и на флоте, в казачьих войсках, в городах дворцового ведомства, на железных дорогах, в местах водворения переселенцев, в учебных заведениях, в торговых портах, на казенных горных заводах и рудниках, в местах заключения и т.д. оказалась фактически выведена из непосредственного ведения МВД.

Наконец, следует особенно подчеркнуть, что большая часть работы непосредственно по оказанию медицинской помощи населению и профилактике заболеваний осуществлялась не государственной властью, а органами местного самоуправления, традиционно пользовавшимися широкой автономией в данной сфере [\[22, с. 26\]](#). В земских и городских больницах было сосредоточено порядка 50% коечного фонда Российской Империи, а расходы местных бюджетов на врачебно-санитарную часть существенно превышали государственные как в абсолютных, так и в относительных показателях.

Решением проблем слабости, раздробленности и бессистемной работы управлеченческих структур должно было стать учреждение нового органа исполнительной власти – Главного Управления Государственного Здравоохранения, с трехуровневой системой территориальных органов – в уездах, губерниях и проектируемых врачебно-санитарных округах – находящихся в вертикальном, строго иерархическом подчинении. Губернаторы по-прежнему осуществляли общий контроль за деятельностью местных органов здравоохранения, однако полностью лишались правовых механизмов воздействия на принятие и исполнение ими управлеченческих решений. Функции по осуществлению административно- и судебно-медицинских осмотров, исследований и освидетельствований предполагалось передать специально создаваемым для этих целей судебным врачам [\[26, с. 445\]](#). Штаты нового органа заметно расширялись – в состав одного только Главного Управления должно было входить более 90 служащих (для сравнения, штат Управления Главного Врачебного Инспектора состоял всего из 14 человек [\[29, с. 91\]](#)).

Важно отметить, что законопроект Комиссии Г. Е. Рейна не предусматривал жесткой централизации управления здравоохранением, требующей слома сложившихся к началу XX в. институтов. Достижение планомерного развития здравоохранения и согласование деятельности всех государственных и общественных учреждений в представлениях реформаторов не должно было сопровождаться ни лишением органов местного самоуправления известной самостоятельности в распоряжении санитарно-врачебной частью, ни переподчинением ведомственных врачебно-санитарных заведений и медицинского персонала новому Главному Управлению [\[14, с. 49–50\]](#).

Компромиссный характер реформы ярче всего проявился в проектировании специальных «объединяющих и согласительных» органов: уездных и губернских врачебно-санитарных советов, а также окружных врачебно-санитарных совещаний – призванных координировать деятельность местных правительственные и муниципальные органов «как во время существования эпидемий, так и в свободное от эпидемий время». В их состав

должны были входить врачи, представители всех заинтересованных ведомств, органов местного самоуправления и сословий. Вопреки тезису о «преобладании чиновничьего и сословного элемента над общественным» [22, с. 214], в уездных врачебно-санитарных советах представители от органов местного самоуправления и земские врачи составляли большинство, в губернских – порядка половины состава.

Непосредственно в системе Главного Управления Государственного Здравоохранения планировалось создание специального координационного органа – Главного Санитарного Совета, призванного обеспечить «ближайшую связь между Главным Управлением Государственного Здравоохранения и земскими учреждениями и городскими общественными управлениями, а также правительственные, общественными и частными установлениями, на которых лежат заботы по охранению народного здравия». К компетенции Совета относилось:

- обсуждение законодательных предложений и мероприятий по врачебно-санитарной части, касающихся интересов правительственный и вместе с тем земских учреждений и городских общественных управлений;
- рассмотрение заявлений и ходатайств земских учреждений и городских общественных управлений об изменении врачебно-санитарных законов и правил;
- рассмотрение заявлений и ходатайств о выдаче пособий из казны на удовлетворение местных санитарно-врачебных нужд.

По первоначальному замыслу Комиссии Г. Е. Рейна в состав Совета должны были входить как сотрудники заинтересованных органов исполнительной власти, так и представители от каждой губернии, а также от каждого города, выделенного в самостоятельную земскую единицу или пользующегося правом отдельных выборов в Государственную Думу. Представители от земских губерний избирались губернскими земскими собраниями, от городов – городскими думами сроком на один год [27, с. 2-3]. В сущности, был предложен проект одного из первых институтов в истории отечественного государственного управления, основанного на принципе всеобщего территориального представительства.

Тем не менее, на этапе рассмотрения законопроекта Советом Министров указанный порядок формирования был признан нерациональным. Территориальное представительство было сокращено втрой: по одному представителю от трех земских губерний, трех «неземских» губерний и трех вышеуказанных городов [14, с. 93, 145-146]. Ротация губерний и городов определялась Главноуправляющим, однако ввиду неизбежной искусственности любого предложенного им порядка, ему предоставлялось право приглашать на заседания Главного Санитарного Совета представителей от губерний и городов сверх установленного числа.

Наконец, предлагалось внести изменения и в состав Медицинского Совета – в него вводились по одному представителю от городских и от земских общественных учреждений на правах постоянных членов. Предполагалось, что они должны избираться сроком на один год из числа представителей земств и городов, входящих в состав Главного Санитарного Совета.

В современной историографии, посвященной проектируемой реформе, получила распространение точка зрения о том, что реформаторами предлагалось создать «сложную иерархическую систему управления здравоохранением, подавляющую местную инициативу и строго регламентирующую формы и способы оказания медицинской

помощи» [8, с. 55]. Данное утверждение едва ли можно признать соответствующим действительности. В нем содержится необоснованно упрощенный взгляд как на проектируемые преобразования, так и на политические процессы в поздней Российской Империи.

Разумеется, учреждение специального органа исполнительной власти, не могло не повлечь централизацию управления здравоохранением. В то же время ни положения соответствующего законопроекта, ни материалы Комиссии Г. Е. Рейна не свидетельствуют о желании реформаторов разрушать сложившуюся систему взаимодействия государства и органов местного самоуправления, а тем более уничтожать общественную медицину.

Напротив, авторы законопроекта целенаправленно предоставляли земским и городским органам самоуправления институционально оформленную субъектность в области государственного управления здравоохранением. Можно дискутировать о том, какой в действительности оказалась бы степень их влияния на выработку управлеченческих решений, однако нельзя не признать, что за предшествующие пятьдесят лет существования общественной медицины они в принципе не имели такой возможности.

В контексте рассуждений о «подавлении местной инициативы» уместно упомянуть еще одно обстоятельство. По первоначальному замыслу реформаторов территорию Империи предполагалось разделить на двенадцать врачебно-санитарных округов с учреждением в каждом из них Окружного Врачебно-Санитарного Управления – сугубо бюрократического органа, призванного руководить деятельностью Губернских Врачебно-Санитарных Управлений [27, с. 11–12]. Совет Министров, в свою очередь, посчитал окружной уровень управления здравоохранением излишним – итоговая редакция законопроекта предполагала создание окружных управлений только в Приамурском, Иркутском и Туркестанском генерал-губернаторствах, а также на Кавказе [14, с. 101]. Несложно заметить, что ни в одном из перечисленных округов не было земских губерний – земская медицина полностью выводилась из-под дополнительного правительского контроля.

Следует отметить, что хотя медицинская общественность воспринимала идею учреждения Главного Управления Государственного Здравоохранения скорее в негативном ключе [2, с. 38–39], в остальном её представления о модернизации системы здравоохранения, как правило, совпадали с предложениями центральной власти.

3. Модернизация врачебно-санитарного законодательства. Так, в вопросе борьбы с заразными болезнями и реформаторы, и земские врачи исходили из приоритета санитарных мероприятий и улучшения жизненных условий перед карантинными мерами, что выразилось в разработке целого пакета законопроектов, закреплявших санитарно-эпидемиологические требования к жилым помещениям, бытовому водоснабжению, обращению с отходами, чистоте атмосферного воздуха, продуктам питания, предметам домашнего обихода, местам погребения, лечебным mestностям и т.д. Часть проектов предполагала кардинальный пересмотр и актуализацию положений действующего законодательства, часть – регулирование отношений, ранее остававшихся вне правового поля, и создание принципиально новых институтов.

Многочисленные открытия в области бактериологии, эпидемиологии и социальной гигиены обеспечили научно обоснованный подход к правовому регулированию. Практически каждый из «санитарных» законопроектов предполагал издание на своей

основе специальных подзаконных актов, регламентирующих такие «технические» вопросы, как нормы содержания в водопроводной воде органических и неорганических веществ, нормы допустимого загрязнения атмосферного воздуха дымом, способы и средства обеззараживания вещей и помещений, списки веществ, разрешенных и запрещенных при изготовлении той или иной продукции и т.п.

На качестве проектируемого санитарного законодательства положительно сказался и тот факт, что при его разработке реформаторы могли гораздо свободнее рецептировать передовые положения иностранного законодательства – уникальность отечественной системы здравоохранения проявлялась в данной области гораздо слабее, чем, например, в организации оказания населению медицинской помощи. Вследствие этого некоторые из разработанных законопроектов, например, Положение о мерах предупреждения заразных болезней и борьбы с ними и Положение о санитарной охране жилищ в значительной степени соответствовали стандартам медицинского законодательства Великобритании, Франции, Германской империи и других иностранных государств.

Масштабные последствия обещало возметь возложение на государство обязанности по санитарному просвещению населения. В дореволюционный период популяризацией медицинских знаний занимались в первую очередь врачебные, научные и просветительские общественные объединения, а также отдельные земства по собственной инициативе. Законопроект же предусматривал издание за счет казны популярных книг, брошюр, листовок и плакатов, а также предоставление земствам, городам и общественным организациям пособий на осуществление просветительских мероприятий; провозглашалась масштабная задача по введению в начальных училищах и церковно-приходских школах преподавания основ здравоохранения, а в средних учебных заведениях – гигиены [26, с. 265–267].

Следует отметить, что реформаторы признавали важность адаптации общих санитарных предписаний к местным условиям, и в подавляющем большинстве случаев не посягали на право земских собраний и городских дум издавать обязательные постановления в области санитарного надзора. Процедурные вопросы его осуществления также должны были регулироваться в первую очередь местными инструкциями.

Анализ разработанных законопроектов позволяет выделить четыре модели правового регулирования тех или иных вопросов в области санитарного законодательства:

- исключительно обязательными постановлениями органов местного самоуправления;
- общими положениями закона и обязательными постановлениями органов местного самоуправления, принятыми в дополнение к ним;
- общими положениями закона, подзаконными актами органов исполнительной власти и обязательными постановлениями органов местного самоуправления, принятыми в дополнение к последним;
- исключительно законом и (или) подзаконными актами органов исполнительной власти.

В большинстве законопроектов, как правило, сочетались несколько вышеперечисленных моделей. Так, в проектах Положения о санитарной охране воздуха от загрязнения дымом и Положения о санитарных требованиях, коим должны удовлетворять помещения и места продажи и изготовления пищевых продуктов и напитков преобладала первая

модель правового регулирования, в проектах Положения о санитарной охране воды, воздуха и почвы и Положения о санитарной охране жилищ – вторая и четвертая, в проекте Положения об обеспечении доброкачественности пищевых и вкусовых продуктов и напитков – третья, в проекте Положения о мерах предупреждения заразных болезней и борьбы с ними – третья и четвертая, в проекте Положения об устройстве кладбищ и крематориев, о погребении и учете умерших – первая и четвертая. Исключением на общем фоне стал проект Положения об обеспечении безвредности для здоровья некоторых предметов домашнего обихода, нормы которого полностью исключали муниципальное правотворчество [\[13, с. 91\]](#).

Реформаторы признавали автономию земств и городов не только в нормотворческой, но и в исполнительно-распорядительной деятельности. Поздняя Российская Империя знала пример реформы здравоохранения, провалившейся по причине излишней регламентации земской медицины и игнорирования местных особенностей – речь идет о попытке принятия Устава лечебных заведений ведомства МВД в 1893 г., действие которого было приостановлено уже через два года по многочисленным ходатайствам органов земского самоуправления [\[11, с. 16–20\]](#). Члены Комиссии Г. Е. Рейна вполне осознавали причины неудачи своих предшественников и старались не допускать повторения их ошибок.

Ни один из законопроектов не предусматривал переподчинение муниципальных лечебных заведений Главному Управлению Государственного Здравоохранения, а тем более их национализацию. За органами местного самоуправления сохранялось право учреждать, открывать и закрывать лечебные заведения явочным порядком, управлять и заведовать ими на основании общих законов, а также собственных правил и инструкций, свободно приглашать и увольнять служебный персонал [\[26, с. 299, 303, 311\]](#).

В дошедших до нас редакциях законопроектов не было закреплено общее положение о бесплатности медицинской помощи для населения (исключение составляли больные острозаразными болезнями, сифилисом, перелом и трахомой) – размер платы и условия освобождения от неё устанавливались обязательными постановлениями ведомств или органов местного самоуправления, на средства которых содержались лечебные заведения [\[26, с. 309, 313–314\]](#).

Комиссия Г. Е. Рейна не препятствовала существованию широкого спектра практик межмуниципального сотрудничества в области здравоохранения, напротив, отныне прямо предусматривалась возможность передачи полномочий по врачебно-санитарным мероприятиям от города с населением менее 20 тысяч человек к уездному земству и от уездного земства к губернскому на основании соглашений между ними [\[26, с. 98\]](#).

Интересно отметить, что в тех случаях, когда авторы законопроектов все-таки обращались к императивным нормам при регламентации деятельности земств и городов, это нередко представляло собой попытку законодательно закрепить уже существующие на местах позитивные практики и, соответственно, масштабировать их на всю территорию Империи – примером подобного могут служить нормы об оказании врачебной помощи на дому, о единовременной в управлении лечебными заведениями и об обязательных врачебных дежурствах [\[26, с. 301, 304, 315\]](#).

Даже наиболее спорное требование об обязательном создании при земских и городских управах специальных органов по заведыванию санитарно-врачебной частью и консультативных врачебно-санитарных совещаний, которое действительно можно рассматривать как необоснованное посягательство на самостоятельность органов

местного самоуправления, не было оторванным от практики общественной медицины [26, с. 98–99].

В указанном предписании можно без труда усмотреть попытку легализовать существующие на протяжении нескольких десятилетий земские и городские санитарные бюро, врачебно-санитарные советы и прочие коллегиальные органы при управах. В этом отношении уместно привести следующую цитату: «Нельзя было бы не поприветствовать такого законодательного акта, которым признанные большинством земств санитарные советы устанавливались бы постоянным и повсеместным учреждением при земских управах. Это, как мы глубоко убеждены, разом бы выровняло все врачебно-санитарное дело в Земской России» [15, с. 178].

4. Обеспечение доступной медицинской помощи: планы и реальность. Особую значимость в деле модернизации системы здравоохранения имело закрепление минимальных количественных требований к оснащенности врачебно-санитарной инфраструктурой и медицинским персоналом. С учетом того, что указанные предписания были едиными для всех регионов, их реализация позволила бы, во-первых, завершить унификацию системы оказания медицинской помощи населению Российской Империи (к 1914 г. сельская врачебная часть, основанная на участковой системе, так и не была введена в Остзейских и Привислинских губерниях, за исключением Эстляндской и Плоцкой), во-вторых, сгладить диспропорции территориального развития отдельных её частей.

В то же время было очевидно, что законодательное закрепление необоснованно завышенных, заведомо неисполнимых требований грозило дискредитировать реформу и обернуться полным её провалом. Вероятно, по этой причине был избран довольно осторожный подход, закрепляющий, как правило, научно или логически обоснованный минимум требований. В данном вопросе реформаторы и деятели общественной медицины также демонстрировали заочный консенсус.

Наиболее показательны в этом отношении предписания Положения об обеспечении населения общедоступной врачебной помощью, в соответствии с которыми основной единицей устройства медицинской помощи признавался врачебный участок с радиусом не более 10 верст и населением от 9 до 11 тысяч человек. Данное требование распространялось на местности с плотностью населения от 29 до 35 жителей на кв. версту – при большей или меньшей плотности населения допускались отступления от указанных параметров [26, с. 315–316]. В каждом врачебном участке должно было находиться лечебное заведение с постоянными койками для терапевтических и хирургических больных и с особыми отделениями для острозаразных больных и рожениц. Отсутствие в указанном законопроекте, равно как и во всех остальных, упоминаний о самостоятельных фельдшерских пунктах дает основание считать, что Комиссия Г. Е. Рейна намеревалась решить проблему «фельдшеризма», осуждаемого земскими врачами с конца XIX в.

Приведенный фрагмент законопроекта практически дословно воспроизводит описание надлежащего устройства врачебных участков из фундаментального труда З. Г. Френкеля «Очерки земского врачебно-санитарного дела», где получили научное обоснование следующие параметры: радиус – не более 10 верст, площадь – не более 314 кв. в., численность сельского населения – не более 10 тысяч человек. В каждом участке предполагалась организация лечебницы со следующими отделениями: амбулаторией, собственно больницей, сифилитическим отделением, заразным бараком, родильным

отделением [28, с. 92, 110, 112].

Требования к минимальной оснащенности врачебных участков и населенных пунктов общим и специальным коечным фондом представлены в нижеследующей таблице.

Таблица 1. Проектируемые Комиссией Г. Е. Рейна требования к минимальной оснащенности врачебных участков и населенных пунктов коечным фондом [26, с. 316–317]

| | В уездах и населенных пунктах с населением от 11 до 55 тысяч человек | В населенных пунктах с населением свыше 55 тысяч человек |
|-----------------------------|--|--|
| Для терапевтических больных | 1 койка на 1000 человек населения | 1 койка на 1000 человек населения |
| Для острозаразных больных | 1 койка на 1000 человек населения | 2 койки на 1000 человек населения |
| Для рожениц | 1 койка на 145 случаев родов | 1 койка на 73 случая родов |
| Для душевнобольных | 1 койка на 1700 человек населения | |
| Для хирургических больных | 1 койка на 10 000 человек населения | |
| Для глазных больных | 1 койка на 12 000 человек населения | |

На удивление скромные требования закреплялись в проекте Положения об охране материнства, младенчества и детства. Им предусматривалось создание яслей, обеспечивающих не менее 5% (в уездах) и 2% (в городах) всего наличного детского населения в возрасте до 5 лет, а также детских консультаций из расчета не менее одной на 20 000 жителей (для городов с населением от 20 до 200 тысяч человек) или на 50 000 жителей (для городов с населением свыше 200 тысяч человек). Кроме того, в городах детские консультации в обязательном порядке создавались при детских больницах, детских отделениях больниц, воспитательных домах, воспитательных приютах и родильных приютах; в сельской местности предусматривалось лишь факультативное устройство консультаций при земских больницах [26, с. 112–114].

Законопроектами предусматривалось создание и более сложной медицинской инфраструктуры. Так, в каждой губернии, в уезде и в городе с населением свыше 50 000 человек должны были быть устроены службы обеззараживания, а также лаборатории для производства бактериологических и санитарно-технических исследований [26, с. 101, 103]. Помимо этого, органам местного самоуправления предписывалось обеспечить возможность производства лабораторных исследований пищевых и вкусовых продуктов и напитков во всех населенных пунктах с населением свыше 25 тысяч человек [26, с. 223–224]. В населенных пунктах с населением свыше 25 тысяч человек предусматривалось обязательное устройство водопровода общего пользования, а с населением свыше 40 тысяч человек – также и канализации [26, с. 176, 178].

В части обеспеченности населения медицинским персоналом предписывалось, что на один нормальный врачебный участок в сельской местности и на каждые 11 тысяч человек в городах должно приходиться не менее одного врача и трех лиц медицинского персонала [26, с. 315–316]. В дополнение к этому на уездные земства возлагалась обязанность содержать не менее одного санитарного врача на уезд, а на

городские думы городов с населением свыше 20 тысяч человек – не менее одного санитарного врача на город (для городов с населением свыше 50 тысяч человек – на каждые 50 тысяч жителей) [26, с. 99]. Стоит отметить, что лишь такое количество санитарных врачей позволяло обеспечить хотя бы минимальный надзор за соблюдением обязательных постановлений губернских земств [9, с. 71]. Помимо этого, в городах с населением свыше 25 тысяч человек предполагалось учреждение специальных должностей жилищно-санитарных инспекторов, количество которых должно было определяться городскими думами.

Тем не менее, показатели развития, достигнутые отечественной системой здравоохранения перед Первой Мировой войной, существенно отставали даже от этих минимальных требований [25, с. 7, 17, 18].

Так, количество врачебных участков в Империи оказалось втрое меньше проектируемого; даже в 34 наиболее развитых «староземских» губерниях их число требовалось увеличить более чем вдвое. Ни в одной губернии России не было достигнуто полного соответствия врачебных участков оптимальным критериям радиуса, площади и населения в совокупности [21, с. 58]. Отдельно следует отметить тот факт, что несмотря на постоянный рост земских расходов на здравоохранение, средний темп роста числа врачебных участков в этих губерниях с течением времени демонстрировал тенденцию к снижению.

Таблица 2. Показатели динамики развития сети врачебных участков в «староземских» губерниях [28, с. 121; 19, с. 57; 21, с. 89]

| | 1870-1880 | 1880-1890 | 1890-1900 | 1900-1910 | 1910-1913 |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Абсолютный прирост | 395 | 515 | 570 | 698 | 262 |
| Коэффициент прироста | 1,745 | 1,557 | 1,396 | 1,347 | 1,097 |
| Средний темп роста | 1,057 | 1,045 | 1,034 | 1,030 | 1,031 |

Общее число больничных коек в Империи (включая койки в фабричных, частных и ведомственных лечебных заведениях) оказалось меньше проектируемого в 3,3 раза. Средний темп роста коечного фонда в «соматических» больницах как в 1903–1908 гг., так и в 1908–1913 гг. находился на уровне всего 1,042 [20, с. 66, 67, 71; 21, с. 60, 61, 64]. Количество коек в психиатрических учреждениях составляло 43% от минимального норматива, количество коек для рожениц – только 8,7% [21, с. 61, 64]. В 1910 г. 24% участков в 34 «староземских» губерниях не имели лечебниц – такой же показатель был зафиксирован в 1870 г. [28, с. 121].

По данным З. Г. Френкеля, требующим, вероятно, определенной корректировки, в начале 1913 г. только 13 из 40 земских губерний (без учета Астраханской, Оренбургской и Ставропольской) удовлетворяли требованию одного санитарного врача на уезд [28, с. 202–203]. Немногим лучше обстояли дела и в городах. Исследование Д. Н. Жбанкова показало, что в 1913 г. требованиям законопроектов к числу санитарных врачей соответствовали лишь 6 из 33 городов с населением свыше 100 тысяч человек и 12 из 54 городов с населением от 50 до 100 тысяч человек. Если же включать в число санитарных врачей заведующих санитарным бюро, школьных, эпидемических, торгово-

санитарных врачей, а равно служащих при лабораториях, дезинфекционных камерах и т.п., показатели возрастут до 22 и 24 городов соответственно. Санитарная организация в городах с меньшим населением, как правило, была намного слабее, а порой и вовсе отсутствовала [10, с. 442–449].

В 1913 г. на всей территории Империи действовала всего 61 гигиеническая лаборатория для исследования пищевых и вкусовых веществ, из которых 49 содержались городами, 2 – земствами, 1 – совместно земством и городом [21, с. 67]. Дезинфекционные камеры и лаборатории для производства бактериологических и санитарно-технических исследований так же не имели повсеместного распространения.

По данным Управления Главного врачебного инспектора на 1 января 1911 г. во всей Империи насчитывалось 197 населенных пунктов с населением свыше 25 тысяч человек и 111 с населением свыше 40 тысяч. Из этого числа только 107 были оснащены водопроводом и лишь 9 – сплавной канализацией [12, л. 47; 1, с. 15]. Всего же в стране насчитывалось 227 водопроводов общественного назначения в 204 населенных пунктах. О качестве воды в них красноречиво свидетельствует тот факт, что только 59 водопроводов (26%) были оснащены фильтрами, а постоянный санитарный надзор за качеством воды был организован только 65 населенных пунктах (32%) [1, с. 11, 13].

Последующие шесть лет урбанизации и поступательного развития городского коммунального хозяйства несколько изменили ситуацию к лучшему. Так, с 1912 по 1917 гг. водопроводы были введены в эксплуатацию, например, в Омске, Красноярске, Рязани, Черкассах, сплавная канализация – в Харькове, Самаре, Саратове, Царицыне, Перми. Тем не менее, большинство дореволюционных городов продолжали пребывать в состоянии санитарного неблагополучия.

5. Финансово-правовые аспекты реформы. При сохранении наблюдавшихся в 1900–1913 гг. темпов развития системы здравоохранения, достижение выработанных Комиссией Г. Е. Рейна нормативов растянулось бы более чем на два десятилетия. При столь существенном расхождении проектируемых требований с действительностью, задачи модернизации не могли бы быть достигнуты без значительного увеличения публичных расходов на данную сферу. По предварительным оценкам, затраты на организацию общедоступной врачебной помощи должны были составить не менее 648 млн. рублей единовременных расходов и 387 млн. рублей ежегодных [25, с. 19], на устройство водопроводов и канализаций – не менее 200 млн. рублей [4, л. 122].

Таким образом, финансовая составляющая реформы становилась едва ли не важнейшей её частью. В данном вопросе реформаторы исходили из сохранения *status quo* в том смысле, что большая часть расходов на здравоохранение должна финансироваться за счет средств городских и земских бюджетов. Таким образом, необходимость реформирования системы здравоохранения оказывалась неразрывно связанной с решением проблемы недостаточности доходов местных бюджетов. Комиссия Г. Е. Рейна предлагала решить её двумя путями: закреплением за местными бюджетами нового источника доходов в виде особого сбора на врачебно-санитарные нужды (вероятно, по аналогии с взимаемым в шестнадцати городах больничным сбором) и предоставлением им трансфертов из государственного бюджета [26, с. 322].

Впрочем, осознание проблемы пришло к реформаторам не сразу. Анализ исследуемых законопроектов показывает, что более ранние из них, особенно разработанные МВД по Управлению главного врачебного инспектора, не предусматривали мер финансовой

поддержки местных бюджетов даже в таких глобальных вопросах, как устройство водопровода и канализации. В связи с этим следует особо отметить позитивную роль Государственной Думы – именно по её инициативе проект Положения об обеспечении доброкачественности пищевых продуктов и вкусовых продуктов и напитков был дополнен нормой о возмещении половины расходов на устройство и содержание земских и городских лабораторий, а проект Положения о санитарной охране воды, воздуха и почвы – о субсидировании половины расходов на санитарные мероприятия, не приносящие дохода, и выдаче городам беспроцентных ссуд на сооружение водопровода и канализации.

Для лучшего понимания контекста, в котором были разработаны предложения Комиссии Г. Е. Рейна, представляется уместным подробнее остановиться на характеристике межбюджетных отношений в Российской Империи.

Первые случаи субсидирования государством местных расходов на здравоохранение имели место еще во второй половине XIX в., однако и по объему, и по частоте предоставления оставались крайне малозаметным явлением вплоть до начала 1910-х гг. До этого времени пособия из казны в принципе не играли заметной роли в доходах местных бюджетах – достаточно сказать, что на них приходилось только 1,9% доходов земств в 1900–1902 гг. [\[6, с. 38\]](#) и 0,37% доходов городов, где было введено Городовое положение, в 1899–1901 гг. [\[16, с. 64–65; 17, с. 64–65; 18, с. 64–65\]](#). Ситуация начала меняться только в 1908 г. с выделением из казны 6,9 млн. рублей в качестве пособий органам местного самоуправления на мероприятия по введению всеобщего начального образования. Постепенно субсидирование местных бюджетов было распространено и на другие сферы – в результате в 1912 г. пособия от казны составляли уже 13,6% доходов земских бюджетов и 6,5% доходов бюджетов городов, где было введено Городовое положение [\[5, с. 37; 7, с. 41\]](#).

Что же касается расходов на здравоохранение, то с 1911 г. ежегодно принимался ряд типовых законов, предусматривающих выделение пособий городским и земским учреждениям на осуществление противочумных и противохолерных мероприятий:

- на наем добавочного высшего и низшего медицинского персонала, на расходы по приобретению лекарств, дезинфекционных средств и инструментов;
- на улучшение источников водоснабжения;
- на устройство временных лечебных заведений (бараков, больничных амбулаторий и т.д.) и врачебно-питательных пунктов.

Изначально предполагалось возмещение органам местного самоуправления половины сумм, ассигнуемых на указанные цели, однако уже в 1913 г. было введен повышенный размер трансфертов – тем земским и городским учреждениям, которые по своему финансовому положению были не в состоянии воспользоваться пособиями на общих основаниях, таковые предоставлялись в размере 75% от понесенных расходов. С 1914 г. предусматривалась возможность еще сильнее увеличивать размер пособия относительно местных трат.

Несмотря на постепенную эволюцию положений указанных законов в интересах местного самоуправления, общий размер выделяемых на их основании трансфертов едва ли можно считать адекватным местным нуждам. Так, в 1911 г. органы земского и городского самоуправления ходатайствовали о предоставлении пособий на общую сумму 6,19 млн. рублей, в 1912 г. – на 4,13 млн. рублей, в 1913 г. – на 5,51 млн. рублей. Общий же

размер средств, выделенных земским, городским и заменяющим их учреждениям за указанные три года составил 4,6 млн. рублей или 29% от запрошенных ими сумм [\[14, с. 229\]](#).

Одновременно с этим принимаются законы «Об улучшении земских и городских финансов» от 5 декабря 1912 г. и «Об установлении положения о предохранительном оспопрививании» от 21 июня 1914 г., предусматривающие субсидирование местных расходов на здравоохранение на более системной основе. Первый из них предусматривал возмещение 1/3 расходов, производимых из земских сумм на содержание и лечение умалишенных, второй – 1/2 земских и городских расходов на открытие и содержание оспенных телятников, а также на временное усиление медицинского состава, вызванное борьбой с эпидемиями оспы (указанное положение было внесено в текст закона по инициативе Государственной Думы [\[3, л. 85\]](#)).

Перечисленными законами, по большому счету, и ограничивалось субсидирование местных расходов на здравоохранение в довоенный период. На этом фоне предложения реформаторов выглядели по-настоящему масштабно и впечатляюще. Наибольший интерес в этом отношении представляет проект Положения об обеспечении населения общедоступной врачебной помощью – самой затратной из проектируемых реформ – предусматривающий наиболее сложный механизм финансирования.

В соответствии с данным Положением уездные земские собрания и городские думы разрабатывали сети врачебных участков (для уездов), планы общедоступной врачебной помощи (для городов с населением свыше 55 тыс. человек) и финансовые планы устройства общедоступной врачебной помощи, после чего предоставляли их на утверждение Главного Управления Государственного Здравоохранения.

В случае утверждения указанных документов и принятия органами местного самоуправления обязательств по осуществлению выработанного ими комплекса мероприятий в порядке и сроки, установленные Главным Управлением Государственного Здравоохранения, им предоставлялось право на получение трансфертов из средств государственного казначейства. Положение предусматривало три разновидности таковых:

- возмещение сумм, расходуемых на содержание медицинского персонала лечебных заведений в порядке и размерах, предусмотренных в финансовых планах;
- единовременное пособие в размере 100 рублей на оборудование каждой больничной койки при открытии каждого нового лечебного заведения;
- ссуды на сооружение, расширение и переустройство больничных зданий.

По замыслу авторов законопроекта пособия должны были выделяться из средств государственного казначейства, ссуды – из специально учрежденного больнично-строительного фонда по ходатайствам земских и городских учреждений. Процедура предоставления последних так и не была урегулирована – неизвестны ни размер ссуд, ни основания и условиях их предоставления. Имеются основания полагать, что данный вопрос мог бы быть урегулирован по аналогии со школьно-строительным фондом.

В целом же несложно заметить, что вышеизложенные положения в значительной степени дублируют механизм финансирования реформы начального образования. Данный опыт не был совершенно чужд и для сферы здравоохранения – подобные механизмы развития сети врачебных участков естественным образом складывались в практике отдельных губернских земств. Наиболее схожая модель была реализована в Московской губернии –

основная разница заключалась лишь в расходах, на покрытие которых губернское земство выделяло трансферты уездному [28, с. 174-175]. О степени её эффективности наглядно свидетельствует тот факт, что именно здесь площадь и населенность врачебных участков были наиболее близки к оптимальным параметрам.

Что же касается абсолютных значений планируемых трансфертов, то в первый год действия Положения об обеспечении населения общедоступной врачебной помощью предполагалось выделить 23 млн. рублей на пособия и 20 млн. рублей на ссуды – для сравнения, наибольший суммарный размер пособий и ссуд, выделяемых в год на цели введения всеобщего начального образования, составлял 24 млн. рублей. Отметим также, что в 1913 г. расходы земств на медицинскую часть составляли 70,22 млн. рублей [6, с. 55], городов – 32,48 млн. рублей [21, с. 129].

Законопроекты, разработанные Комиссией Г. Е. Рейна, предполагали субсидирование и некоторых иных расходов местных бюджетов. В частности, предусматривалась выдача пособий на осуществление мероприятий по предупреждению и борьбе с заразными болезнями на общую сумму 5 млн. рублей в год (т.е. в размере большем, чем было выделено на те же цели с 1911 по 1913 гг.), возмещение части расходов лечебным заведениям за лечение остроизаразных больных и т.д. [26, с. 21, 308]

6. Заключение. По жестокой иронии реформа, в основу которой были положены идеи согласования интересов и достижения компромиссов, была отклонена по сугубо политическим причинам. Осенью 1916 г. Г. Е. Рейн убедил Николая II утвердить законопроект о создании Главного Управления Государственного Здравоохранения в чрезвычайно-указном порядке, на основании ст. 87 Основных Государственных Законов, что автоматически настроило против него депутатов из прогрессивного блока. Дальнейшее нарастание кризиса в отношениях между законодательной и исполнительной властью предопределило судьбу реформы – 16 февраля 1917 г. законопроект был отклонен думской комиссией о народном здравии без его рассмотрения по существу, а 22 февраля Г. Е. Рейн сам забрал проект из Думы.

Несмотря на то, что реформа здравоохранения так и не была утверждена, её исследование является весьма продуктивным для осмыслиения процессов политической модернизации в последние предреволюционные годы. В её материалах нашли отражение многие общие тенденции развития российской государственности 1906–1917 гг.: регулирование всё большего числа сфер общественных отношений, формирование институтов социальной политики, бюрократизация и унификация государственного управления и т.д.

Анализ многочисленных законопроектов позволяет сделать вывод, что проект реформы, с одной стороны, довольно органично вписывался в контекст общеевропейских трендов политики здравоохранения начала XX в., с другой – стремился по возможности учитывать многолетние традиции русской общественной медицины. Кооптирование представителей земств и городов в процессы высшего государственного управления, создание координационных и согласительных структур, признание важности сохранения местной инициативы, стремление институционализировать и масштабировать лучшие из локальных практик, укрепление финансовой базы местного самоуправления – конструктивность вышеперечисленных мер не вызывает сомнений даже с позиций сегодняшнего дня, тогда как в реалиях начала XX в. многие из них носили едва ли не революционный характер.

Что же касается степени адекватности исследуемой реформы проблемам отечественного

здравоохранения и, как следствие, объективности или субъективности факторов её провала, достаточно сказать, что все концептуальные положения, предложенные Комиссией Г. Е. Рейна: создание самостоятельного органа управления здравоохранением, общедоступность квалифицированной медицинской помощи, участковый принцип обслуживания, акцент на санитарно-гигиенических мероприятиях, просвещение населения в вопросах здравоохранения – были положены в основу системы Семашко в первые же годы после Октябрьской революции и, с определенными трансформациями, сохранились до настоящего времени. С учетом этого, едва ли будет ошибочным считать, что реформаторы потерпели тактическое поражение в моменте, но одержали стратегическую победу в исторической перспективе.

Библиография

1. Водоснабжение и способы удаления нечистот в городах России. СПб.: Изд. Управления Главного Врачебного Инспектора МВД, 1912. 270, 215 с.
2. Двенадцатый Пироговский съезд. Петербург, 29 мая – 5 июня 1913 г. Вып. II. СПб.: Изд. О-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1913. 512 с.
3. Дело об утверждении положения о предохранительном оспопривании // РГИА. Ф. 1278. Оп. 6. Д. 61. Л. 85.
4. Дело об утверждении правил санитарной охраны воздуха, воды и почвы // РГИА. Ф. 1278. Оп. 6. Д. 508. Л. 122.
5. Доходы и расходы земств 40 губерний по сметам на 1912 год. СПб.: Изд. М-во фин., Деп. оклад. сборов, Стат. отд., 1914. 85, 434 с.
6. Доходы и расходы земств 40 губерний по сметам на 1913 год. Пг.: Изд. М-во фин., Деп. оклад. сборов, Стат. отд., 1915. 92, 424 с.
7. Доходы, расходы, специальные капиталы и задолженности городских поселений на 1912 год. Пг.: Изд. М-во фин., Деп. оклад. сборов, Стат. отд., 1917. 80, 532 с.
8. Егорышева И. В. Значение трудов комиссии Г. Е. Рейна для здравоохранения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2013. № 2. С. 54-57.
9. Жбанков Д. Н. О деятельности санитарных бюро и общественно-санитарных учреждений в земской России. Краткий исторический обзор. М.: Изд. О-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1910. 71 с.
10. Жбанков Д. Н. Сборник по городскому врачебно-санитарному делу в России. М.: Изд. О-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1915. 552 с.
11. Записка к истории вопроса о пересмотре Устава лечебных заведений гражданского ведомства 1851 года // Высочайше учрежденная межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 1: 1-я сессия. СПб., 1912. 849 с. разд. паг.
12. О санитарной охране воздуха, воды и почвы // РГИА. Ф. 1276. Оп. 9. Д. 765. Л. 47.
13. Об обеспечении безвредности для здоровья некоторых предметов домашнего обихода // Высочайше учрежденная межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 10: Законопроекты. Пг., 1916. 1063 с. разд. паг.
14. Об учреждении Главного Управления Государственного Здравоохранения // Высочайше учрежденная межведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 9: Законопроекты. Пг., 1916. 1159 с. разд. паг.
15. Осипов Е. А., Попов И. В., Куркин П. И. Русская земская медицина: обзор развития

- земской медицины в России вообще и отдельно в Московской губернии с кратким статистическим очерком страны и ее санитарного состояния. М.: Изд. Правления О-ва русских врачей в память Н.И. Пирогова, 1899. 340, 29 с.
16. Отчет о денежных оборотах городских касс за 1899 год. СПб.: Изд. Хозяйственного Департамента МВД, 1902. 180 с.
17. Отчет о денежных оборотах городских касс за 1900 год. СПб.: Изд. Хозяйственного Департамента МВД, 1902. 199 с.
18. Отчет о денежных оборотах городских касс за 1901 год. СПб.: Изд. Главного Управления по делам Местного Хозяйства, 1904. 268 с.
19. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1910 год. СПб.: Изд. Управления Главного Врачебного Инспектора МВД, 1912. 112, 269 с.
20. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1912 год. СПб.: Изд. Управления Главного Врачебного Инспектора МВД, 1914. 82, 341 с.
21. Отчет о состоянии народного здравия и организации врачебной помощи в России за 1913 год. Пг.: Изд. Управления Главного Врачебного Инспектора МВД, 1915. 70, 333 с.
22. Поддубный М. В., Егорышева И. В., Шерстнева Е. В. и др. История здравоохранения дореволюционной России (конец XVI – начало XX в.). М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. 248 с.
23. Российская империя между реформами и революциями, 1906–1916. Коллективная монография / под ред. А. И. Миллера и К. А. Соловьева. – М.: Квадрига, 2021. 788 с.
24. Справка о действующей организации управления врачебно-санитарным делом в России // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 2: 2-я сессия. СПб., 1913. 488 с. разд. паг.
25. Третья записка об общих основаниях устройства врачебной помощи в России // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 5: 5-я сессия. СПб., 1914. 1010 с. разд. паг.
26. Устав здравоохранения и учреждения, ведающие врачебно-санитарным делом // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 11. Пг., 1916. 510 с.
27. Учреждение Главного Управления Государственного Здравоохранения // Высочайше учрежденная междуведомственная комиссия по пересмотру врачебно-санитарного законодательства: материалы. Т. 6. СПб., 1914. 1159 с. разд. паг.
28. Френкель З. Г. Очерки земского врачебно-санитарного дела (по данным работ, произведенных для Дрезден. и Всерос. гигиен. выставок). СПб.: Тип. АО «Слово», 1913. 228 с.
29. Фрейберг Н. Г. Врачебно-санитарное законодательство в России: узаконения и распоряжения правительства по гражданской медицинской, санитарной и фармацевтической частям, опубликованным по 1 января 1913 года. СПб: Изд. «Практическая медицина», 1913. 1071 с.
30. Хоффманн Д. Л. Взращивание масс. Модерное государство и советский социализм. 1914–1939. / пер. с англ. А. Терещенко. М.: Новое литературное обозрение, 2018. 424 с.

Результаты процедуры рецензирования статьи

В связи с политикой двойного слепого рецензирования личность рецензента не раскрывается.

Со списком рецензентов издательства можно ознакомиться [здесь](#).

Предмет исследования. В статье "Проект реформы здравоохранения Г. Е. Рейна: упущенные возможности модернизации Российской Империи 1906-1917 гг." предметом исследования является проект реформы врачебно-санитарного законодательства, разработанный центральной властью в первой половине 1910-х гг., а именно, историческая ретроспектива отдельных источников дореволюционного медицинского права и всей системы здравоохранения. В основном автор обращается к исследованию деятельности Межведомственной комиссии по пересмотру врачебно-санитарного законодательства под руководством председателя Медицинского Совета, академика Г. Е. Рейна.

Методология исследования. Методологический аппарат статьи составили многие современные методы научного познания: исторический, формально-логический, юридико-технический, формально-догматический, сравнительного правоведения и др. Также автором статьи применялись такие научные способы и приемы, как дедукция, моделирование, систематизация и обобщение.

Актуальность исследования. Изучение истории правового регулирования способствует пониманию общих принципов развития общества и управления им, в том числе, за счет права (норм права), обеспечивает идентичность, а также необходимо для определения повторяющихся паттернов. Указанные обстоятельства обеспечивают актуальность темы исследования данной статьи.

Научная новизна. Многие историки, в том числе историки права, обращались к исследованиям проблем модернизации Российской Империи 1906-1917 гг., о чем говорит проведенный анализ различных концепций автором данной статьи. Однако выбранный автором данной статьи аспект исследования имеет элементы научной новизны. Выводы автора аргументированы и заслуживают внимания научного сообщества, в частности, вывод о том, что "...проект реформы, с одной стороны, довольно органично вписывался в контекст общеевропейских трендов политики здравоохранения начала XX в., с другой – стремился по возможности учитывать многолетние традиции русской общественной медицины" или другое утверждение "...реформаторы потерпели тактическое поражение в моменте, но одержали стратегическую победу в исторической перспективе".

Стиль, структура, содержание. Статья написана научным стилем. Статья структурирована, имеет введение, основную часть и заключение. По содержанию статья раскрывает тему и полностью соответствует ей. Материал изложен последовательно, грамотно и ясно. Результаты исследования и выводы обоснованы. Замечаний по содержанию нет.

Библиография. При написании данной статьи автором использовалось достаточное количество библиографических источников. Все ссылки на библиографические источники оформлены в соответствии с установленными требованиями.

Апелляция к оппонентам. В ходе написания своей статьи автор апеллирует к авторитетным мнениям других ученых-историков. Все обращения к оппонентам корректные, заимствования оформлены цитированием со ссылками на источник опубликования.

Выводы, интерес читательской аудитории. Статья "Проект реформы здравоохранения Г. Е. Рейна: упущенные возможности модернизации Российской Империи 1906-1917 гг." может быть рекомендована к опубликованию в научном журнале "Genesis: исторические

исследования", поскольку отвечает установленным требованиям и редакционной политике данного научного издания, является актуальной и отличается научной новизной. Статья может представлять научный интерес для историков права и юристов, а также для преподавателей и обучающихся юридических вузов и факультетов.