



Проф. Ф.Я. Ступак

Національний медичний університет імені О.О.
Богомольця (Київ)

Діяльність міських органів самоврядування в галузі соціально- медичної допомоги

Питанням діяльності органів міського самоврядування у дорадянський період присвячено чимало історичних студій, серед яких висвітлюється і ланка надання соціально-медичної допомоги. Метою даного історичного огляду є окреслені питання на теренах України.

До 1870 р. управління містами Російської імперії було побудоване на становій основі, несприятливий для справи піклування про бідних. За цією системою стани економічно сильні мали витратити на підтримку нужденних значні кошти, однак в дійсності у цьому не було потреби, адже бідних серед них завжди було небагато. Інші ж стани — економічно слабкі, і як наслідок цього — на потреби опіки могли витратити недостатньо, хоча бідних серед них було багато.

Помітне покращання стану соціальної опіки у містах пов'язано з реформою міського самоврядування. У червні 1870 р. Олександр II затвердив Міське положення, згідно з яким у 509 містах Росії були створені виборні безстанові органи міського самоврядування — міські думи (розпорядчий орган), які обиралися на чотири роки. Кількість членів думи — гласних — визначали, виходячи з кількості виборців. Виборцями вважались мешканці міста чоловічої статі, не молодші 25 років. Вони повинні були мати нерухому власність, або свідоцтва на право торгівлі чи промислів, оподатковувані на користь міста. В цілому обирати в думу і бути гласними мали право незначний відсоток мешканців міст. Якщо виборців було менше 300, то кількість гласних становила 30, якщо більше 300, то на кожні 150 виборців додавалося 6 гласних. Найбільша кількість гласних обмежувалося 72.

Дума обирала виконавчий орган громадського управління — міську управу, а також міського голову. Управа працювала на постійній основі. Керівником обох органів був міський голова.

У 1880 р. в міській управі Росії було обрано загалом понад дві тисячі громадян.

До компетенції міської думи і управи входили місцеві господарчі питання, основними з яких були: бюджет та майно міста, піклування про його благоустрій, продовольче забезпечення городян, місцева промисловість і торгівля, кредитна та страхова справа, освітлення, водопостачання, транспорт, шляхове будівництво, запобіжні заходи від вогню та іншого лиха, а також розвиток народної освіти та культури, турбота про охорону здоров'я жителів. Особливою статтею Міського положення на інституції міського самоврядування покладалося піклування про бідних та про припинення жебрацтва; створення благодійних та лікувальних закладів.

Для здійснення своїх функцій міські думи отримали обмежене право оподаткування майна та доходів приватних осіб міст. Розміри оподаткування промислових та торговельних підприємств, будинків та іншої міської нерухомості не могли перевищувати 1% їх вартості.

11 червня 1892 р. нове Міське положення було затверджене. Виборча система зазнала кардинальних змін, істотно звужуючи і без того невелику за питомою вагою частку виборців. У Харкові, наприклад, при населенні 171416 осіб (1892) частка власників виборчого права зменшилась з 4% до 1,33% (з 6890 осіб до 2291). Такого обмеження у виборчих правах мешканців міст не знала жодна з тогочасних європейських країн.

Бюджети міст за 20 років дії Міського положення 1870 р. поступово зростали. Проте вони лишалися низькими, як в абсолютних цифрах, так і на душу населення. У Харкові в 1897—1912 рр. пересічний дохід на душу населення міста зріс з 13,05 руб. до 21,7 руб., що майже удвічі перевищувало середній по-

казник по містах імперії — 11 руб на рік. У 1910 р. Харків поступався за цією ознакою в Україні лише Одесі (15,92 руб.), випереджаючи, наприклад, Київ удвічі (14,64 руб. проти 7,89 руб.). Особливо значно зростали муніципальні доходи Харкова у 1910—1913 рр., коли бюджет збільшився за чотири роки на 62%.

Досить значна різниця відзначається і при співставленні витрат міських управлінь на суспільну опіку з чисельністю міського населення. Витрати на одного жителя по окремих губерніях виражаються такими цифрами: до 5 коп. на 1 жителя витрачалося в губерніях: Волинській — 0,6, Подільській — 1,3; від 5 до 10 коп. — у Харківській — 5,2, Полтавській — 5,3, Чернігівській — 6,7, Київській — 8,1, Катеринославській — 9,5; від 10 до 20 коп. — у Таврійській — 18,3; від 30 до 40 коп. — Херсонській — 38,5. У відсотках найбільші видатки в цілому на суспільну опіку, народну освіту і медицину були в Києві та Одесі, однак в абсолютних числах в Одесі витрачалося значно більше.

Органи міського управління за свій рахунок виконували деякі функції у містах, які покладалися на повітові земства: організовували народну освіту, медичну допомогу тощо. Хоча земства й брали участь у фінансуванні цих видатків, проте, з точки зору дум, не досить активно. Слід зазначити, що інколи бюджети деяких великих міст перевищували бюджети повітових земств у декілька разів (Харкова — у 4 рази, Кременчука — у 3 рази). Вихід з цього становища міські діячі вбачали у відокремленні великих міст, бюджет яких дорівнював бюджету повітового земства, у самостійні повітові одиниці на зразок Москви, Петербургу та Одеси і в одноразовій виплаті певного розміру податку губернському земству, а вже звідти кошти б надходили до повітів.

Загалом, порівнюючи діяльність земських та міських органів самоврядування, можна вказати, що земства найбільших успіхів досягли в організації освіти, медичної допомоги тощо. В той же час органи міського самоврядування відзначалися високою дієздатністю.

До початку 80-х років міські управління не дуже ретельно ставилися до розвитку медичних закладів. Окрім причин, що крилися у Міському положенні 1870 р., був і нерівномірний поділ майна і коштів, які належали раніше приказам громадської опіки, але після утворення земств були передані останнім. У зв'язку з цим, міста нерідко ухилялися від відкриття медичних та благодійних закладів, зазначаючи, що це обов'язок земств. Економічний розвиток міст значно випереджав соціальну та культурну сферу. Мережа міських лікувальних закладів не була достатньо розгалуженою. Медична допомога нерідко не мала належного рівня, особливо, коли справа стосувалася лікування незаможних пацієнтів. Як, наприклад, сумно констатував Д. Багалій, «для калік і недужих Харків скупий».

В усіх повітових містах губерній діяли земські лікарні, де малозабезпечені городяни отримували безкоштовну медичну допомогу, за яку земствам компенсували з міських бюджетів. Так, Чернігівська

управа виділяла на це 945 руб., а Глухівська і Новгород-Сіверська — по 300 руб. Якщо міська еліта була забезпечена медичною допомогою насамперед з приватної практики, то справа охорони здоров'я широких народних мас вимагала втручання органів місцевого самоврядування. Склалося так, що провідну роль у цій галузі в Російській імперії взяли на себе земства. У великих містах значну частину турбот про охорону здоров'я широких верств населення взяло на себе міське громадське самоврядування.

Не маючи досвіду і коштів, необхідних для створення лікарень, вони інколи обмежувалися розширенням та дообладнанням існуючих медичних установ (збільшували кількість ліжок, підвищували заробітну платню міським лікарям тощо). Утворення нових лікарень йшло сутужно, і відомостей про їх відкриття залишилося небагато. У тих випадках, коли міські управління не могли влаштувати стаціонари, вони відкривали приймальні покої та амбулаторії. У перші роки після введення положення 1870 р. такі випадки були, наприклад, в Херсоні та деяких інших містах.

Видатки за перебування в лікарнях нижчих чинів поліції та пожежних команд, треба мати на увазі, що вони були обов'язкові для міських управлінь за законом. Якщо міста не мали своїх лікарень, то вимушені були платити за лікування вказаних чинів земським, приказним та іншим лікарням, що при загальній нестачі коштів вони робили, звичайно, неохоче. Недоїмки на міських управліннях за лікування нижчих чинів поліцейських та пожежних команд зростали з року в рік, поки не набували загрозливих розмірів або не привертати увагу губернського начальства. Тоді одразу доводилося платити, й немало.

Фінансові питання медичної ланки чітко контролювались, мали ретельний облік, що підтверджується документами різних архівів. Органи міського управління вживали заходів з поліпшення санітарно-гігієнічних умов міст. Відповідно до Міського положення 1870 р. (ст. 103) міські думи засновували особливий санітарний нагляд. Особовий склад санітарного нагляду — міські лікарі та наглядачі. Функціями чинів поліції та міських лікарів був загальний нагляд за санітарною справою в місті і розгляд проблем, що виникали по санітарній частині, функції наглядачів — контроль за виконанням обов'язкових постанов міської думи.

Думи видавали обов'язкові постанови, за якими жителі міст мали утримувати в чистоті приватні садиби, торгово-промислові заклади та ін. Санітарно-гігієнічний стан регулярно контролювався спеціально створеними комісіями у складі депутатів, представників поліції та лікарів. Із складу авторитетних службовців, купців та інтелігенції управи призначали санітарних попечителів на громадських засадах, які щоденно обстежували приватні садиби в районі свого постійного проживання.

При виявленні антисанітарних умов було усне попередження і визначався термін для наведення належного порядку. За невчасне виконання рекомендацій до порушників застосовувалися штрафні

санкції. Так, у березні 1879 р. ніжинською комісією за недотримання санітарних норм оштрафовано п'ятьох власників продовольчих крамниць, а виявлені неякісні продукти знищили. У 80-х рр. міський санітарний нагляд здійснювала санітарна виконавча комісія із залученням гласних думи. Завданням комісії було складання обов'язкових постанов, нагляд за їх виконанням, контроль за санітарним станом міста, якістю води, ринками, бойнями, фабриками, статистичні та демографічні дослідження, надання допомоги під час епідемій. Міська влада Харкова вжила заходів із впорядкування торгівлі на базарах, було збудовано комплекс скотобоець за межами міста. З ініціативи гласного міської думи, авторитетного лікаря і громадського діяча М. Светухіна були затверджені обов'язкові постанови для мешканців та установ міста з санітарної частини. Органи міського самоврядування брали активну участь у боротьбі проти поширення інфекційних захворювань. Вони видавали постанови, листівки профілактичного змісту. Разом з поліцією і лікарями міські управління організовували різні запобіжні заходи. В роки епідемій витрати міських управлінь досягали значних сум. Випробуванням для міської санітарно-медичної системи Харкова був спалах у 1909 р. пошесті тифу. Лікарні були переповнені. Харківська міська дума виділила на боротьбу з тифом 20 тис. руб. додаткових коштів. Зусиллями лікарів, органів управління та громадськості епідемію було подолано. У 1910 р. вдалось ліквідувати небезпечний спалах холери.

Перебування у міських лікарнях було платним. Бідним ліки видавалися безплатно. Під час епідемій лікування і щеплення також проводилися безплатно. Платня у лікарів була невисокою, тому в деяких містах, щоб посади лікарів не лишалися вакантними, міські управління виділяли надбавки до їх зарплати.

У міських лікарнях перебували на лікуванні відставні нижчі чини, їх дружини та діти. Право на лікування у цивільній лікарні удовам засвідчував певний документ — «вдовий вид». Наявних коштів не завжди вистачало, тому інколи доводилося звертатися до вищих інстанцій. Харків, поруч з Петербургом, Москвою та Одесою належав до міст, де був установлений лікарняний збір у розмірі один руб. на рік. Це була своєрідна медична страховка. Лікарняний збір сплачували робітники фабрик і заводів, чорнороби, прислуга, візники й торговці вроздріб. Вони отримували лікарняні білети, що давали право на безкоштовну медичну допомогу в муніципальних закладах. Всі інші особи могли лікуватись в них лише за платню.

Наявні мережі медичних закладів не відповідали потребам населення міст. У міру своїх фінансових можливостей міські управління прагнули її розширити. У 1878 р. завдяки подвижницьким зусиллям відомого лікаря В. Франківського у Харкові заснована дитяча лікарня на 20 ліжок, утримання якої взяло на себе міське громадське самоврядування.

У березні 1900 р. в Харкові відбулось урочисте відкриття нової міської лікарні імені Миколи II на 160 ліжок. Незабаром при ній були споруджені два інфекційних бараки на 100 місць. В Олександрівській

лікарні в цей час влаштовано амбулаторію і споруджено новий двоповерховий корпус. Зростала кількість дільничних амбулаторій, утримуваних за міські кошти. Допомога хворим в них надавалася безплатно.

У 1900—1904 рр. поруч із Миколаївською лікарнею на пожертвований М. Гельферіхом капітал була споруджена добре обладнана міська платна клініка для жінок на 50 ліжок. У 1910 р. дружина купця Є. Соколова передала місту 100 тис. руб. на влаштування нової лікарні. На ці кошти міське управління збудувало акушерсько-гінекологічну клініку. Такі пожертвування не передбачали витрат на утримання споруджених лікарень, і які, таким чином, лягали на муніципальний бюджет. Не можна не відзначити таку важливу подію в житті Харкова, яка лишила значний слід в історії доброчинності та медицини. 25 березня 1908 р. була відкрита перша самостійна очна клініка для одного з найпопулярніших лікарів Харкова, професора Харківського університету Л. Гіршмана, — відомого лікаря-гуманіста. Своєю практичною діяльністю, яку можна охарактеризувати його ж словами: «У мене немає останнього часу роботи, а є останній хворий», набув широкої популярності в Росії та за її межами. Прийняв безплатно близько мільйона хворих з бідних верств населення.

Міські управління намагались всебічно забезпечити медичною допомогою населення на підвідомчих територіях. Думи постійно вирішували питання громадської медицини міста, опікувались харчуванням хворих. Очолювали практичну роботу міських лікарень старші лікарі, яких наймала на роботу міська управа. Загальний нагляд за діяльністю муніципальних медичних закладів здійснювали обрані міською думою опікунські ради. Міські управління підтримували корисні ініціативи громадських філантропічних організацій. За необхідності міста надавали підтримку іншим містам чи регіонам.

Управлінські системи міст відгукнулись у 1900 р. на заклик Ялтинського благодійного товариства до всіх міст взяти участь у збиранні коштів з метою відкриття санаторію для хворих на туберкульоз. Міські лікарі матеріально були гірше забезпечені ніж земські, не кажучи вже про тих, які мали вільну практику. Іноді, поряд з виконанням прямих професійних обов'язків, лікарі виконували медично-поліцейські функції, а також займалися громадською роботою: проводили бесіди на медичні теми, створювали медичні товариства. Міста приділяли увагу створенню на ринках найму сільгоспробітників медично-продовольчих пунктів — форпостів профілактики холери та інших інфекційних хвороб. Органи міського самоврядування приділяли постійну увагу розвитку медичної справи, однак в цілому через об'єктивні, а подекуди й суб'єктивні причини, не був досягнутий належний рівень медичного забезпечення мешканців міст. Не виділялись достатні кошти, недостатньою була мережа амбулаторних закладів, протягом тривалого часу не було чіткої координації медичної та санітарної діяльності.

Деякі недоліки в організації медичної допомоги населенню були пов'язані з тим, що системі охоро-

ни здоров'я надавало єдності та планованості, не було об'єднуючого та керівного центру. Певне значення мали відсутність об'єднуючих, консолідуючих ланок у діяльності медичних закладів різних відомств, суворо обмежені, трафаретні рамки діяльності, роз'єднаність у роботі представників різних ланок медицини. Незважаючи на те, що Міські положення недостатньо забезпечували умови, необхідні для ефективного функціонування органів міського самоврядування, думи змогли добитися відчутних результатів у соціальній допомозі. Із досягненням міськими думами тих чи інших успіхів, зростав їх громадський авторитет, все більше утверджувалося переконання в перспективності місцевого самоврядування, його перевазі над бюрократичним.

До чинників, від яких залежав життєвий рівень міського населення, відносяться медичне обслуговування та санітарний стан міст, доступність освіти для міських жителів та задоволення їхніх культурних потреб, благодійність, пенсійне забезпечення та ін. Одним з основних спрямувань роботи міських дум та управ була медико-соціальна допомога незаможним хворим. Не маючи достатніх коштів для повного фінансування охорони здоров'я, вони активно співпрацювали з благодійними товариствами та приватними особами з метою розширення мережі медичних закладів. Поряд з лікарнями у містах розгорталася амбулаторне лікування населення, відкривалися заклади чи відділення родопомочі, створювалися спеціалізовані санаторії, формувалося медичне страхування. У звітах про грошові обороти міських кас твердо встановилися окремі графи видатків на суспільну опіку, а також на народну освіту, на медицину, санітарну і ветеринарну частини.

Самодіяльність найбільших міст досягла того, що в них справа допомоги знедоленим була поставлена з розмахом, вражаючи значною кількістю лікарень,

богаділень, притулків та інших закладів, до того ж обладнаних першокласним медичним обладнанням. Поряд з цим, одним з важливих джерел фінансування сфери соціальної підтримки, народної освіти та охорони здоров'я стали пожертвування підприємців та інших добродійників. Значну частку благодійної допомоги малозабезпеченим надавали різноманітні громадські організації. Висунувши народну освіту і медицину до ступеня самостійних галузей громадського управління, відділивши їх від справи допомоги бідним та від інших корисних починань, міські думи тим самим спеціалізували й громадське піклування, надали йому характеру цільної та самостійної галузі управління.

Звичайно, вони не могли поставити усі групи справ на однаковий рівень, і, природно, серед них вочевидь переважала народна освіта, проте безперечно також, що і в соціальній діяльності міські управління зробили у порівнянні з дореформеним часом крок уперед, виявили здатність за певних умов вести справу і розвивати її.

Діяльність міських громадських управлінь — яскраве свідчення того, як багато може зробити громадський орган у справі задоволення нагальних потреб населення за допомогою приватної ініціативи. Отже, наслідком соціально-медичної діяльності міських органів самоврядування стало розширення масштабів, виникнення нових форм соціальної підтримки, підвищення загального рівня організації допомоги бідним та хворим. Слабкі сторони їх діяльності не можуть бути підставою для недооцінювання соціальної практики дорадянського періоду. Досвід організації соціальної допомоги незаможним силами органів міського самоврядування містить чимало раціонального і при творчому підході може бути корисним при розробці та реалізації сучасної соціальної політики держави.

Список використаної літератури

1. Велихов Л.А. Основы городского хозяйства. — М.-Л., 1928.
2. Календарь-справочник городского деятеля на 1913 год. — СПб., 1913.
3. Максимов Е. Д. Городские общественные управления в деле помощи бедным — СПб.: Гос. тип., 1905.
4. Нардова В. А. Городское самоуправление в России в 60-х — начале 90-х годов XIX в. — Л.: Наука, 1984. — 260 с.
5. Ступак Ф. Я. Историчний досвід соціально-медичної допомоги в містах: аналіз інформації документів та матеріалів // Спеціальні історичні дисципліни: питання теорії та методики: Збірка наукових праць. — К., 2003. — Ч. 2. — С. 116-130.
6. Ульянова Г.Н. Здравоохранение и медицина // Россия в начале XX века — М.: Новый хронограф, 2002.

Деятельность городских органов самоуправления в области здравоохранения

Проф. Ф.Я. Ступак

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца (Киев)

Одним из основных направлений работы городских органов самоуправления была медико-социальная помощь неимущим. Расходы на общественное призрение и народное здоровье стали существенными статьями городского бюджета. Важными источниками финансирования сферы здравоохранения и общественного призрения были пожертвования предпринимателей. Городские органы самоуправления добились ощутимых результатов в деле медико-социальной помощи бедным.

Ключевые слова: Городские органы самоуправления, социально-медицинская помощь, здравоохранение, неимущие, города.

Activities of city self-government bodies in the field of health care

Prof. F.Ya. Stupak

National Medical University Bogomolets (Kyiv)

One of the main areas of work of city self-government bodies was medical and social assistance to the poor. Expenditures on public welfare and public health have become significant items of the city budget. Donations from entrepreneurs have been an important source of funding for health care and public welfare. City self-government bodies have achieved tangible results in the field of medical and social assistance to the poor.

Key Words: Municipalities, social and medical care, health care, the poor, cities.

Контактна інформація: Ступак Федір Якович —
доктор історичних наук, професор кафедри філософії, біоетики та історії медицини
Київського Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця,
Київ, пр. Перемоги, 34.

Стаття надійшла до редакції 20.01.2022 р.