

19 世纪下半叶至 20 世纪初里海 ——伏尔加河流域渔业工人卫生医疗体系的探讨

龚嘉乐¹

(1.苏州科技大学, 苏州 江苏 215011)

摘要: 19 世纪下半叶至 20 世纪初期, 尽管俄国存在官方批准的卫生规章, 但渔业工人实际上无法获得专业医疗服务, 相关职责被转嫁给私人渔业资本家。卫生监管失效源于医疗人员配置不足、卫生辖区幅员辽阔而交通设施匮乏导致卫生医师巡查困难、渔猎业管理局与地方行政机关及渔业资本家间的官僚协调障碍等因素。同时, 阿斯特拉罕省特殊的地理环境与自然气候条件, 叠加卫生医疗体系的缺陷, 致使各类流行病大规模蔓延。由于缺乏国家免费医疗保障体系与专业医务人员, 传染病防控机制形同虚设, 最终造成渔业工人死亡率居高不下。因此, 渔业工人卫生医疗体系的建立符合俄国当时的社会需要。本文主要探讨的是这一时期里海-伏尔加河流域渔业工人卫生医疗保健体系的形成。

关键词: 俄罗斯帝国; 里海; 医疗服务; 卫生设施; 渔业工人

DOI: doi.org/10.70693/rwsk.v2i1.174

随着 19 世纪自然科学的发展, 尤其是实践经验的来临, 取代了中世纪的教条主义和僵化的保守思想, 取代了 18 世纪的因循守旧和死板的公式, 为俄国临床医学的发展奠定了基础。由于俄罗斯帝国地域辽阔, 各个地区卫生系统的建立进程不同, 导致医疗机构的分布不均。医疗服务水平取决于人口、地理位置、气候特征以及居民的物质福祉水平。但存在着这样的一些特定的群体, 他们的医疗保障在立法文件中总是没有能够得到充分考虑。这些群体之一便是俄国的渔业工人, 对于他们而言, 国家层面的医疗保障系统和卫生医生监管的建立, 要比省级和县级居民的医疗服务安排要晚一些。本文主要探讨的是 19 世纪种后期至 20 世纪初, 在俄罗斯帝国最大渔业区——里海-伏尔加渔业工人医疗保障体系的形成历史。

一、里海-伏尔加渔业的区域与特点

20 世纪初, 里海-伏尔加渔业主要集中于阿斯特拉罕省和萨拉托夫省两省和乌拉尔、特兰克和扎卡斯比三个地区, 总面积约为 2276 千平方公里。根据 1911-1912 年的数据显示, 该区域拥有 416 个渔业, 其中有 183 个河流渔业和 233 个海洋渔业, 以及众多渔民营地(渔民的临时居住地)、渔场(使用网具捕鱼的河段, 并有渔民的临时停靠地), 总人口达到 6.5 万左右。大部分劳动力集中在伏尔加河河口的渔业区, 这里是俄国最大渔业生产基地。

渔业区的人口主要分为两类, 一类是常年工人, 他们长期生活和工作在渔业区, 渔业是他们的主要职业。另一类是临时工人, 他们按照合同在特定时间内工作, 且此类工人的人口数量占据渔业人口的大多数。临时工人的数量会根据季节变化而波动, 通常在 3 月 1 日到 5 月 15 日和 8 月 15 日到 11 月 1 日, 也就是春秋两季的捕鱼季节期间达到最大值。

在这一时期, 临时工人的季节性流动是当地传染病传播的重要途径之一。工人们在阿斯特拉罕省及相邻省份与地区间的周期性迁徙, 使得该区域的流行病毒得以扩散至俄国南部及伏尔加河流域全境。而阿斯特拉罕边疆区特殊的地理区位与气候条件本就易于疫病滋生, 再加上这一地区作为来自东方、中亚、波斯等地的商队的交汇地, 是欧亚贸易的枢纽, 更增加了疾病输入的风险。1861 年农奴制改革后, 自由劳动力市场的形成进一步刺激了劳务移民潮。来自中央工业区及乌拉尔地区的务工者大规模涌入里海渔业产区, 这种跨地域的人口流动网络最终将

作者简介: 龚嘉乐(2000—), 男, 硕士研究生, 研究方向为俄国历史与文化。

传染病传播范围扩展至整个俄罗斯欧洲部分。

而该省特殊的人口构成也是疫病得以传播的重要因素之一。在阿斯特拉罕省的人口比例中,卡尔梅克草原游牧族群与布克依斡耳朵人口占显著比重。这些群体深度参与里海渔业生产体系,他们自身游牧特性构成了防疫薄弱环节,移动式毡帐聚落的居住形态、季节性转场的生产模式以及传统医疗体系的局限,使得天花与鼠疫等烈性传染病在该群体中长期呈地方性流行态势。

二、里海-伏尔加渔业工人卫生医疗保障法律规范体系的建立

19世纪中叶至20世纪初,里海-伏尔加渔业工人医疗体系的规范性法律基础开始构建。该阶段的核心制度举措体现为双重进程:制定并核准医疗救助组织规范标准与卫生要求;推行渔场工人居住条件优化方案,其法律效力通过1887年《渔区卫生管理条例》及1892年《工人医疗救助章程》得以确立。

里海沿岸渔区医疗制度的开始,表现为地方行政当局向国家资产部提请后颁布的个别性地方规章。1844年外高加索总督呈请“经枢密院决议,在庫拉河河口的萨利扬渔场设立常驻医师职位,其薪资标准比照县级医师,由渔场收入专项拨付,具体包括600卢布的年薪和180卢布的住房津贴”。当国家渔场实施租赁经营后,国营渔场医院运营、医护人员薪酬等支出通常转嫁至承租人。1851-1855年间,萨利扬与克孜勒-阿加奇渔场的医院及药房管理权移交予渔场承租人——荣誉市民米里马诺夫与阿尔沙库尼,由其承担全额的医疗设施运营费用,而国库原定每年拨付的3,720卢布卫生经费则“从应缴租赁款中核减”。

1865年5月25日,里海渔业捕捞业章程获得批准。该章程规定了捕捞和渔业加工企业的工作规则以及罚款制度。渔业的管理职责由阿斯特拉罕的管理机构承担,管理机构包括理事会、委员会和渔业警察。然而,这份文件中并未涉及工人医疗保障或确保渔业中卫生规范的措施。

直到19世纪下半叶,才有一些地方性的社会倡议提出在渔业区建立完整的医疗部门的必要性。1881年11月14日,阿斯特拉罕医师协会在会议上讨论了在阿斯特拉罕省和红星区的渔业区设立医院的提议。提议中设想将建立两种类型的医院——常设医院和流动医院,并完全交由在医院工作医生的管理。该提案已提交给省政府办公室审议,但仅停留在项目阶段。

到1880年代,国家上层逐渐意识到应当关注渔业区的医疗状况,以应对可能存在的风险,尤其是传染病的威胁。针对这一问题,国家开始制定措施,旨在建立渔业医疗部门。在为通过新的《里海-伏尔加渔业捕捞业章程》做准备时,提出了在章程中增设一个专门的部分,专门讨论医疗卫生问题。该项目由农业与乡村工业部特别成立的委员会负责制定。准备好的方案被送往阿斯特拉罕,提交给里海渔业委员会,以供审阅并在必要时进行修改和补充。1887年,内务部卫生部门派遣斯塔布罗夫斯基医生前往阿斯特拉罕,研究阿斯特拉罕渔业区的卫生状况;1889年,为了同样的目的,卫生监察员M.I.阿鲁斯塔莫夫也被派遣到阿斯特拉罕。

医疗条款草案中医生存在的职责重叠问题引起了阿斯特拉罕医师协会多次讨论,因为同一位医生既要负责病人的门诊治疗,又要负责医院的管理,还要监督渔业区的卫生状况,这显然不合理。根据农业与乡村工业部的提案,所有渔业区计划划分为三个医疗区,但阿斯特拉罕委员会认为有必要将医疗区的数量增加到五个。然而,考虑到渔业区位于从卡梅申市到伏尔加三角洲的广阔区域,涵盖了多个支流和分支,以及里海,在一个医疗区配备至少一名医生的前提下,不论是三位医生还是五位医生都无法在捕捞季节期间巡视所有渔业区。尽管如此,这一决定还是相较于之前的情况有了进步。讨论结果中,医疗界对最为密集的渔业区进行了分析,计算了每个渔业区的病人数量与总人口的比例等。最终,确定了五个卫生区的地理范围,每个区配备一名医生,由高级卫生医生负责管理。医疗责任分配层面,当局决定援引现行工厂立法基础,由工厂主承担其工人的医疗服务责任。

经过长期协商,1902年6月3日《里海-伏尔加渔业捕捞业章程》终获核准。在地方上,渔业管理由渔业捕捞委员会、渔业管理局监督负责。委员会的职责之一是监督渔业的医疗卫生工作。在讨论卫生状况和医疗保障问题时,委员会可以临时邀请渔业的高级卫生医生、阿斯特拉罕省的省级卫生监察员以及阿斯特拉罕哥萨克军队的首席军医作为临时成员。委员会的任务包括制定、讨论和发布关于保护渔业工人生命健康以及保护渔产品消费者的特别规定。根据地区的不同,决议草案需与省长、地区领导或阿斯特拉罕哥萨克军队的指挥官进行协调,然后提交给农业和国有财产部部长批准。渔业和捕捞管理局在维护渔业区卫生和健康方面的职责包括任命卫生区医生,并采取措施预防渔民在工作期间发生水上死亡事故。渔业捕捞委员会及管理局负责渔业区医疗卫生工作的任务,包括对渔业区的卫生状况进行监督,确保鱼类产品的生产和销售符合卫生标准。总体监督由高级卫生医生负责,该职务由农业和国有财产部部长根据与内务部长协商任命。阿斯特拉罕和萨拉托夫省的省级卫生监察员、特兰克地区的区域医生、乌拉尔地区的区域卫生监察员、扎卡斯比地区的军事医学监察员以及阿斯特拉罕哥萨克军队的首席军医负责对所属地区的渔业区进行卫生检查,并在发现问题时向高级卫生医生报告。

根据相应规定,各渔区被划归为若干卫生监察区,由区域卫生医师负责管辖。区域卫生医生由渔业捕捞管理局根据与高级卫生医生以及相关省级、区域性和军事卫生监察员及医生的协商任命。区域卫生医生的职责包括检查工人住所、渔业区的面包房和厨房、浴室、食品储备;检查工人的食品质量、鱼类产品及其生产和存储地点的卫生状况;审查为工人提供医疗服务的组织情况,检查医院和诊所是否符合卫生规定,确保药品和消毒用品的充足供应,检查医院设备等。在每个设有医院的渔业区,必须配备传染病科,可以是独立的房间或建筑,其床位

数应不少于渔业医院床位数的一半。所有渔业区的医院必须由医生领导,并且至少配备一名卫生员。渔业区工人急救医疗服务由渔业业主承担,当发生意外事故时,渔业经营者还负责提供门诊和住院治疗。如果渔业区没有医院,则需要设立诊所,诊所应由两个房间组成:一个用于病人检查并配有床位,另一个用于存放药品、敷料和消毒用品。诊所内需有一名常驻卫生员。渔业区卫生员的职责包括每日巡视工人住所,必需探访因病未能上班的人员,提供急救服务,照料床上病人,进行天花疫苗接种,监督医院、诊所、厨房、厕所等场所的卫生,进行病患住所和衣物的消毒,按照医疗卫生监督部门的要求,做好医疗记录和统计工作。渔业医生不仅为需要帮助的人提供医疗服务,还负责监督渔业区的卫生状况,向卫生员下达病人治疗指示,并在每个捕鱼季节结束时向渔业管理局提交工作报告。

1904年,里海-伏尔加流域渔业猎捕业卫生设施建设专项法令正式颁布。最初,这些规定仅适用于位于阿斯特拉罕省的渔业区,但在1905年经过与军事部长和内务部长的协商后,规定的适用范围扩展到了萨拉托夫省、特列克省、扎卡斯比省和乌拉尔地区。这些规定在许多方面重复或具体化了1902年《里海-伏尔加渔业捕捞业章程》中专门关于渔业医疗卫生部分的条款,涉及住房和附属设施的要求,以及渔业区工人日常生活组织等问题。根据规定,要求对所有渔业工人进行年度和临时登记。渔场的业主、管理者或监督员必须准备一本关于渔业人口流动的记录簿,用于记录每天渔业区工人及其家庭的总数,以及生病和未能上班的人员数量。在这本记录簿中,负责医疗服务的医生还需要标明每次访问的日期以及有关病人的信息。渔业经营者必须在每年的3月1日和8月1日,即春季和秋季捕鱼季节开始前向卫生医疗监督部门报备他们的医生和卫生员,并提供医生的身份证明文件。那些因工人数量少而没有医院和医生的渔场,业主则需要提供与其他渔场签订合同的公正副本,与医生、卫生员共享医疗服务的信息。

由于渔业区人口密度极高,特别是渔汛期间,加之恶劣的生活环境及水体作业、鱼类加工与熏制车间等危害健康的劳动条件,渔业医生与卫生员需重点监测工人及其家属罹患烈性传染病的情况,如天花、麻疹、猩红热、白喉、伤寒、霍乱及鼠疫。发现上述病例后,医疗人员须立即填写专用疫情报告卡呈交渔区高级卫生医生。若出现霍乱或鼠疫疑似症状,除常规上报外,渔业医生或卫生员还须通过电报或渔场主出资派遣专使,紧急联络阿斯特拉罕省医疗监察局。

规定中还首次提到了对于渔业工人生活的基本保证。渔场工人若因患病而丧失劳动能力且需住院治疗,无论病程长短,只要是在整个受雇合同有效期内,均有权在渔场医院接受救治。禁止在感染性疾病未治愈之前将病人送到渔业区。在渔业医生或卫生员确认病情属实的情况下,渔业经营者不得从工人的工资中扣除因病未能工作的天数。但对于慢性病的治疗,工人不能在渔业医院接受治疗。在这种情况下,渔场主有责任及时将工人转送到其他医院接受治疗。

因此,可以肯定的是在20世纪初,里海——伏尔加渔业区的渔业工人医疗保障和卫生监督系统已经在法律上得到了完善。然而,规范性文件中所规定的措施在实际执行过程中任存在诸多困难。

三、里海-伏尔加渔业捕捞业的卫生医疗状况

19世纪后半叶至20世纪初,保障人们享有基本的医疗服务是俄国各地所面临的一大问题。直到1913年,最好的指标是“每万人配备一个医疗区”,而在一些偏远的省份,一个医疗区的服务人口超过了5万人,这显然没能达到俄国的预期。

而渔业区的情况要比其他地区更为复杂。医疗服务被交由私人承包,这点在1902年法规中再次得到确认。国家医疗机构并未为渔业区提供服务,所需的医疗人员由渔业经营者自行聘请。因此,渔业工人通常只能得到卫生员所提供医疗服务,少数情况下才能获得医生提供的服务。1902年,在阿斯特拉罕管理局负责的渔业区,仅有一名常驻医生,另外两名医生则在捕鱼季节期间被聘请来提供短期服务。但随着1902年《里海-伏尔加渔业捕捞业章程》的实施,卫生区医疗人员的配置情况稍有好转。阿斯特拉罕管理局辖下从卡梅申市至里海克拉斯诺沃茨克市的整个渔业区被划分为5个卫生区。每个卫生区都聘请了一名专门的医生,其中三名医生常驻阿斯特拉罕市,一名常驻克拉斯诺夫,另一名常驻察里津市。而整体卫生事务的管理则由常驻阿斯特拉罕的高级卫生医生负责。高级卫生医生组织传染病防控措施、签发渔业作业卫生许可、在渔猎业管理局提供医疗咨询,并主持管理局医疗卫生局的统计工作——包括居民发病率与死亡率统计、渔区人口流动统计等专项数据采集分析。

卫生监管至关重要对于疫情频发的阿斯特拉罕省而言十分重要,卫生医生则是监管的主要负责人,其工作通常是在春季和秋季捕鱼季节进行的,在履职时须遵循1902年的规定、1904年渔业区建设的规定以及卫生医生的工作指南。卫生医生在渔业区巡查需依赖管理局提供的蒸汽船只,这导致出诊次数与时长受到严格限制。由于交通工具不足,管理局经常将多项监督工作合并,如蒸汽船被交给渔业监管委员会使用,而医生则必须根据渔业监察员的工作调整自己的巡视计划。根据卫生医生和高级医生的官方报告,医生年均仅能巡查辖区内约半数渔场、十分之一的捕捞点及四分之一渔工营地,且这种情况年复一年持续存在。此外,卫生区医生的编制总是存在空缺。在1914年的医疗卫生报告中,高级卫生医生提到,由于“没有人愿意接受”,其中一个卫生区的医生职位在一年内一直空缺。同时,卫生医生在渔场工作中感染致死的情况时有发生。1905年秋,克拉斯诺亚尔斯克县阿尔加林渔场工人中爆发鼠疫疫情;1914年阿斯特拉罕县别祖比科夫渔场及克拉斯诺亚尔斯克县阿加巴博夫渔场相继

出现伤寒与斑疹伤寒疫情。1909年5月,第四卫生区医师Ф.И.马尔捷米亚诺夫因斑疹伤寒去世;其继任者С.П.西特金于1914年春在斑疹伤寒基础上并发急性败血症身亡。种种因素的叠加,使得卫生医生的实际人数与预期完全不匹配,对渔区并未能起到实际的监管作用。

渔业区在组织抗击疫情蔓延的措施时,仍存在一系列未解决的问题。尽管成立了由皇帝批准的委员会负责预防疫情的爆发和传播,但资金来源于进行防疫工作的地区。城市的防疫措施由城市预算资助,水路运输的防疫由交通部资助,而省级地区的防疫则由地方政府资助等。渔业区的防疫措施由卫生医生和渔业经营者负责,渔业经营者支付医生和卫生员的薪水,用于为工人提供医疗服务,且这些措施由阿斯特拉罕里海-伏尔加渔业捕捞管理局进行监督。值得注意的是,该防疫体系在某些情况下展现出有效性,1907年霍乱疫情防控即为典型案例。7月3日接获萨马拉市出现霍乱疫情通报后,所有区域卫生医生立即进入防疫预警状态。7月下旬,管理局向渔业主书面下达《渔场防疫措施清单》,要求提前落实预防性举措及疫情应急处置预案。卫生医生巡查频次显著增加,管理局增派驳船与蒸汽船保障定期巡检、疫情监测与快速响应能力。巡查期间,卫生医生向各渔场分发有关霍乱的宣传册,并解释了渔业区卫生改善的规定,介绍了隔离、消毒和治疗霍乱病人的方法。此外,管理局还为所有的船只和渔业监督员的驻地配备了药品和消毒用品。

1907年夏季,阿斯特拉罕出现了霍乱病例,累计203人感染,其中108人死亡,死亡率超50%。尽管死亡率极高,但由于防控措施及时,疫情未发展为大规模流行。这主要得益于两个因素:一是霍乱传入渔场时间较晚,二是前期准备充分且药品与消毒物资储备充足。截至1913年,233处海上渔场中仅有10处配备可收治普通病患与传染病人的正规医院,53处设有临时诊疗室。河岸渔场情况稍好,阿斯特拉罕省66处河岸渔场中有45处设医院,15处设诊疗室。但就医疗资源配比而言,海上渔场约每80人共享1张床位,河岸渔场每51人共享1张床位,这在疫情频发背景下远不能满足实际需求。1913年,阿斯特拉罕省所有渔业区及其众多的渔民营地和渔场由15名医生和97名卫生员提供医疗服务,其中56名卫生员常驻渔业区的医院和接诊室。15名医生中仅1人常驻渔场,2人仅在春秋渔汛期到岗,另有1人虽常驻阿斯特拉罕市但仍需每日接诊门诊患者并监护住院病患。其余医生每人需负责管理12处甚至更多渔场,且这些渔场往往彼此相距甚远。由此导致非驻场医生与卫生员在渔汛期每周最多巡查1次,非渔汛期则更为罕见。工人数量小于一百人的小型渔场医疗资源尤其匮乏,正如记录所述:"这类渔场每年能见到卫生员一次已属难得,更遑论医生诊疗"。渔场卫生员队伍大多数由退役的连队军人组成,其中几乎没有军事卫生学校的毕业生,他们的医学知识主要来自在医院的实践经验。尽管渔场建立了病患登记与医疗统计制度,然而,由于大量统计材料是由卫生员提供的,这些资料无法客观反映渔业区真实的疾病流行情况。基层误诊频发与缺乏科学可信数据常引发灾难性后果:鼠疫、霍乱等疫情通报严重滞后,往往在大量人口感染、疫情扩散至邻近渔场及居民点后,最佳应急处置时机已然丧失。

实际上,要求小型渔业区的业主联合建立医院并聘请医生的措施并未得到有效实施。阻碍因素包括节省开支、渔业经营者缺乏个人主动性、相邻渔业区业主之间复杂的关系以及渔业区之间的距离。医疗保障的组织由卫生监督负责,但实际上,卫生检查员到渔业区巡视的次数相当少,这也未能激发业主承担额外的医疗设施建设费用。自该决定实施以来的10年内,仅有两次渔业区联合建立医院的情况,而且都发生在靠近省会的渔业区。这两个案例分别是:位于博尔德河附近的郊区渔业区,由11名渔业经营者联合投资建立医院;以及在前哨的13个渔业区联合建立医院,并且医院内有常驻医生。前哨的渔业区是渔产品的主要仓储和中转站,接收来自整个里海和部分河流渔业的渔获。该地区有大量临时工人,其中包括来自阿斯特拉罕的工人,因此常驻医生的存在不仅关系到特定渔业区的福祉,也关系到省会的健康状况。

要求小型渔业区的业主联合设立医院并聘请医生的政策在实践中收效甚微,主要受制于资金短缺、渔业主缺乏主动性、邻近渔场主复杂的关系以及渔场分布零散等因素。尽管卫生监管部门名义上负责监管医疗组织工作,但其实际巡查频次极低,难以激励渔业主增加医疗投入。该政策推行十年间,仅有两例成功案例且均位于省会近郊:一是博尔达河沿岸11个渔场主合资建立的郊区医院;二是福尔波斯托地区13个渔场组成的联合体,其医院配备常驻医师。福尔波斯托渔场作为里海全域及部分河岸渔场的核心仓储与转运枢纽,雇佣大量临时工,包括来自阿斯特拉罕的流动劳工,因此常驻医生不仅关乎渔场运营,更直接影响省会公共卫生安全。

因此,即使在颁布了医疗卫生规定之后,名义上虽然有了医疗卫生保障制度,但在部分渔业区,无论是河流渔业区还是海洋渔业区,特别是那些人口稀少、远离卫生监督和居民点的渔业区,以及众多的渔业营地,医疗服务要么几乎不存在,要么由卫生员负责。

参考文献:

- [1] Мышкин М.А. Организация медицинской помощи рабочим на рыбных промыслах Волго Каспийского района // Известия Общества астраханских врачей. 1913. № 4. С. 244.
- [2] Виноградов С В, Ещенко Ю Г. Становление системы санитарно-медицинского обслуживания рабочих Каспийско-Волжских рыбных промыслов во второй половине XIX начале XX в[J]. Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: История России, 2023, 22(4): 573-586.

- [3] Высочайше утвержденное положение Комитета по делам Закавказского края «Об определении врача к Сальянским рыбным промыслам в Каспийской области» от 28 марта 1844 г. // ПСЗРИ. Собрание второе (1825–1881). СПб., 1845. Т. 19. Отд. 1. № 17778. С. 224.
- [4] Именной указ «Об отдаче в ведение откупщиков Сальянских и Кизил-Агачских рыбных промыслов больницы и аптеки, при тех промыслах устроенных» от 12 июня 1851 г. // ПСЗРИ. Собрание второе... СПб., 1852. Т. 26. Отд. 1. № 25296. С. 407–408.
- [5] Деминский И.А. Очерк деятельности Общества астраханских врачей за 40 лет (1869–1909) // Известия Общества астраханских врачей. 1909. № 8. С. 8.
- [6] Медико-санитарный отчет по Волго-Каспийским рыбным промыслам за 1914 г. Астрахань, 1915. С. 5.
- [7] Обязательные постановления по санитарному благоустройству Каспийско-Волжских рыбных и тюленьих промыслов, расположенных в пределах Астраханской, Саратовской и Самарской губерний и Терской, Закаспийской и Уральской областей, за исключением территории Уральского казачьего войска, и охранению здоровья рабочих на сих промыслах // Законы и инструкции, действующие в Каспийско-Волжском рыболовном районе. 2-е изд. Астрахань, 1913. С. 112–113.
- [8] Корноухова Г.Г. Заболеваемость, смертность и медицинское обслуживание в советской провинции 1920–1930-х гг. (по материалам Астраханской области) // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: История России. 2008. № 2. С. 52.
- [9] Протокол экстренного заседания Общества астраханских врачей от 25 ноября 1905 г. // Известия Общества астраханских врачей. 1908. № 1 (прил.). С. 3–6.

The Healthcare System for Fishery Workers in the Caspian-Volga River Basin, Late 19th–Early 20th Century: A Discussion

Jiale Gong¹

¹ *Suzhou University of Science and Technology, Jiangsu, Suzhou 215011, China*

Abstract: From the late 19th to the early 20th century, despite the existence of officially approved sanitary regulations in Russia, fishery workers in practice had no access to professional medical services. The responsibility for this was shifted to private fishery capitalists. The ineffectiveness of sanitary supervision stemmed from factors such as insufficient medical personnel allocation, the vast expanse of sanitary districts combined with a lack of transportation infrastructure which hindered sanitary inspections by physicians, and bureaucratic coordination obstacles among the Fisheries and Hunting Administration, local administrative bodies, and fishery capitalists. Furthermore, the unique geographical environment and natural climate conditions of Astrakhan Province, exacerbated by defects in the healthcare system, led to the large-scale spread of various epidemics. Due to the absence of a state-funded free medical care system and professional medical personnel, the infectious disease prevention and control mechanisms were virtually non-existent, ultimately resulting in persistently high mortality rates among fishery workers. Therefore, the establishment of a healthcare system for fishery workers aligned with the social needs of Russia at the time. This paper primarily discusses the formation of the healthcare system for fishery workers in the Caspian-Volga River Basin during this period.

Keywords: Russian Empire; Caspian Sea; medical services; sanitary facilities; fishery workers