

УДК 94(510)

ОНЁТОВ Максим Александрович – стажер-исследователь Института монголоведения, буддологии и тибетологии СО РАН (670047, Россия, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6; taxonetov@gmail.com)

ФОРМИРОВАНИЕ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВО ВНУТРЕННЕЙ МОНГОЛИИ: НАЧАЛЬНЫЙ ЭТАП (1947–1952 гг.)

Аннотация. В статье изучается начальный период в истории здравоохранения Автономного района Внутренняя Монголия с момента провозглашения Автономного правительства Внутренней Монголии 1 мая 1947 г. После установления в регионе народно-демократической власти под руководством Уланьфу перед новообразованным правительством встала задача по решению накопившихся проблем в сфере здравоохранения и медицины, которым не уделялось значительного внимания в эпоху Цин и в годы Китайской республики. Исследование принимаемых новым правительством мер позволяет установить, на каких проблемах здоровья населения концентрировались усилия властей в рамках модернизации монгольской автономии.

Ключевые слова: Китай, Внутренняя Монголия, АРВМ, здравоохранение, чума, история здравоохранения

1 мая 1947 г. в г. Улан-Хото (бывш. Ваньмяо) на объединенном съезде народных представителей западных и восточных районов Внутренней Монголии было провозглашено создание Автономного правительства Внутренней Монголии, главой которого был избран Уланьфу. Это событие ознаменовало новый период в истории Внутренней Монголии.

После окончания Второй мировой войны и освобождения Китая от японских захватчиков, осенью 1945 г. гражданская война, приостановленная ради общей борьбы с японцами, возобновилась с новой силой. Внутренняя Монголия, наряду с другими регионами страны, стала театром боевых действий между Коммунистической партией Китая (КПК) и Гоминьданом. Китайские коммунисты во главе с Уланьфу опирались на поддержку монгольских аратов и китайских крестьян, в то время как Гоминьдан сотрудничал с наиболее реакционными элементами в лице монгольских князей и высших лам, уже очернивших свою репутацию связями с японскими оккупантами и пытавшихся сохранить свои политические позиции и имущество [Дылыков 2022: 224]. При содействии коммунистов во всех хошунах и уездах сначала западной, а вскоре и восточной части Внутренней Монголии организовывались административные и представительные органы власти, при создании которых учитывался этнический состав населения административных единиц. Одновременно с этим создавалась армия самообороны Внутренней Монголии, содействовавшая Народно-освободительной армии Китая (НОАК) в борьбе с войсками Чан Кайши.

Благодаря продвижению идей народной демократии, социальной справедливости и проведению аграрной реформы, коммунистам удалось возглавить монгольское движение за автономию, консолидировать вокруг себя широкие китайские и монгольские народные массы. Представители Гоминьдана, неспособные предложить народу внятную альтернативу, быстро потеряли его

поддержку. Избрание Автономного правительства Внутренней Монголии весной 1947 г. совпало с крупным контрнаступлением НОАК, в ходе которого коммунисты отвоевали север и северо-восток страны [Дылыков 2022: 234].

Ситуация в сфере медицины и здравоохранения во Внутренней Монголии к моменту образования автономного района была неудовлетворительной. Среди населения было распространено множество различных болезней, отсутствовала единая централизованная система здравоохранения. Попытки ее создания предпринимались во времена Китайской республики: в 1937 г. был создан Монгольский центр здравоохранения в г. Гуйсуе (совр. Хух-Хото), в функции которого входило администрирование государственных больниц провинции Суйюань, также были основаны несколько государственных больниц в крупных городах [Нэй Мэнгу... 2007: 21]. Однако японо-китайская и гражданская войны помешали правительству Китайской республики завершить этот процесс. На оккупированных территориях Внутренней Монголии (Маньчжоу-Го и Мэнцзян) также были организованы собственные органы здравоохранения. Управлением в них занимались японцы, поэтому эти органы были расформированы после поражения Японии. В конечном итоге, к 1947 г. в регионе существовало небольшое число государственных, частных и католических больниц, однако они находились в основном в крупных городах, только в части хошунов и уездов имелись амбулатории и другие медицинские учреждения.

До образования АРВМ основными заболеваниями, угрожавшими жизни и здоровью людей всех этнических групп, были острые и хронические инфекционные заболевания, такие как чума и венерические болезни, а также ряд эндемических заболеваний. В условиях разгула эпидемий у широких масс населения не было возможности заранее принять эффективные профилактические меры, также практически невозможно было обратиться за медицинской помощью в случае заболевания. На момент основания Китайской Народной Республики средняя продолжительность жизни жителей Внутренней Монголии составляла менее 35 лет, а средняя продолжительность жизни монголов – всего 19,6 года [Нэй Мэнгу... 2007: 3]. В 1941 г. японец Ринзо Миура провел обследование в восточной части Внутренней Монголии и установил, что среднегодовая рождаемость у монгольских кочевников составляла 21,7%, уровень смертности – 28,3%, а среднегодовая убыль населения – 6,6%. За более чем 100 лет, с начала XIX в. до 1912 г., численность монгольского народа во Внутренней Монголии упала с 1,03 млн до 878 000 чел. В 1947 г. в регионе оставалось всего 832 000 монголов, что на 46 000 меньше, чем в 1912 г. [Нэй Мэнгу... 2007: 2].

Таким образом, решение проблем в сфере здравоохранения стало неотъемлемой частью модернизации жизни общества АРВМ. В пункте 12 Политической программы Автономного правительства Внутренней Монголии указывалось, что необходимо «улучшить медицинское, санитарно-гигиеническое, противоэпидемическое и ветеринарное оборудование, а также предоставлять бесплатное лечение бедным людям. Обнародовать антиопиумные законы, снизить заболеваемость и смертность. Запретить аборты, поощрять деторождение, а тем, кто воспитывает четырех и более детей, предоставлять различные награды ради увеличения населения Внутренней Монголии» [Хао 1991: 23]. Вопрос здравоохранения носил также идеологический характер, поскольку отсталость медицины и распространение болезней среди монгольских аратов объяснялись притеснением национальных меньшинств гоминьдановскими реакционерами и гнетом зарубежных империалистов. Новообразованное правитель-

ство значительное внимание уделяло вопросу здравоохранения в автономном районе, поскольку путем успешного решения существовавших проблем оно бы укрепило свой авторитет в глазах населения.

Для реализации положений Политической программы Автономного правительства Внутренней Монголии Уланьфу выдвинул ряд задач, среди которых наряду с разделом сельскохозяйственных угодий, развитием промышленности и коммерческой торговли были улучшение качества жизни рабочих, служащих и других трудящихся, а также усиление работы по профилактике и борьбе с эпидемиями. Для обеспечения выполнения вышеупомянутых задач автономное правительство издало ряд отдельных постановлений, приказов и инструкций, таких как Временные меры по льготному режиму оплаты медицинских услуг в государственных больницах, Временные положения об управлении медицинским персоналом [Чжан 2021: 92] и др.

Основные направления преобразований в области здравоохранения были заложены еще на съезде народных представителей западных районов Внутренней Монголии в г. Калгане (совр. Чжанцзякоу) в ноябре 1945 г., созванном по инициативе КПК, когда был создан Комитет (хурал) движения за автономию Внутренней Монголии. Так, перед Комитетом и его филиалами во всех хошунах и уездах ставились следующие задачи: 1) организовать работу по борьбе с социальными заболеваниями; 2) создать сеть медицинских пунктов; 3) проводить массовые санитарно-профилактические мероприятия; 4) оказывать бесплатную медицинскую помощь больным аратам; 5) осуществлять подготовку и усовершенствование медицинских и ветеринарных кадров [Дылыков 2022: 212].

В соответствии с положениями Политической программы Автономного правительства Внутренней Монголии и Временной организационной схемы Автономного правительства Внутренней Монголии в целях улучшения медицинского обслуживания было учреждено Бюро здравоохранения при Министерстве гражданских дел, ответственное за управление здравоохранением всего региона. В состав Бюро здравоохранения были включены четыре отдела: отдел медицинского управления, отдел фармацевтического управления, отдел профилактики эпидемий и общий отдел. Штат бюро насчитывал 35 человек [Нэй Мэнгу... 2007: 22]. Первоначально Бюро здравоохранения Внутренней Монголии разворачивало свою деятельность при поддержке Министерства здравоохранения Северо-Восточного народного правительства, перенимая организационный опыт соседнего освобожденного района.

В декабре 1948 г. Бюро здравоохранения было объединено с Департаментом здравоохранения военного округа Внутренней Монголии, образовав Министерство здравоохранения АРВМ. С 30 марта по 4 апреля 1949 г. министерство провело свою первую конференцию, на которой было определено, что первостепенное внимание должно быть сосредоточено на профилактике и лечении чумы, подготовке медицинских кадров и создании местных административных организаций здравоохранения. В результате к моменту основания КНР в 4 из 6 аймаков АРВМ были созданы местные отделы здравоохранения, в 23 уездах и хошунах были организованы медицинские пункты, в 47 районах были назначены ответственные медицинские работники [Нэй Мэнгу... 2007: 23]. Постепенно в хошунах и сомонах стали открываться санитарные пункты, оказывавшие бесплатную медицинскую помощь населению, создавались медицинские и ветеринарные школы [Дылыков 2022: 278].

К моменту образования АРВМ наиболее остро стояла проблема эпидемий чумы. С начала XX в. вспышки чумы происходили практически каждый год, а

именно 41 раз в период с 1901 по 1949 г. [Лю, Чжан 1997: 1]. Высокая периодичность эпидемий чумы вызвана в первую очередь географическим фактором. На территории Внутренней Монголии находятся четыре природных очага чумы, основные распространители которой – дикие грызуны: тарбаганы (монгольские суслики), даурские суслики и др. Социальный фактор, выразившийся в низком уровне гигиены, привычке содержания скота в непосредственной близости к жилищам, большом количестве крыс и вшей, а также малой осведомленности населения о природе возникновения и распространения чумы, способствовал быстрому увеличению числа зараженных и расширению зоны эпидемий.

Вероятность возникновения эпидемии такой опасной болезни, как чума, могла поставить под угрозу результаты, достигнутые в ходе гражданской войны. Кроме того, успешная работа по профилактике и лечению чумы позволила бы значительно повысить авторитет новообразованного Автономного правительства Внутренней Монголии, поскольку проводимые предыдущими властями мероприятия в этой области не имели большого успеха. Противоэпидемическая служба, организованная во время японской оккупации, часто не справлялась с поставленными задачами по борьбе с чумой из-за неэффективности методов и отсутствия доверия со стороны местного населения. В свою очередь, противочумная работа, проводимая Китайской республикой в период до оккупации, была еще менее эффективной [Супотницкий, Супотницкая 2006]. Существовавшая во время японской оккупации медицинская инфраструктура была разорена и уничтожена японцами в ходе их отступления. Послевоенная работа по профилактике чумы и борьбе с ней организовано велась на территории районов, занятых коммунистами, но недостаток средств и кадров в условиях продолжающейся гражданской войны значительно замедлял этот процесс.

Последняя крупная эпидемия чумы, затронувшая территории Внутренней Монголии и Северо-Восточного Китая, началась в конце мая 1947 г. и была подавлена к концу ноября. Изначально возникнув на севере провинции Шаньдун, она стала распространяться дальше на север, затронув такие города, округа и уезды, как Тунляо, Кайлу, Чжун-Ци, Найман, Фусинь, Чжану и т.д. Число зараженных превысило 30 тыс. чел., умерли более 20 тыс. [Ли 2008: 66]. Таким образом, эпидемия привела к многочисленным жертвам и крупным экономическим потерям. Поэтому работа Бюро здравоохранения Внутренней Монголии началась в условиях, требовавших срочного принятия мер по ликвидации вспышки чумы и организации сети противоэпидемических учреждений. Для проведения необходимых мероприятий был организован Противоэпидемический комитет Внутренней Монголии. Свою работу он проводил в тесном сотрудничестве с Министерством здравоохранения Народного правительства Северо-Восточного Китая, которое отправило несколько медико-санитарных отрядов для противочумной борьбы в Тунляо общей численностью более 300 чел. с семью медицинскими транспортными средствами [Нэй Мэнгу... 2007: 285].

Для помощи местным противоэпидемическим службам в лечении и профилактике чумы в Маньчжурию и Внутреннюю Монголию в 1947–1949 гг. были отправлены санитарно-эпидемические отряды Союза Обществ Красного Креста и Красного Полумесяца СССР. Советские медики проводили лечение заболевших, помогали проводить профилактические мероприятия, принимали участие в организации противочумных больниц и проводили подготовку противоэпидемических кадров. Деятельность советских санэпидемотрядов

получила высокую оценку китайских коллег и местного населения и внесла значительный вклад в дело противочумной борьбы.

Сведения о принимаемых правительством конкретных противоэпидемических мерах содержатся в официальных документах правительственных и партийных учреждений, издаваемых в период распространения эпидемии, например в решении рабочего комитета Коммунистической партии Китая аймака Джирим (совр. гор. округ Тунляо) «О чрезвычайной мобилизации всей партии, правительства, военных и гражданских лиц для начала комплексной кампании по предотвращению эпидемии и спасению жизней» от 4 сентября 1947 г. [Чжао, Чао, Сюй 2009: 200]. Решение рабочего комитета было направлено всем ответственным работникам правительства и партии, а также военным всех хошунов и уездов. В целом противочумная работа сводилась к следующим нескольким направлениям.

1. При правительственных учреждениях всех уровней создавались комитеты по предотвращению распространения эпидемий. В случае обнаружения чумы в населенном пункте все усилия сосредоточивались на борьбе с эпидемией, хозяйственная и производственная деятельность проводилась в сочетании с профилактическими мерами. Создавалась система быстрого оповещения о случаях заражения в населенных пунктах для оперативного реагирования противозэпидемической службы.

2. Вне зависимости от того, находился населенный пункт рядом с эпидемической зоной или нет, везде проводилась обширная работа с целью распространения знаний по профилактике эпидемий, организован массовый отлов крыс и уничтожение блох. Ответственным людям на местах предписывалось наставлять местное население выполнять указания врачей и правительства.

3. На военных и политических руководителей возлагалась обязанность в случае необходимости создавать отряды по борьбе с эпидемией, ответственные за лечение, осмотр, карантин, прививание и дезинфекцию; отряды быстрого реагирования, занимающиеся захоронением трупов, переноской и изоляцией пациентов; а также общественные дружины, ответственные за несение караулов, перекрытие транспортного движения и другую работу.

4. Во всех районах, где была обнаружена чума, включая уезды Тунляо и Кайлу, а также на путях сообщения в Чжэнцзятунь, Канпин, Шеберту и др. выдача пропусков на въезд/выезд осуществлялась только при предъявлении сертификата о противочумной прививке и удостоверяющего документа, получаемого в местном административном учреждении.

5. Была проведена широкая общественная кампания с целью мобилизации местного населения на противочумную борьбу, в ходе которой выдвигались лозунги: «На поле боя убиваем врагов, в мирных районах убиваем крыс», «Уничтожая одну крысу, спасаешь одну жизнь», «Один человек изолирован, десять тысяч человек счастливы», «Храбрая борьба с эпидемией так же славна, как храброе убийство врагов на поле боя» [Чжао, Чао, Сюй 2009].

6. Всем правительственным и партийным учреждениям предписывалось организовать сбор средств на необходимые в противозэпидемической борьбе расходы — для закупки приборов, одежды и лекарств. Принимались как безвозмездные пожертвования, так и средства, которые в последующем было обещано возместить.

Благодаря затраченным материальным и финансовым ресурсам и принятым мерам, эпидемии чумы во Внутренней Монголии перестали носить массовый характер. Было подготовлено 3 300 специалистов по борьбе с чумой. Только в 1947 г. затраты правительства на противочумную работу составили 5,34 млн

юаней [Нэй Мэнгу... 2007: 286]. Проведенные профилактические мероприятия в последующем предотвращали массовое распространение чумы среди людей. В лечении чумы стали использоваться современные методы, значительно повысившие эффективность лечения, например инъекции стрептомицина, позволившие снизить смертность среди заболевших. Большинство больных чумой, поступивших в организованные противоэпидемические учреждения, за исключением запущенных случаев, успешно проходили лечение, также параллельно проводилось лечение других инфекционных заболеваний. После 1950 г. в регионе было всего 128 заразившихся чумой, из них 119 вылечились, показатель излечения составил 92,97% [Нэй Мэнгу... 2007].

Следующей важной проблемой, угрожавшей здоровью населения Внутренней Монголии, было распространение венерических болезней, в особенности среди монгольского населения. По данным исследований, проведенных в 1950–1953 гг. в скотоводческих районах аймаков Хулун-Буир, Шилин-Гол и Чахар, в районах с высокой распространенностью венерических болезней заболеваемость составляла 70–80% общей численности населения, в районах с низкой распространенностью – более 15%, при этом средняя распространенность среди скотоводческого населения составляла 57,4%. Распространенность заболеваний, передающихся половым путем, особенно сказывалась на здоровье женщин и детей. В некоторых скотоводческих районах 25–28% детей в возрасте до 15 лет имели врожденный сифилис, более 30% женщин с венерическими болезнями были бесплодными. Нередки были случаи выкидышей и послеродовой смерти матери, уровень младенческой смертности после родов достигал 49% [Нэй Мэнгу... 2007: 3]. Поэтому задаче лечения населения от половых инфекций уделялось особое внимание в первые годы после образования АРВМ.

В восточном регионе Внутренней Монголии в январе 1950 г. была создана первая группа по профилактике и лечению венерических болезней, ее персонал составил 57 сотрудников [Нэй Мэнгу... 2007: 155]. С каждым годом число команд и венерологических станций увеличивалось, также постепенно расширялась область работы, покрывая все большие территории. Работа проводилась поэтапно, начиная с наиболее неблагоприятных по сифилису скотоводческих районов и заканчивая земледельческими районами и городами. Основными объектами лечения были молодые люди, младенцы и беременные женщины, особое внимание уделялось лечению и профилактике раннего сифилиса, вторичного сифилиса и острой гонореи.

Период с 1950 по 1956 г. считается начальным этапом профилактики и борьбы с венерическими болезнями во Внутренней Монголии. За этот период были достигнуты два важных результата. Во-первых, создана хорошо обученная команда специалистов по профилактике и лечению венерических болезней; во-вторых, в основном выполнена задача по проведению обследования населения и лечению заболеваний в скотоводческих, полусельско-хозяйственных и полускотоводческих районах в 51 хошуне и уезде региона. За 7 лет были обследованы 499 939 жителей и пролечены 114 123 пациента [Нэй Мэнгу... 2007: 154]. В конечном итоге, распространенность заболеваний, передающихся половым путем, во всем автономном районе в целом была взята под контроль.

Как было указано выше, распространение венерических болезней среди населения приводило к женскому бесплодию и послеродовой смертности. Этому также способствовало отсутствие в регионе специализированных учреждений по охране здоровья матери и ребенка до образования АРВМ. Существовали

лишь отделения гинекологии, акушерства и педиатрии в нескольких крупных государственных или католических больницах общего профиля, таких как католическая больница в г. Гуйсуй и государственная больница в г. Баотоу, также было несколько частных родильных домов.

Начиная с 1947 г., одной из ключевых задач Министерства здравоохранения Автономного района Внутренняя Монголия стала подготовка кадров по охране здоровья матери и ребенка, создание специализированных учреждений. С 1947 по 1948 г. были проведены несколько полугодовых акушерских занятий. В 1949 г. выпускники Суйюаньского провинциального высшего профессионального акушерского училища, а также отдельные практикующие акушерки стали основным источником кадров для создания учреждений здоровья материнства и ребенка. В апреле 1950 г. была основана первая в автономном районе государственная клиника охраны здоровья матери ребенка в Улан-Хото, в последующие годы акушерско-гинекологические больницы были открыты в городах и уездах региона. В 1952 и 1953 гг. Центральное министерство здравоохранения перевело более сотни акушеров из числа выпускников акушерских школ Пекина, Шанхая, Нанкина и других мест на работу в Автономный район Внутренняя Монголия, обеспечив соответствующие учреждения здравоохранения профессиональными кадрами [Нэй Мэнгу... 2007: 617].

Таким образом, в первые годы после основания АРВМ принимаемые правительством меры в области здравоохранения были обусловлены назревшими в предыдущие годы проблемами: отсутствием у населения доступа к медицинским услугам, ежегодными вспышками чумы, распространением венерических болезней и высоким уровнем послеродовой смертности, что приводило к сокращению монгольского населения. Кроме того, срочное решение проблем диктовалось идеологическими факторами. Автономному правительству, возглавляемому коммунистами, необходимо было показать принципиальную разницу между новой властью и предыдущими режимами.

Создание Министерства здравоохранения АРВМ ознаменовало новый этап в истории медицины Внутренней Монголии. Были заложены организационные основы системы здравоохранения, постепенно расширялась сеть медицинских учреждений в городах, уездах, хошунах и сомонах. Путем принятия активных мер по подавлению вспышек чумы и проведения массовых кампаний по их профилактике была решена проблема ежегодных эпидемий. Также было взято под контроль распространение венерических болезней, прежде всего сифилиса и гонореи. Создание сети учреждений по охране здоровья матери и ребенка и подготовка акушерских кадров значительно улучшило ситуацию с послеродовой материнской и младенческой смертностью.

Список литературы

Дылыков С.Д. 2022. *История образования Автономного района Внутренняя Монголия в Китае (1947–1957 гг.)*. М.: [б.и.]. 495 с.

Супотницкий М.В., Супотницкая Н.С. 2006. *Очерки истории чумы*. В 2 кн. Кн. II: *Чума бактериологического периода. Эпидемии чумы в Маньчжурии в 1945–1947 гг. – перелом в лечении и в профилактике чумы*. М. 696 с. Доступ: <http://supotnitskiy.ru/book/book3-35.htm> (проверено 18.01.2024).

Ли Хунхэ. 2008. 1947 нянь Дунбей дицюй шуи люсин гайшу [Общая эпидемическая ситуация с чумой на Северо-Востоке Китая в 1947 г.]. – *Ланьтай шицзе [Мир Ланьтай]*. № 17. С. 66–67.

Лю Цзию, Чжан Ваньжун. 1997. *Нэй Мэнгу шуи [Чума во Внутренней*

Монголии]. Хух-Хото: Нэй Мэнгу жэньминь чубаньше [Народное издательство Внутренней Монголии]. 464 с.

Нэй Мэнгу цзычжицзюй чжи. Вейшен чжи [Хроники Автономного района Внутренняя Монголия. Хроники здравоохранения] (под ред. Чжан Цзиу, Ма Хунли, Ли Вэньбо). 2007. Чифын: Нэй Мэнгу кэсюэ цзишу чубаньше [Научно-техническое издательство Внутренней Монголии]. 1110 с.

Хао Вэйминь. 1991. Нэй Мэнгу Цзычжицзюй ши [История Автономного района Внутренняя Монголия]. Хух-Хото: Нэй Мэнгу да сюэ чубаньше [Издательство университета Внутренней Монголии]. 577 с.

Чжан Юэ. 2021. Лунь Нэй Мэнгу цзычжи чжэнфу «Шичжэн ганлин» юй «Цзаньсин цзучжи даган» дэ цзячжи [О ценности «политической программы» и «временной организационной схемы» Автономного правительства Внутренней Монголии]. – Лиши сюэ яньцзю [Исторические исследования]. № 9(4). С. 89-94.

Чжао Жуншень, Чао Кэ, Сюй Хунчжи. 2009. Нэй Мэнгу шуи/сицзюньчжань гаочао [Сборник рукописей о чуме во Внутренней Монголии и бактериологической войне]. Хух-Хото: Нэй Мэнгу жэньминь чубаньше [Народное издательство Внутренней Монголии]. 516 с.

ONETOV Maksim Aleksandrovich, Research Assistant at the Institute for Mongolian, Buddhist, and Tibetan Studies, Siberian Branch of the Russian Academy of Sciences (6 Sakhyanovoj St, Ulan-Ude, Republic of Buryatia, Russia, 670047; maxonetov@gmail.com)

FORMATION OF THE HEALTHCARE SYSTEM IN INNER MONGOLIA: INITIAL STAGE (1947–1952)

Abstract. The article studies the initial period in the history of healthcare in the Inner Mongolia Autonomous Region since the proclamation of the Inner Mongolia Autonomous Government on May 1, 1947. After the establishment of people's democratic regime in the region under the leadership of Ulanfu, the newly formed government faced with the task of solving problems in the field of healthcare and medicine, which did not receive significant attention during the Qing era and during the years of the Chinese Republic. A study of the measures taken by the new government makes it possible to determine the public health problems, on which the authorities focused their efforts as part of the modernization of Mongolian autonomy.

Keywords: China, Inner Mongolia, healthcare, plague, history of healthcare