

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М. П. ДРАГОМАНОВА**

На правах рукопису

**МЕЛЬНИЧУК Максим Олегович**

УДК 34:613/614(477) «192»

**ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УСРР  
(1921–1929 рр.)**

Спеціальність 12.00.01 – теорія та історія держави та права; історія політичних  
та правових вчень

**Дисертація**

на здобуття наукового ступеня  
кандидата юридичних наук

Науковий керівник

**АНДРУСИШИН Богдан Іванович,**

доктор історичних наук, професор

Київ – 2016

## ЗМІСТ

<b>ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.....</b>	<b>3</b>
<b>ВСТУП.....</b>	<b>5</b>
<b>РОЗДІЛ 1. ІСТОРИОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛА ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	
1.1 Стан наукової розробки та джерельна база дослідження.....	13
1.2 Теоретико-методологічні засади дослідження.....	26
Висновки до Розділу 1.....	35
<b>РОЗДІЛ 2. ПРАВОВИЙ СТАТУС ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я</b>	
2.1 Структура та повноваження НКОЗ УСРР і його місцевих органів.....	38
2.2 Органи робітничої медицини у системі охорони здоров'я.....	57
2.3 Українське товариство Червоного Хреста: становлення, повноваження та діяльність.....	73
Висновки до Розділу 2.....	88
<b>РОЗДІЛ 3. ПРАВОВІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	
3.1 Правове регулювання медичної діяльності.....	90
3.2 Праві засади санаторно-курортної справи.....	110
3.3 Правове забезпечення охорони здоров'я матері та дитини .....	123
Висновки до Розділу 3.....	144
<b>РОЗДІЛ 4. ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВИХ І БЕЗПЕЧНИХ УМОВ ЖИТТЯ</b>	
4.1 Правові аспекти запобігання інфекційним захворюванням населення.....	147
4.2 Правові основи санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів.....	166
Висновки до Розділу 4.....	187
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>189</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>194</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>224</b>

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- БЛЕ – Бюро лікарської експертизи.
- Виконком – Виконавчий комітет.
- ВКП(б) – Всесоюзна комуністична партія (більшовиків).
- ВРНГ – Вища рада народного господарства.
- Всеукрревком – Всеукраїнський революційний комітет.
- ВУНСК – Всеукраїнська надзвичайна санітарна комісія.
- ВУРПС – Всеукраїнська рада професійних спілок.
- ВУРСС – Всеукраїнська рада соціального страхування.
- ВУЦВК – Всеукраїнський центральний виконавчий комітет.
- ВЦВК – Всесоюзний центральний виконавчий комітет.
- ВЦРПС – Всесоюзна центральна рада професійних спілок.
- Головкурупр – Головне курортне управління.
- Головсануправа – Головне санітарне управління.
- Губздрав – Губернський відділ охорони здоров'я.
- Губревком – Губернський революційний комітет.
- Губробмед – Губернський відділ робочої медицини.
- Губсоцстрах – Губернське управління соціального страхування.
- ГУСС, Головоцстрах – Головне управління соціального страхування.
- Здороввідділ – Відділ охорони здоров'я.
- КВП – Комісія з визначення працездатності.
- ЛВК – Лікарська відбіркова комісія.
- ЛКК – Лікарсько-контрольна комісія.
- ЛТЕК – Лікарсько-трудова експертна комісія.
- Міськсанепіди – міські санітарно-епідеміологічні установи.
- Наркомзем – Народний комісаріат земельних справ.
- Наркомпрод – Народний комісаріат продовольства.
- НЕП – Нова економічна політика.
- НКОЗ – Народний комісаріат охорони здоров'я.

НКП, Наркомпраці – Народний комісаріат праці.

НКСЗ – Народний комісаріат соціального забезпечення.

Охматдит – Охорона материнства та дитинства.

Реввійськрада – Революційна військова рада.

Робмед – Відділ робітничої медицини.

Робмол – Відділ робітничої молоді.

РКП(б) – Російська комуністична партія (більшовиків).

РНК – Рада народних комісарів.

РСФРР – Російська соціалістична федеративна радянська республіка.

СРСР – Союз радянських соціалістичних республік.

Укркурупр – Українське курортне управління.

УСРР – Українська соціалістична радянська республіка.

УТЧХ – Українське товариство Червоного Хреста.

ЦВК – Центральний виконавчий комітет.

ЦДАВО – Центральний державний архів вищих органів влади та управління.

ЦДАГО – Центральний державний архів громадських об'єднань України.

ЦК КП(б)У – Центральний комітет комуністичної партії (більшовиків) України.

ЦСТР – Центральна санітарно-технічна рада.

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Охорона здоров'я є пріоритетною сферою в діяльності правової, соціальної держави, яка гарантує одну з найвищих цінностей людини – її здоров'я. Для забезпечення повного фізичного, психічного і соціального благополуччя населення необхідно здійснити якісні та результативні реформи в галузі охорони здоров'я в Україні. Їх підґрунтям є ефективне правове регулювання і вжиття необхідних заходів, спрямованих на збереження та відновлення здоров'я людини. Актуалізація цього питання була характерною також для періоду нової економічної політики (неп), який позначився проведенням широкомасштабних і результативних реформ, зокрема в медичній царині. Тому розв'язання проблеми, обраної для дисертаційного дослідження, сприятиме виявленню закономірностей становлення та розвитку законодавства в галузі охорони здоров'я, дасть змогу розкрити напрями, особливості, наслідки правового регулювання охорони здоров'я та врахувати досвід правового регулювання охорони здоров'я з метою забезпечення його ефективності в сучасних умовах.

Актуальності дисертація набуває завдяки тому, що тема правового регулювання охорони здоров'я населення у 1921–1929 рр. недостатньо досліджена, окремі її аспекти розглядалися вченими переважно в галузі історії та медицини. За межами праць науковців перебувають питання правового статусу органів управління охороною здоров'я та медичних працівників, правові засади медичної і курортної діяльності, організації здорових і безпечних умов життя населення, охорони здоров'я матері та дитини, що вказує про потребу активізації наукових досліджень в означеному напрямі.

Теоретико-методологічним підґрунтям дисертації є праці таких науковців, як Б. Андрусишин, В. Бабкін, С. Бобровник, В. Гончаренко, О. Мироненко, Н. Оніщенко, В. Пилипчук, І. Сенюта, В. Стеценко, С. Стеценко, І. Усенко, Ю. Шемшученко та ін.

Під час написання роботи автором опрацьовано науковий доробок

радянських учених-лікарів – К. Дупленка, С. Томіліна, О. Марзеєва, І. Хороша та ін.

Окремі аспекти правового регулювання охорони здоров'я населення Української соціалістичної радянської республіки (УСРР) у 1920-х рр. висвітлювали автори далекого зарубіжжя. У цьому контексті варто назвати праці Н. Меннінга, В. Медісона, В. Джорджа, Н. Давидової, В. Голдмена, Д. Коенкера.

Незважаючи на наявність окремих досліджень, присвячених питанню охорони здоров'я в Україні в той чи інший період її історії, до цих пір не було історико-правової праці, у якій би комплексно розкривалося правове регулювання охорони здоров'я в УСРР у 20-ті роки ХХ ст.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертація пов'язана з плановою науково-дослідницькою тематикою кафедри теорії та історії держави і права Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова «Дослідження проблем гуманітарних наук (правознавство)», яка затверджена Вченою радою (протокол № 5 від 22 грудня 2006 р.). Тема дисертації затверджена Вченою радою Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (протокол № 10 від 26 травня 2015 р.).

**Мета і задачі дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є розкриття закономірностей, напрямів, способів, особливостей правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.).

Для досягнення поставленої мети передбачено розв'язання таких задач:

- проаналізувати стан наукової розробки та джерельної бази за темою дослідження;
- обґрунтувати теоретико-методологічні засади дослідження;
- з'ясувати структуру та повноваження Народного комісаріату охорони здоров'я (НКОЗ) УСРР та його місцевих органів;
- визначити місце та роль органів робітничої медицини в системі охорони здоров'я;

- розкрити становлення, повноваження та діяльність Українського товариства Червоного Хреста;
- проаналізувати правове регулювання медичної діяльності;
- з'ясувати правові засади санаторно-курортної справи;
- висвітлити правове забезпечення охорони здоров'я матері та дитини;
- виявити правові засади запобігання інфекційним захворюванням населення;
- проаналізувати правові основи санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів;
- визначити напрями удосконалення правового регулювання охорони здоров'я в Україні у сучасних умовах.

*Об'єктом дослідження є сфера охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.).*

*Предметом дослідження є правове регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.).*

**Методи дослідження.** Автор використовував загальнонаукові та спеціально-наукові методи пізнання. В основу дисертаційного дослідження покладено діалектичний метод, за допомогою якого з'ясовано причинно-наслідковий зв'язок між правовим регулюванням та його результатами, що зумовив розвиток окремих правових інститутів у сфері охорони здоров'я у 1921–1929 рр. (розділи 2–4). Логічний метод дав змогу виокремити сутність та особливості правового регулювання охорони здоров'я населення в означений період (підрозділ 1.2). За допомогою проблемно-хронологічного методу наукова проблема вирішувалася у хронологічній послідовності (розділи 2–4). Системний метод забезпечив розуміння системи охорони здоров'я як цілісного явища та місце органів управління у цій галузі, підприємств і громадських організацій (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3). Метод історичної біографістики дав змогу врахувати загальні настрої у суспільстві та медичному середовищі, зробити умовиводи щодо становища медичного персоналу в тогочасний період і його ролі в забезпеченні охорони здоров'я (4.2). Статистичний метод сприяв

розкриттю динаміки змін у системі охорони здоров'я у період непу (підрозділи 2.2, 2.3, 3.1, 3.3, 4.1, 4.2). Використання порівняльно-правового методу дало змогу з'ясувати еволюцію державної політики у сфері охорони здоров'я протягом 20-х років ХХ ст. (розділи 2–4). Формально-юридичний метод уможливив виділення характерних рис законодавства про охорону здоров'я в означений період (розділи 2–4).

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає у тому, що за характером і змістом розглянутих питань дисертація є першим комплексним дослідженням правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.).

Внесок здобувача у розроблення означеної проблеми визначають такі наукові результати:

*уперше:*

– з'ясовано закономірності правового регулювання у сфері охорони здоров'я (1921–1929 рр.), які полягали у домінуванні диктатури більшовицької партії; класовому та соціальному характері державної політики; низькому рівні соціально-економічного розвитку та культури населення; нестійкості суспільних відносин у сфері охорони здоров'я та потребі їх упорядкування за допомогою права;

– розкрито особливості правового регулювання у сфері охорони здоров'я в період непу: законодавство у сфері охорони здоров'я мало комплексний характер, було розгалуженим, несистематизованим; не існувало єдиного кодифікованого акта; нормативно-правові акти не розмежовувалися за юридичною силою на закони і підзаконні акти; серед способів правового регулювання переважали зобов'язання та заборони; низький рівень юридичної техніки, переклад законодавства з російської українською мовою здійснювався неякісно; нормативно-правові акти відображали класові інтереси робітників та незаможних селян, а також ідеологію більшовиків тощо;

– визначено принципи побудови радянської системи охорони здоров'я в означений період: єдність медично-санітарної організації, профілактичний її



напряма та участь трудящих у галузі охорони здоров'я;

– доведено, що за змістом своїх повноважень НКОЗ УСРР виконував функції центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я;

– обґрунтовано висновок про те, що особливістю системи охорони здоров'я УСРР у період непу був розвиток медичного страхування;

– висвітлено правові основи санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів УСРР у період непу, які спрямовувалися на розробку державних єдиних санітарно-гігієнічних норм у цій сфері;

*удосконалено:*

– класифікацію опублікованих джерел дослідження правового регулювання охорони здоров'я періоду непу, яку поділено на шість груп (нормативно-правові акти органів державної влади у сфері охорони здоров'я; матеріали офіційного діловодства органів управління охороною здоров'я, комуністичної партії, профспілкових та інших громадських організацій; статистичні збірники; довідники з питань соціального страхування та медичної допомоги застрахованим; тогочасна періодична преса; мемуарна література);

– положення про домінування в організації медичної діяльності в УСРР у період непу таких адміністративних методів, як націоналізація лікувальних закладів, аптек, інших медичних установ та лікарського приладдя, а також мобілізація лікарів до заняття медичною діяльністю та мілітаризація медичних установ;

– характеристику прав, обов'язків медичних працівників, а також кваліфікаційних вимог до осіб, які працювали в означеній галузі;

– оцінку способів правового регулювання запобігання інфекційним захворюванням населення, які зумовлювали особливі умови праці медичних працівників і життєдіяльності населення та передбачали застосування таких заходів, як трудова повинність, карантин, додаткове оподаткування населення;

*набули подальшого розвитку:*

– положення щодо законодавчого закріплення структури та повноважень НКОЗ УСРР і місцевих органів охорони здоров'я;

– твердження про те, що над діяльністю червонохресної громадської організації було встановлено цілковитий державний контроль, який визначав мету, завдання, класові принципи організації товариства;

– визначення та характеристика основних напрямів правового регулювання у сфері охорони здоров'я: проведення масштабних санітарних заходів в інтересах трудящих, протидія соціальним захворюванням, забезпечення загальнодоступної безоплатної та кваліфікованої лікувальної медицини, охорона здоров'я матері та дитини;

– розкриття правового регулювання санаторно-курортної справи УСРР у період непу, що спрямовувалося на надання переваги у реалізації права на санаторно-курортне лікування промисловим робітникам;

– висновки щодо залучення державою громадських організацій і підприємств для забезпечення охорони здоров'я матері та дитини.

**Практичне значення одержаних результатів** полягає у тому, що вони можуть бути використані:

– у науково-дослідній роботі – для подальшого вивчення правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.);

– у навчальному процесі – для підготовки підручників і навчальних посібників, а також викладання курсів «Історія держави і права України», «Право соціального забезпечення»;

– у процесі правотворчості – для удосконалення законодавства України про охорону здоров'я; у просвітницькій роботі – для підвищення рівня правової культури та правосвідомості населення.

Результати дисертаційного дослідження впроваджено у навчальний процес Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова (акт про впровадження результатів кандидатської роботи від 25.02.2016 р. № 07-10/332), а також у навчальний процес Вінницького національного аграрного університету (акт про впровадження результатів дисертаційного дослідження від 01.02.2016 р. № 12-48-115).

**Апробація результатів дисертації.** Основні результати дисертаційного

дослідження обговорювалися на засіданні кафедри теорії та історії держави і права Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, а також оприлюднені на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях. Серед них: Міжнародна науково-практична конференція «Сучасне міжнародне та вітчизняне право як регулятор суспільних відносин» (7–8 жовтня 2010 р., м. Одеса); Міжнародна науково-практична конференція «Перспективи і пріоритети розвитку юридичної науки» (14–15 жовтня 2010 р., м. Запоріжжя); Міжнародна науково-практична конференція «Держава і право: проблеми становлення і стратегія розвитку» (14–15 листопада 2014 р., м. Ужгород); Міжнародна науково-практична конференція «Право, держава та громадянське суспільство в умовах системних реформ на шляху до євроінтеграції» (21–22 листопада 2014 р., м. Дніпропетровськ); Міжнародна науково-практична конференція «Законодавство України: історія розвитку, соціальна обумовленість, якість, застосування та вдосконалення» (5–6 грудня 2014 р., м. Запоріжжя); Міжнародна науково-практична конференція «Громадянське суспільство в Україні: проблеми забезпечення правотворчої діяльності» (3–4 квітня 2015 р., м. Харків); Міжнародна науково-практична конференція «Юридичні наукові дискусії як фактор сталого розвитку правової доктрини та законодавства» (10–11 квітня 2015 р., м. Київ); Міжнародна науково-практична конференція «Міжнародні та національні правові виміри забезпечення стабільності» (17–18 квітня 2015 р., м. Львів); Друга регіональна науково-практична конференція «Право України: сучасний стан та перспективи розвитку» (14–15 травня, м. Вінниця); Міжнародна наукова конференція до 180-ти річчя з дня народження М. П. Драгоманова «Одинадцяті юридичні читання «Форма сучасної національної Української держави: реалії та перспективи» (21–22 травня 2015 р., м. Київ).

**Публікації.** Основний зміст дисертації викладено у 15 наукових працях, з яких чотири – у вітчизняних виданнях, визначених як фахові з юридичних наук, одна – у закордонному фаховому виданні, десять – у матеріалах доповідей на міжнародних та всеукраїнських конференціях.

**Структура роботи.** Дисертація складається із вступу, чотирьох розділів, десяти підрозділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи становить 236 сторінок, з них 193 – основний текст, 30 (275 найменувань) – список використаних джерел, 13 – додатки.

## РОЗДІЛ 1

### ІСТОРІОГРАФІЯ, ДЖЕРЕЛА ТА ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 1.1 Стан наукової розробки та джерельна база дослідження

Здійснюючи історіографічний екскурс з досліджуваної проблеми, автор, передусім, ставить за мету подати кількісну та якісну характеристику праць, присвячених охороні здоров'я населення упродовж 20-х рр. ХХ ст. Основними завданнями при цьому є висвітлення основних тематичних напрямків вивчення цієї проблеми, з'ясування науково-теоретичного та методологічного рівня праць, розкриття ступеня використання наукових джерел і повноти цих досліджень, оцінку їх наукової новизни та практичної цінності. В той же час, порівняльний аналіз, особливо сучасних історіографічних джерел, дасть можливість не лише розкрити основні напрямки та концептуальні засади наукових досліджень у цій сфері, але й виявити найменш досліджені аспекти проблеми з метою їх подальшого вивчення у своїй науковій праці.

З практичних міркувань історіографічний аналіз бажано здійснювати в межах конкретних хронологічних періодів. Такий підхід дасть можливість не лише з'ясувати основні дослідницькі пріоритети в рамках кожного із них, але й простежити динаміку змін наукових інтересів та глибину висвітлення досліджуваної проблеми упродовж усього історичного періоду. На наш погляд, дослідження проблем, пов'язаних із формуванням радянської системи охорони здоров'я в УСРР 1920-х років можна умовно поділити на два періоди. Перший із них – радянський, що позначився впливом панівної партійно-радянської ідеології в усіх сферах суспільного життя, у тому числі й у наукових дослідженнях. У його межах чітко простежуються три підперіоди: 1) власне 1920-х рр.; 2) 1930 – 1950-х рр.; 3) 1960 – 1980-х рр. Для другого періоду, який розпочався із здобуттям Україною незалежності і триває до тепер, характерні: науковий плюралізм, нові концептуальні підходи, висвітлення замовчуваних

раніше проблем тощо.

Дослідження проблем, пов'язаних із охороною здоров'я населення УСРР розпочинається уже в 20-ті рр. ХХ ст. Означений підперіод є найбільш інформативно насиченим. Авторами публікацій з досліджуваної проблеми найчастіше були власне радянські урядовці або ж практикуючі лікарі системи охорони здоров'я. Особливістю історіографії охорони здоров'я населення 1920 х рр. є наявність значної кількості праць, присвячених страховій медицині. Запроваджена постановою РНК УСРР від 10 грудня 1921 р., страхова медицина була визнана основною організаційно-правовою формою забезпечення робітників та службовців упродовж досліджуваного періоду. Теоретичні засади цього інституту були закладені доктором медицини, професором М. Вигдорчиком, який у 1920-х роках опублікував низку фундаментальних досліджень, присвячених страхуванню на випадок хвороби, проблемам касової медицини, інвалідності внаслідок нещасних випадків та професійних захворювань, травмолігічній експертизі тощо. З-поміж з них слід назвати монографічне дослідження, присвячене страхуванню на випадок хвороби [13].

Окремі брошури та статті в періодичній пресі того часу присвячені проблемі становлення та функціонування підвідділу робітничої медицини при НКОЗ УСРР. Так М. Лукомський у своїй праці розкриває особливості функціонування та перспективи розвитку інституту робітничої медицини [122].

Загальні питання порядку надання медичної допомоги застрахованим у своїх працях висвітлюють В. Караваєв [104], А. Штейнберг [263–266]. Практичну діяльність страхових органів із забезпечення медичною допомогою в Україні описує М. Котляр [110].

Наступним комплексом проблем, які знайшли своє відображення в літературі 1920-х рр. були питання, пов'язані з розвитком медико-санітарної справи на території УСРР. Найбільший внесок у розробку означених питань здійснили керівник санітарно-епідеміологічного відділу НКОЗ УСРР, майбутній академік, дійсний член Академії медичних наук О. Марзєєв, нарком охорони здоров'я УСРР у 1920–1925 рр., фахівець із соціальної гігієни

М. Гуревич та один із засновників української соціальної медицини, завідувач статистичного відділу НКОЗ УСРР у 1922–1930 рр., професор медицини С. Томілін. Так О. Марзєєв у своїй праці [124], опублікованій у журналі «Профілактична медицина», окреслює стан санітарної організації в Україні упродовж досліджуваного періоду. М. Гуревич [25] акцентує свою увагу на стані медико-санітарної мережі на селі. С. Томілін [188] системно описує санітарний стан України в 1928 р. У своїй праці дослідник подає відомості про фізичний стан населення України; розкриває загальну картину захворюваності, включаючи соціальні та інфекційні хвороби; характеризує санітарний стан населення та його харчування; простежує загальну динаміку основних демографічних показників. Окремим питанням санітарної організації і санітарної освіти в УСРР адресується розвідка В. Крюкова [111].

Надзвичайно актуальними в діяльності органів охорони здоров'я УСРР упродовж 1920-х рр. були питання, пов'язані з протидією епідеміям та соціальним хворобам. Цій проблематиці присвячуються праці, написані безпосередньо медичними працівниками. На характеристиці конкретних заходів органів охорони здоров'я, спрямованих на подолання наслідків епідемії малярії наголошує Л. Лейзерман [117]. Протидію органів охорони здоров'я соціальним хворобам розкриває В. Бондаренко [10].

Важливою темою, якій присвячені розвідки означеного періоду, є діяльність санаторно-курортних та профілактичних установ охорони здоров'я. Так загальнотеоретичні та практичні аспекти цієї проблеми представлені у працях І. Баєвського [6], Б. Мілютіна [131]. Досягнення та труднощі в роботі санаторно-профілактичних установ УСРР, а також перспективи розвитку санаторно-курортної допомоги в Україні розкриваються у праці Н. Борисова [11]. З метою забезпечення ефективності санаторно-курортного лікування колективом дослідників було підготовлено спеціальну підбірку, присвячену розкриттю показань і протипоказань при лікуванні на українських курортах [149].

У цей час виходять друком праці, що стосуються питань охорони матері

та дитини. Скажімо, А. Федотова розкриває проблему абортів та способи боротьби із ними [192]. Цікаву та ґрунтовну працю з охорони матері і дитини, присвячену 30-річчю організації «Крапля молока», підготував у 1927 р. колектив Одеської інспектури охорони здоров'я [162]. В книзі опублікували свої статті 35 провідних лікарів з Казані, Києва, Ленінграда, Москви, Одеси, Харкова, більша частина з них мали відповідні наукові ступені та вчені звання.

Наприкінці 1920-х років з'являються перші історичні нариси. Автором одного із них, що вийшов друком російською та українською мовами, є нарком охорони здоров'я УСРР 1925–1929 рр. Д. Єфімов. У книзі, на основі конкретного статистичного матеріалу, показані успіхи радянської системи охорони здоров'я в Україні щодо росту санітарної культури та санітарно-гігієнічного виховання населення; оздоровлення праці та побуту; лікувально-профілактичної допомоги робітникам і службовцям; боротьби із соціальними хворобами; охорони матері і дитини; будівництва мережі лікувальних і санаторно-профілактичних закладів [70].

Загалом серед робіт 1920-х рр. відсутні дослідження, які носять науковий характер. Однак, написані переважно лікарями-практиками та працівниками системи охорони здоров'я, вони характеризуються, передусім, професійним розумінням проблеми та використанням широкої джерельної бази. Крім того, автори, на основі власного досвіду, намагалися об'єктивно та без прикрас висвітлювати різні проблеми та невирішені питання у сфері охорони здоров'я. У подальшому саме такі роботи складуть основу для наукового осмислення цієї теми.

Початок 30-х рр. ХХ ст. в історіографії охорони здоров'я позначився появою цілої серії історичних нарисів. У різних за об'ємом брошурах і книгах, на основі пануючої комуністичної ідеології, дослідники намагалися показати досягнення розвитку системи охорони здоров'я радянського періоду. Так розвиток медичної галузі на початку першої п'ятирічки розкриває І. Ліберман [121]. Д. Каган у своїй праці значну увагу приділяє висвітленню та аналізу розвитку охорони здоров'я в українському селі [101]. Наприкінці 1930-х років



вийшла друком брошура, написана працівником наркомату охорони здоров'я С. Каганом «Охорона народного здоров'я в УРСР» [102], у якій автор викладає фактичний матеріал, що стосується проведення широких оздоровчих заходів; історії санітарної організації; надання лікувальної допомоги населенню; піклування радянської влади про матерів і дітей; дані про якісний і кількісний склад медичних кадрів. Однак, оскільки метою означеної книги, як зазначено у передмові, є допомога агітаторам у підготовці доповідей про «досягнення соціалістичного будівництва та його переваги над капіталістичним», ставитися до поданих у ній даних слід критично.

Серед інших проблем, які привернули увагу авторів у цей період, були: стан дитячої смертності та боротьба із нею [109]; охорона материнства і дитинства [193]; боротьби із алкоголізмом та венеричними хворобами [196].

Загалом публікаціям 1930-х рр., на відміну від попереднього періоду, більшою мірою притаманна політична складова. Написані в умовах становлення тоталітарного режиму, вони відображали як дійсні так і бажані досягнення радянської влади в сфері охорони здоров'я. Основним лейтмотивом таких праць було відверто тенденційне висвітлення успіхів радянської влади в справі турботи про умови життя та лікування трудящих.

У зв'язку з подіями другої світової війни та післявоєнної відбудови, упродовж 1940-х років в історіографії фактично відсутні праці, присвячені охороні здоров'я. Натомість 1950-ті роки, а особливо друга їх половина, характеризуються першими позитивними зрушеннями в науковому дослідженні проблеми та появою узагальнюючих праць, в яких дослідники намагалися простежити історію розвитку системи охорони здоров'я радянської доби, зокрема й періоду непу. Такі праці були написані в часи тимчасових послаблень тоталітарної сутності радянської системи, а тому, незважаючи на панування ідеологічної складової в їх змісті, вчені нерідко акцентували увагу на труднощах і недоліках в роботі органів охорони здоров'я першого десятиріччя радянської влади.

Серед означених праць, першочергово, слід назвати колективне наукове

дослідження «Нариси історії медичної науки та охорони здоров'я в УРСР» [146], яка вийшла друком у 1954 р. У вміщених у ній статтях науковці висвітлюють різноманітні аспекти досліджуваної проблеми: історію основних етапів розвитку напрямів медичної науки; регіональні особливості розвитку системи охорони здоров'я; персоналії видатних вчених і громадських діячів тощо.

Значна частка фактичного матеріалу із досліджуваної проблеми міститься у збірнику наукових праць «Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні» [128] за загальною редакцією кандидата медичних наук, завідувача відділу історії медицини Українського інституту клінічної медицини К. Дупленка. Окрім статей, присвячених загальним проблемам розвитку медицини, в книзі вміщені історичні нариси розвитку охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Закарпатській, Полтавській, Тернопільській та Харківській областях.

Характеризуючи історичний дискурс 30-50-х рр. ХХ ст., слід відзначити, що незважаючи на ідеологічне підґрунтя, цей період в історіографії характеризується першими спробами наукового осмислення проблеми охорони здоров'я населення у період непу та появою узагальнюючих наукових праць у формі історичних нарисів, написаних визначними працівниками охорони здоров'я.

Наступний підперіод 1960–1980-х рр. ХХ ст. характеризується посиленням ідеологічної складової у наукових дослідженнях, обґрунтуванням «керівної та спрямовуючої ролі» комуністичної партії у розвитку системи охорони здоров'я. У такому контексті виконані дослідження І. Хороша [195] та П. Щупика [267]. Однак, заради справедливості, слід відзначити, що, незважаючи на дотримання загальної кон'юнктури, вчені залучили до обігу значну кількість неопублікованих раніше джерел, звернули увагу на висвітлення низки проблем, які не були раніше предметом наукового дослідження. Це стосується насамперед, розвитку системи охорони здоров'я на селі, а саме: заснування і функціонування системи лікувальних закладів;

організації санітарно-епідеміологічного обслуговування; боротьби з епідеміями та соціальними хворобами; організації заходів з охорони матері і дитини; забезпечення медичними кадрами.

У цей період вийшов друком перший бібліографічний покажчик, в якому представлена вся радянська література, присвячена історії медицини та охорони здоров'я УСРР [110].

Роблячи підсумок огляду радянської історіографії, слід відзначити, що наукові дослідження з історії охорони здоров'я населення УСРР 1920-х рр. виконувалися переважно істориками та медичними працівниками. Немає жодного дослідження, яке б розкривало юридичні аспекти цієї проблеми. Незважаючи на залучену широку джерельну базу, дослідники, змушені були дотримуватися існуючої ідеологічної концепції, акцентуючи увагу лише на успіхах радянської системи охорони здоров'я та підкреслюючи роль правлячої комуністичної партії.

Розпад Радянського Союзу та утворення на його теренах незалежних суверенних держав позначилися відмовою науковців від догматичного класового підходу в оцінці подій та явищ, широким доступом до заборонених раніше архівних матеріалів і праць зарубіжних дослідників. Серед останніх слід назвати праці Н. Меннінга, В. Медісона, В. Джорджа, Н. Давидової, В. Голдмена, Д. Коенкера [271-275], в яких викладено концептуальні засади розуміння радянської історії досліджуваного періоду.

У незалежній Україні також з'явилися праці, в яких автори з нових концептуальних позицій розглянули актуальні проблеми радянської історії, зокрема періоду непу. Так Б. Андрусишин розкрив робітничу політику українських урядів 1917–1920 рр. [4], охарактеризував юридичні та фактичні підстави незалежності Української держави [3], проаналізував проблеми її спадкоємності [5]. В. Гончаренко висвітлив конституційне будівництво в Україні у період непу [22]. Проблеми повсякденного життя робітників досліджувала О. Мовчан [133]. Науковець, на основі репрезентативної джерельної бази, з нових концептуальних підходів охарактеризувала медичне

обслуговування робітників, торкаючись проблем діяльності лікарської мережі, страхової медицини, охорони матері та дитини тощо. Історико-правовий аналіз законодавства України у 20-х рр. ХХ ст. здійснив І. Усенко, який у своєму дослідженні висвітлив причини, передумови та основні напрямки першої кодифікації законодавства УСРР [190]. Питання кодифікації трудового законодавства вивчала О. Кульбашна [114].

Значна частина праць сучасних науковців, присвячена проблемі історії медицини. У цьому аспекті слід відзначити наукову монографію О. Ціборовського [260]. У своїй праці, присвяченій історії становлення соціальної медицини та охорони здоров'я в Україні, автор висвітлив такі проблеми: становлення наукових інституцій України в галузі соціальної медицини 1920-х рр.; українську соціальну медицину радянського періоду в іменах та датах; становлення радянської системи охорони здоров'я у 1919–1921 рр. Історико-правові аспекти розвитку системи охорони здоров'я в досліджуваній період можна знайти у підручнику з медичного права України за загальною редакцією С. Стеценка [176].

Історичним та медичним аспектам досліджуваної проблеми в сучасній історіографії присвячено ряд статей, опублікованих у наукових періодичних виданнях. При цьому значний доробок у вивченні радянської системи охорони здоров'я УСРР належить історикам. Зокрема становлення та особливості функціонування системи охорони здоров'я УСРР у 1920-х роках, медичне обслуговування населення у цей період та повсякденне життя медичного персоналу досліджували І. Адамська [2], О. Мовчан [134], І. Ткаченко [186]. Історію Українського Червоного Хреста в 20-х рр. ХХ ст. висвітлював О. Грибан [23]. Заходи радянської влади у сфері охорони здоров'я в Україні 1920–1930-х років вивчала О. Мурашова [135]. Н. Кузьмінець охарактеризувала політику радянської влади у сфері охорони здоров'я та висвітлила етапи організації охорони материнства та дитинства [112; 113].

Важливо відзначити, що в сучасній історіографії останнім часом з'являються окремі розвідки, присвячені розкриттю історико-правових основ

становлення та функціонування радянської системи охорони здоров'я в УСРР 1920-х рр. Зокрема становлення нормативно-правової бази системи охорони здоров'я України 1920–1930-х рр. ХХ століття розкривав А. Гринзовський [24], юридичні аспекти медичного страхування першої половини ХХ ст. досліджував А. Терованесов [183–185]. Історико-правовий огляд законодавчого забезпечення права на охорону здоров'я в Україні, зокрема досліджуваного періоду, здійснювала І. Сенюта [163].

Історичні та медичні аспекти становлення і розвитку радянської системи охорони здоров'я в УСРР 1920-х рр. знайшли своє відображення у дисертаційних дослідженнях. Так соціально-історичний аспект охорони здоров'я в Україні в роки нової економічної політики вивчала І. Ткаченко [187]. Г. Демочко висвітлювала основні етапи формування і розвитку української радянської системи охорони здоров'я у Харкові [64]. Діяльність Українського товариства Червоного Хреста розкривала Т. Литовченко [119].

Історико-правовим дослідженням, дотичним до проблеми радянської системи охорони здоров'я УСРР 1920-х рр., є дисертаційна робота Д. Лебедева, присвячена діяльності міністерств народного здоров'я та опікування Української держави та Директорії Української Народної Республіки у 1918 – 1921 рр [115].

Завершуючи аналіз стану наукової розробки проблеми, зазначимо, що на сьогодні в історико-правовій науці відсутнє комплексне дослідження, присвячене проблемі правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР у 1921–1929 рр. Основна увага дослідників звернена до вивчення основних аспектів проблеми в контексті історії України та історії медицини. Такий стан наукової розробки проблеми обумовив обрання означеної теми дисертації.

Аналізуючи джерельну базу дослідження, слід відзначити, що нами використовувалися як неопубліковані, так й опубліковані джерела. Маючи різний ступінь достовірності та репрезентативності, кожна з вказаних груп джерел відіграла важливу роль у висвітленні правового регулювання охорони

здоров'я населення УСРР у 1921–1929 рр.

Основу неопублікованих джерел, складають архівні документи, більшість з яких вперше вводяться автором до наукового обігу.

Аналізуючи архівні матеріали, слід відзначити, що найбільша за обсягом колекція джерел, що відображає різноманітні аспекти функціонування радянської системи охорони здоров'я УСРР 1920-х рр., знаходиться в Центральному державному архіві вищих органів влади та управління України (ЦДАВО України). Найбільш змістовним є фонд Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР (Ф. 342). Архівні матеріали фонду розміщені за хронологічним принципом та відображають діяльність різних відділів Наркомату. Так, зокрема, у відділі управління справами зібрані нормативні акти вищих органів державної влади, накази, розпорядження, положення, обіжники НКОЗ УСРР, протоколи засідання колегії, узагальнюючі матеріали про різні напрямки діяльності НКОЗ УСРР. У матеріалах організаційного відділу містяться доповіді про організацію та діяльність відділів охорони здоров'я на місцях, їх звіти та переписка з наркоматом. В архівних справах санітарно-епідеміологічного, лікувального, санітарно-житлового, статистичного, фінансово-господарського відділів, а також відділу медичного постачання, охорони материнства і дитинства знаходяться матеріали, що відображають відповідні напрямки діяльності НКОЗ УСРР. Варто відзначити, що найбільшою мірою представлені документи наркомату першої половини 1920-х років.

Не менш цінними для дослідження проблеми є фонди Всеукраїнського центрального виконавчого комітету рад робітничих, солдатських і червоноармійських депутатів (ВУЦВК) (Ф. 1.) та Ради народних комісарів УРСР (РНК УРСР) (Ф. 2). В архівних справах можна віднайти нормативні акти, що видавали означені установи, систематизовані у вигляді алфавітних покажчиків, листування із наркоматом охорони здоров'я УСРР та звітів про його діяльність, а також матеріали про діяльність Українського товариства Червоного Хреста, боротьбу із соціальними хворобами та епідеміями, надання медичної допомоги тощо.

Матеріали, що стосуються медичного страхування, як форми соціального захисту робітників та службовців, знаходяться у фондах: Головного управління соціального страхування України (Ф. 2851); Народного комісаріату праці УСРР (Ф. 2623); Народного комісаріату соціального забезпечення УСРР (Ф. 348); Української загальнопланової комісії при Українській економічній нараді (Укрдержплану) (Ф. 337). Різноманітні аспекти, що стосуються медичного обслуговування працівників можна відшукати у фонді Всеукраїнської ради професійних спілок (Ф. 2605).

Архівні фонди ЦК КП(б)У (Ф.1), що містяться в Центральному державному архіві громадських об'єднань України (ЦДАГО України), відображають позицію правлячої партії щодо перспектив розвитку радянської системи охорони здоров'я означеного періоду. Зокрема в описі 1 фонду зібрані документи, в яких представлена переписка з наркоматами, радянськими установами, курортним управлінням, санаторіями про надання медичної і матеріальної допомоги, а також санаторно-курортного обслуговування партійних робітників, членів їх сімей. Серед архівних документів збереглося листування з губернськими комітетами КП(б)У, народними комісаріатами, радянськими установами щодо роботи Українського товариства Червоного Хреста тощо. В двадцятому описі фонду представлені циркулярні листи ЦК КП(б)У, тези доповідей агітпропу, виписки із протоколів засідань секретаріату ЦК КП(б)У, доповідні записки, справки партійних і радянських органів з питань охорони здоров'я, а також довідки та доповідні записки Наркомату охорони здоров'я УСРР з питань охорони матері та дитини в Україні.

Досліджуючи правове регулювання охорони здоров'я населення УСРР, автор опрацював матеріали Державних архівів Вінницької та Харківської областей. Зокрема були проаналізовані архівні документи фондів губернських, окремих окружних інспектур охорони здоров'я, повітових відділів охорони здоров'я, окружних комітетів Червоного хреста, окружних кас соціального страхування та окружних аптекоуправлінь. Матеріали означених фондів дозволяють здійснити аналіз директивного матеріалу, що надходив з центру на

місця та простежити його виконання. Окрім того, аналіз результатів практичної діяльності місцевих органів охорони здоров'я на рівні конкретних локальних мікроісторій дозволяє оцінити якість наданих медичних послуг в житті конкретного громадянина.

Опубліковані джерела, використані при написанні дисертаційної роботи, для зручності аналізу можна поділити на шість груп. Першу й основну групу опублікованих джерел становлять нормативно-правові акти РНК УСРР та НКОЗ УСРР у формі декретів, постанов, положень, розпоряджень, статутів, інструкцій, наказів, які містяться в офіційних збірниках робітничо-селянського уряду 1919–1929 рр. [74–92], а також статuti громадських організацій, затверджені ВУЦВК [191]. Важливе значення має й неофіційна інкорпорація нормативно-правових актів органів державної влади у сфері охорони здоров'я, здійснена в радянський час, яка суттєво доповнює офіційну. Неофіційні видання нормативно-правових актів дали змогу автору ліквідувати інформаційні прогалини щодо чинних тогочасних норм та сприяли їх доступності [8; 97; 106; 118; 137; 144; 166; 194]. Іноді підзаконні акти публікувалися у вигляді окремих брошур для практичного використання працівниками системи охорони здоров'я [98; 99; 100]. Неабияку роль в управлінні системою охорони здоров'я відігравали рішення партійних органів [16; 18].

Комплексний аналіз нормативно-правових актів УСРР у сфері охорони здоров'я періоду непу, а також проекту Кодексу законів про охорону здоров'я УСРР [108] дав змогу розкрити характерні риси законодавства у цій галузі, виявити недоліки його систематизації та юридичної техніки, а також з'ясувати ключові питання за темою дослідження, які стосуються закономірностей, напрямів, способів та особливостей правового регулювання охорони здоров'я в означений період. Опрацьовані тогочасні законодавчі акти дозволили висвітлити низку проблем: структуру, повноваження НКОЗ УСРР та його місцевих органів управління охороною здоров'я; систему, права та обов'язки органів медичного страхування; організацію і діяльність Українського



товариства Червоного Хреста; організаційно-правові заходи держави щодо запобігання інфекційним захворюванням населення та санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів, становлення та розвитку медичної і санаторно-курортної діяльності; правові засади охорони здоров'я матері та дитини тощо.

До другої групи джерел відносяться матеріали офіційного діловодства органів управління охороною здоров'я, комуністичної партії, профспілкових та інших громадських організацій у вигляді їх звітів, постанов, тез, резолюцій і планів роботи тощо. Особливої уваги заслуговують документи, прийняті органами управління охороною здоров'я. Одні з них розкривають загальні питання охорони здоров'я [71; 147], інші висвітлюють діяльність робітничої медицини [93], деякі визначають стан санітарної справи [262] та охорони здоров'я матері та дитини [180], окремі характеризують діяльність Українського товариства Червоного Хреста [15; 94-96]. Крім того, певний науковий інтерес становлять офіційні документи Всеукраїнських з'їздів радянських робітничо-селянських та червоноармійських депутатів [62; 141], а також партійних [63; 66] і профспілкових з'їздів [19; 261].

Третю групу джерел становлять статистичні збірники, в яких містяться узагальнені дані про історію та стан охорони здоров'я в республіці, зокрема кількість медичних установ, захворюваність на інфекційні хвороби та вжиті владою протиепідемічні заходи, проведення судово-медичних досліджень тощо [128; 129]. Для оперування статистичними даними щодо стану медичного страхування в УСРР важливе місце мають статистичні збірники, присвячені цій проблемі [126; 127]. Статистичні матеріали розкривають також стан соціальних хвороб і розвитку гігієни у цій сфері в означений період державності України [125].

До четвертої групи джерел належать довідники з питань соціального страхування і медичної допомоги застрахованим [30; 169–171], стану захворювання на венеричні хвороби [12], медично-санітарної справи [103].

П'яту групу джерел становить тогочасна періодична преса, яка суттєво компенсує нестачу нормативних матеріалів з тих чи інших проблем за темою дослідження. У таких періодичних виданнях, як «Вопросы страхования», «Вестник социального обеспечения», «Профилактическая медицина» та інших публікувалися положення, циркуляри, постанови РНК УСРР, ВУЦВК та інших органів влади у сфері охорони здоров'я [138; 139; 140].

До шостої групи джерел належить мемуарна література, зокрема спогади та мемуари визначних учених у галузі санітарії та гігієни, докторів медичних наук, професорів Г. Баткіса [9] та О. Марзєєва [123]. Не дивлячись на те, що мемуарна література не забезпечує повноти охоплення проблеми та має деякий відбиток суб'єктивності, цінність її полягає, насамперед, у відображенні інформації очевидцями та учасниками тогочасних подій, що дає можливість колоритно, на певному соціально-психологічному рівні відтворити стан та організацію радянської охорони здоров'я в Україні у період непу.

## **1.2 Теоретико-методологічні засади дослідження**

Основою дисертаційного дослідження є його методологія, тобто система принципів, філософсько-світоглядних підходів і методів, які забезпечують усебічне та об'єктивне висвітлення проблеми правового регулювання охорони здоров'я УСРР у період непу. Методологія, за визначенням Д. Керімова, є явищем інтегральним, адже «об'єднує в собі низку компонентів: світорозуміння і фундаментальні загальнотеоретичні концепції, загальні філософські закони й категорії, загальні й конкретно наукові методи» [107, с. 83]. Відтак, структурно методологія складається з окремих елементів, до яких віднесемо такі, як принципи, філософсько-світоглядні підходи та методи дослідження, що використовуються для досягнення наукової мети.

Каркас методологічного інструментарію складають теоретичні принципи, передусім, історизму, усебічності, об'єктивності дослідження.

З огляду на предмет дисертаційної роботи, основоположним є принцип

історизму, відповідно до якого автор здійснив історико-правовий аналіз правового регулювання охорони здоров'я у межах хронологічних рамок дослідження. Використання цього принципу потребувало залучення значного фактологічного матеріалу і надало можливість досягнути предмет у широкому історичному контексті, розкриваючи механізми та закономірності історичного процесу. Принцип історизму забезпечив пізнання процесу правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР у 1921–1929 рр., враховуючи особливості означеного періоду історії, який позначився проведенням системних державних реформ у складних соціально-економічних, політичних умовах. Крім того, аналізований принцип дав змогу оцінити тогочасний стан правового регулювання охорони здоров'я через призму сьогодення. За його допомогою автор простежив об'єктивний розвиток державної політики охорони здоров'я населення в Україні у 1921–1929 рр.

Принцип усебічності забезпечив повноту пізнання, дав змогу цілісно розкрити процес правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР у 1921–1929 рр., враховуючи його обумовленість станом розвитку економіки, політики, культури. За допомогою цього принципу вдалося відобразити такі грані предмету дослідження, як закономірності, напрями, способи, ефективність правового регулювання охорони здоров'я у досліджуваній період.

Принцип об'єктивності надав дослідженню достовірності, оскільки спрямував роботу автора на виявлення достовірних фактів шляхом опрацювання, передусім, широкої джерельної бази: архівних фондів, чинних на той час нормативно-правових актів, даних офіційного документообігу, статистичних джерел, мемуарної літератури тощо. Крім того, аналізований принцип дав змогу критично підійти до оцінки фактів, беручи до уваги точні дані та аргументовані висновки вчених.

Світоглядну позицію автора визначили філософсько-світоглядні підходи, зокрема, такі з них, як герменевтичний, аксіологічний, плюралістичний. Герменевтичний підхід забезпечив інтерпретацію тексту нормативно-правових

актів і поняттєвої бази дослідження, враховуючи при цьому історико-культурні умови та особливості правової і медичної термінології. Цей підхід уможливив пізнання сутності тексту і її трансформацію через мову. Важливість герменевтичного підходу посилюється ще й з огляду на недосконалість викладу тексту радянських нормативно-правових актів 20-х років та подекуди неграмотний його переклад з російської на українську мову.

Аксіологічний філософсько-світоглядний підхід дав змогу автору осмислити цінність правового регулювання охорони здоров'я УСРР для розвитку суспільних відносин у сфері медицини загалом, визначити місце органів державного управління та громадських організацій, зокрема товариства Червоного Хреста УСРР, у системі охорони здоров'я, оцінити здобутки, недоліки та особливості державної політики в досліджуваній царині у період непу.

Обрання автором плюралістичного підходу обґрунтовується можливістю застосування різноманітного методологічного інструментарію, який сприяє комплексному розкриттю досліджуваної проблеми, враховуючи наукові результати юриспруденції, історії, політології, соціології та інших суспільних наук. Використання цього методологічного підходу дало змогу уникнути однобічності при висвітленні питання правового регулювання охорони здоров'я УСРР у 1921–1929 рр., інтегрувавши при цьому класичні та посткласичні методи дослідження.

У рамках загальнонаукових методів автор використовував такі, як: діалектичний, логічний (аналіз, синтез, індукція, дедукція), проблемно-хронологічний, системний, історичної біографістики, статистичний. За допомогою діалектичного методу було з'ясовано закономірності правового регулювання охорони здоров'я УСРР у період непу та розкрито передумови і причини упорядкування, закріплення, охорони та розвитку суспільних відносин у сфері охорони здоров'я УСРР у 1921–1929 рр. Крім того, цей метод дав змогу простежити причинно-наслідковий зв'язок між правовим регулюванням охорони здоров'я в означений період та його результатами, які призвели до

розвитку окремих правових інститутів у сфері охорони здоров'я.

Беззаперечну роль у з'ясуванні суті, характерних рис, напрямів правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я УСРР (1921–1929 рр.) відіграли такі методи, як аналіз, синтез, індукція, дедукція тощо. Вони використовувалися автором у ході всього дослідження означеної проблеми.

На нашу думку, основоположним для висвітлення проблематики дослідження є проблемно-хронологічний метод. За допомогою цього методу автор висвітлював питання за темою дослідження у хронологічній послідовності.

Системний метод забезпечив розуміння системи охорони здоров'я як цілісного явища та дозволив розкрити місце в ній органів управління, громадських організацій. Він дав змогу з'ясувати зв'язки між окремими її елементами. Насамперед, це стосується взаємозв'язків між органами державного управління у сфері охорони здоров'я, іншими відомствами, підприємствами, громадськими організаціями.

Для з'ясування загальних настроїв у суспільстві та медичному середовищі автором використано метод історичної біографістики (мемуари). Цей метод дав змогу зробити умовиводи щодо становища медичного персоналу в тогочасний період і його ролі в забезпеченні охорони здоров'я.

Використання статистичного методу уможливило дослідити якісні та кількісні перетворення у системі охорони здоров'я, зокрема організації, функціонуванні та структурі радянських органів управління у цій галузі, показники стану захворюваності на інфекційні та соціальні хвороби на території України в період непу, забезпечення медичними працівниками та мережею медичних закладів тощо.

Не применшуючи значення загальнонаукових методів, відзначимо також і роль спеціально-наукових методів, які розроблені в межах юриспруденції: порівняльно-правового та формально-юридичного.

Використовуючи порівняльно-правовий метод, автор простежив еволюцію реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я, яка

позначилася функціонуванням приватних аптек та інших медичних закладів, введенням платних медичних послуг, запровадженням альтернативного фінансування галузі охорони здоров'я у період непу та згортанням цих інститутів наприкінці 20-х років ХХ ст. Крім того, порівняльно-правовий метод розкрив пріоритетність напрямів правового регулювання охорони здоров'я у ті чи інші роки означеного періоду. Наприклад, якщо на початку 20-х років правове регулювання було націлене на санітарні заходи для запобігання поширенню епідемій серед населення, то наприкінці 20-х років ХХ ст. перевага надавалася протидії соціальним хворобам (туберкульоз, алкоголізм).

Формально-юридичний метод дав можливість проаналізувати законодавство про охорону здоров'я, практику його застосування та визначити його характерні риси у період непу, а також встановити правовий статус НКОЗ УСРР і УТЧХ.

Виходячи зі специфіки предмета нашого дослідження та реалізації вищезгаданих методів, було сформовано поняттєво-термінологічний апарат. На наш погляд, його уточнення є необхідним для правильного відображення результатів дисертаційної роботи.

Першочергово, розкриємо сутність поняття, яке використовується у всій роботі – «нова економічна політика (неп)». На нашу думку, пізнання характерних рис непу має важливе значення для з'ясування сутності державної політики більшовиків у цей період, а відповідно й особливостей правового регулювання охорони здоров'я населення у 1921–1929 рр. Непом вважається політика, проголошена радянською державою на 10 з'їзді РКП(б) на початку 1921 р. Вона змінила політику «воєнного комунізму» більшовиків та передбачала орієнтування економіки на ринок і торгівлю; дальший розвиток промисловості на основі її електрифікації; заміну продрозверстки натуральним податком; допущення вільної торгівлі при регулюванні її з боку органів радянської влади; впровадження товарно-грошових відносин, орендування приватними особами частини дрібних державних підприємств; використання госпрозрахунку; дозвіл на організацію невеликих приватних підприємств тощо

[268, с. 171–172].

На думку дослідників, однією з основних визначальних рис періоду нової економічної політики була відмова від надзвичайщини та правового нігілізму, своєрідне повернення до традиційних юридичних цінностей, до так званої революційної законності [150, с. 16], що, на нашу думку, є привабливим для вивчення.

Основною категорією, яка використовується у дисертаційній роботі є правове регулювання (від лат. *regulare* – спрямовувати, впорядковувати). На думку представників Харківської наукової школи, правове регулювання – це «здійснюваний за допомогою засобів процес упорядкування суспільних відносин з метою забезпечення певної сукупності соціальних інтересів, які вимагають правового гарантування» [72, с. 207–208]. Відомі науковці Ю. Шемшученко та С. Бобровник вважають ним «один із основних засобів державного впливу на суспільні відносини з метою їх упорядкування в інтересах людини, суспільства і держави» [269, с. 40]. У зв'язку з цим автор розуміє сутність правового регулювання охорони здоров'я у значенні упорядкування суспільних відносин у сфері охорони здоров'я за допомогою юридичних засобів.

Опрацювання праці, в якій розкривається поняття та особливості правового регулювання [182, с. 297] дало змогу нам виокремити закономірності та особливості правового регулювання охорони здоров'я УСРР у період непу. Зокрема закономірностями, що обумовили напрями, способи та особливості правового регулювання охорони здоров'я в означений період, є: 1) домінування диктатури пролетаріату; 2) класовий характер державної політики; 3) низький рівень соціально-економічного розвитку та культури населення, ускладнений голодом, епідеміями, розрухою та відсутністю досвіду правової роботи; 4) нестійкість суспільних відносин у сфері охорони здоров'я та потреба їх упорядкування за допомогою права.

Для правового регулювання охорони здоров'я у 1921–1929 рр. характерні такі особливості: законодавство у сфері охорони здоров'я мало комплексний

характер, було розгалуженим, несистематизованим, потребувало державної реєстрації та доступного для населення офіційного опублікування; не було єдиного кодифікованого акту (хоча проект Кодексу про охорону здоров'я було розроблено, однак він не був затверджений); нормативно-правові акти не розмежовувалися за юридичною силою на закони та підзаконні акти; серед способів правового регулювання переважали зобов'язання та заборони; був низький рівень юридичної техніки, переклад законодавства з російської на українську мову здійснювався неякісно; нормативно-правові акти відображали класові інтереси робітників та незаможних селян, а також ідеологію більшовиків; впорядкування, закріплення та охорона суспільних відносин у сфері охорони здоров'я здійснювалися інтенсивно та оперативно, внаслідок чого відбувався розвиток низки інститутів (медичне страхування, запобігання інфекційним захворюванням населення, санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів, медична діяльність, санаторно-курортне лікування, Охматдит та інші); знайшли своє юридичне закріплення у нормативно-правових актах права та обов'язки, пільги, відповідальність медичних працівників, а також кваліфікаційні вимоги до зайняття ними посад.

Основоположним поняттям, яке широко використовується у дисертації, є «охорона здоров'я», легальне визначення якого подано у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я, тому автор послуговується пропонованою офіційною дефініцією. Охорону здоров'я законодавець інтерпретує як систему заходів, які здійснюються органами державної влади та органами місцевого самоврядування, їх посадовими особами, закладами охорони здоров'я, медичними та фармацевтичними працівниками і громадянами з метою збереження та відновлення фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості її життя. Власне термін «здоров'я» людини в законодавстві тлумачиться як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних вад [142, ст. 3].



Одним із інститутів медичного права є правове регулювання охорони здоров'я матері та дитини, становлення та розвиток якого досліджується в дисертації. Взявши до уваги власне поняття «охорона здоров'я», автор пропонує розуміти під словосполученням «охорона здоров'я матері та дитини» систему заходів, які здійснює держава, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я, медичні працівники, громадяни з метою гарантування охорони здоров'я матері та дитини.

Дослідження потребує уточнення таких складових охорони здоров'я та близьких за значенням, але не тотожних понять, як «медична діяльність», «медична допомога» та «медичне обслуговування».

У дисертаційній роботі автор оперує поняттям «медична діяльність», законодавче визначення якого наразі, на жаль, відсутнє. Тому ми врахували результати досліджень С. Стеценка [175] та Р. Стефанчука [172, с. 340] про те, що це поняття комплексне, яке включає в себе надання медичної допомоги, тобто поняття медичної діяльності ширше за своїм змістом. Медична допомога – це діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і паталогічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами [142, ст. 3]. У цьому ж аспекті викладена й позиція І. Сенюти, яка вважає, що «медична допомога – це вид професійної діяльності, який включає сукупність заходів, спрямованих на профілактику, діагностику, лікування і реабілітацію, з метою збереження, зміцнення, розвитку та, у разі порушення, відновлення максимально досяжного рівня фізичного й психічного стану людського організму, що здійснюється медичними працівниками, які мають на це право згідно з чинним законодавством» [164, с. 278–279].

Аналіз законодавчого визначення дефініції «медичне обслуговування» свідчить про те, що це поняття ширше за змістом, ніж медична допомога, адже передбачає діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб-підприємців, які зареєстровані та одержали відповідну ліцензію у сфері охорони здоров'я, що не обов'язково обмежується медичною допомогою [142, ст. 3].

У дисертаційному дослідженні значна увага приділяється правовим засадам діяльності органів робітничої страхової медицини – робмедам, діяльність яких забезпечувала надання якісної медичної допомоги робітникам і службовцям. Характерним є те, що на той час інститут страхової медицини був розвинений в Україні, що є особливістю системи охорони здоров'я УСРР (1921–1929 рр.). Ефективність функціонування органів страхової медицини у період непу доводить необхідність розвитку медичного страхування в Україні. Тому слід підтримати точку зору В. Стеценко, яка обґрунтовує та доводить потребу проведення реформ у сфері охорони здоров'я на засадах медичного страхування [173; 174].

З'ясуванню основних термінів, які стосуються правових засад санаторно-курортної справи, сприяли результати наукових досліджень, проведені А. Бобковою. Зокрема вчена докладно визначила поняття «санаторно-курортний заклад», яким на її думку є «заклад охорони здоров'я, що забезпечує надання громадянам послуг лікувальних, профілактичних і реабілітаційного характеру з використанням природних лікувальних ресурсів курортів (лікувальних грязей та озокериту, мінеральних і термальних вод, ропи лиманів та озер, природних комплексів із сприятливими для лікування умовами тощо) та із застосуванням фізіотерапевтичних методів, дієтотерапії, лікувальної фізкультури тощо [269, с. 418]. Для з'ясування сутності та класифікації курортів автор використав напрацювання М. Залозного [73]. У дисертації поняття «санаторно-курортна справа» використовується з огляду на законодавче визначення сутності «курортної справи» у Законі України «Про курорти» [153, ст. 1]. Відтак, санаторно-курортною справою є сукупність усіх видів науково-практичної та господарської діяльності, спрямованих на організацію та забезпечення лікування, медичної реабілітації та профілактики захворювань із використанням природних лікувальних ресурсів.

У дисертаційному дослідженні такі терміни, як «інфекційні хвороби», «епідемія», «протиепідемічні заходи» вживаються в інтерпретації ст. 1 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [152, ст. 1]. Зокрема:

інфекційні хвороби – це розлади здоров'я людей, що викликаються живими збудниками (вірусами, бактеріями, рикетсіями, найпростішими, грибками, гельмінтами, кліщами, іншими патогенними паразитами), продуктами їх життєдіяльності (токсинами), патогенними білками (пріонами), передаються від заражених осіб здоровим і схильні до масового поширення; епідемія – масове поширення інфекційної хвороби серед населення відповідної території за короткий проміжок часу; протиепідемічні заходи – комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемій.

Поняття санітарного та епідемічного благополуччя вживається у значенні стану здоров'я населення та середовища життєдіяльності людини, при якому показники захворюваності перебувають на усталеному рівні для даної території, умови проживання сприятливі для населення, а параметри факторів середовища життєдіяльності знаходяться в межах, визначених санітарними нормами [151, ст. 1]

Для з'ясування сутності таких понять, як «харчова добавка» та «харчовий продукт» автор використовував їх нормативно-правове тлумачення, пропонуване у ст. 1 Закону України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів» [154, ст. 1] Так харчова добавка – це речовина, яка зазвичай не вважається харчовим продуктом або його складником, але додається до харчового продукту з технологічною метою в процесі виробництва та у результаті стає невід'ємною частиною продукту (термін не включає забруднюючі речовини, пестициди або речовини, додані до харчових продуктів для поліпшення їх поживних властивостей); харчовий продукт – речовина або продукт (неперероблений, частково перероблений або перероблений), призначені для споживання людиною.

### **Висновки до Розділу 1**

Огляд стану наукової розробки дослідження свідчить про недостатній рівень пізнання вченими проблеми правового регулювання охорони здоров'я

УСРР (1921–1929 рр.). Переважно, це питання студіювалося науковцями в історичному або медичному контексті, однак за межами дослідження залишився його правовий аспект. Такий стан наукової розробки дослідження спонукає автора до комплексного вирішення проблеми правового регулювання охорони здоров'я в означений період.

Найбільшу за обсягом групу джерел становлять неопубліковані (архівні матеріали), переважна більшість з яких вперше вводяться автором до наукового обігу. Різноманітні за формою і змістом, із різним ступенем достовірності, вони достатньо повно відображають правовий статус і діяльність органів охорони здоров'я УСРР у досліджуваній період.

Опубліковані джерела класифіковано на шість груп: нормативно-правові акти органів державної влади у сфері охорони здоров'я; матеріали офіційного діловодства органів управління охороною здоров'я, комуністичної партії, профспілкових та інших громадських організацій; статистичні збірники; довідники з питань соціального страхування і медичної допомоги застрахованим; тогочасна періодична преса; мемуарна література.

Методологією дослідження є система принципів, філософсько-світоглядних підходів і методів, які забезпечують усебічне та об'єктивне висвітлення проблеми правового регулювання охорони здоров'я УСРР (1921–1929 рр.). В основу роботи покладені принципи історизму, усебічності, об'єктивності дослідження. Світоглядну позицію автора визначили філософсько-світоглядні підходи (герменевтичний, аксіологічний, плюралістичний). Автор використовував такі методи дослідження: діалектичний, логічний (аналіз, синтез, індукція, дедукція), проблемно-хронологічний, системний, історичної біографістики, статистичний, формально-юридичний та порівняльно-правовий.

Розкриття поняттєво-термінологічної бази дослідження дало змогу зробити узагальнення щодо закономірностей та особливостей правового регулювання охорони здоров'я УСРР у період непу. Закономірностями, які обумовили напрями, способи та особливості правового регулювання охорони

здоров'я в означений період, були: 1) домінування диктатури пролетаріату; 2) класовий характер державної політики; 3) низький рівень соціально-економічного розвитку та культури населення, ускладнений голодом, епідеміями, розрухою та відсутністю досвіду правової роботи; 4) нестійкість суспільних відносин у сфері охорони здоров'я та потреба їх упорядкування за допомогою права.

Для правового регулювання охорони здоров'я у 1921–1929 рр. характерні такі особливості: законодавство у сфері охорони здоров'я мало комплексний характер, було розгалуженим, потребувало державної реєстрації та доступного для населення офіційного опублікування; не було єдиного кодифікованого акту (хоча проект Кодексу про охорону здоров'я було розроблено, однак він не був затверджений); нормативно-правові акти не розмежовувалися за юридичною силою на закони та підзаконні акти; серед способів правового регулювання переважали зобов'язання та заборони; був низький рівень юридичної техніки, переклад законодавства з російської на українську мову здійснювався неякісно; нормативно-правові акти відображали класові інтереси робітників та незаможних селян, а також ідеологію більшовиків; впорядкування, закріплення та охорона суспільних відносин у сфері охорони здоров'я здійснювалися інтенсивно та оперативно, внаслідок чого відбувався розвиток низки інститутів (медичне страхування, запобігання інфекційним захворюванням населення, санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів, медична діяльність, санаторно-курортне лікування, охматдит та інші); знайшли своє юридичне закріплення у нормативно-правових актах права та обов'язки, пільги, відповідальність медичних працівників, а також кваліфікаційні вимоги до зайняття ними посад.

## РОЗДІЛ 2

### ПРАВОВИЙ СТАТУС ОРГАНІВ УПРАВЛІННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЙ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

#### 2.1 Структура та повноваження НКОЗ УСРР і його місцевих органів

Охорона здоров'я трудящих була пріоритетною сферою діяльності більшовиків, у програмних документах яких містилися завдання на найближчий період у цій галузі, які фактично й стали основними напрямками їх діяльності держави, зокрема: «1. Рішуче проведення широких санітарних заходів в інтересах трудящих, а саме: а) оздоровлення населених пунктів (охорона ґрунту, води, повітря); б) організація громадського харчування на науково-гігієнічних началах; в) організація заходів, що попереджують розвиток і поширення інфекційних захворювань. 2. Протидія соціальним захворюванням (туберкульозом, венеризмом, алкоголізмом тощо). 3. Забезпечення загальнодоступної безоплатної та кваліфікованої лікувальної медицини» [137, с. 5]. Крім завдань, чітко окреслювалися й принципи побудови радянської системи охорони здоров'я, до яких належали: єдність медично-санітарної організації, профілактичний її напрямок і участь трудящих у галузі охорони здоров'я [201, арк. 36]. На нашу думку, окреслені завдання та засади й визначали організаційно-структурну та функціональну побудову радянської системи охорони здоров'я у 1921–1929 рр.

Організація центральних і місцевих органів радянської влади у сфері охорони здоров'я бере початок зі створення Військово-революційним комітетом Петроградської ради медико-санітарного відділу 26 жовтня 1917 р. На думку І. Хороша, велику роль у розбудові радянської державної охорони здоров'я відіграв I Всеросійський з'їзд медико-санітарних відділів рад, скликаний 15-18 червня 1918 р. [195, с. 10]. З'їзд розглянув питання про завдання і організацію НКОЗ УСРР і його органів на місцях. 16 січня 1919 р., за прикладом РРФСР, було опубліковано декрет Тимчасового робітничо-

селянського уряду УСРС «Про утворення відділу охорони здоров'я». Цей відділ згодом і був перетворений у НКОЗ УСРР. З цього часу вся цивільна та військова медико-санітарна частина переходили до відання центрального органу у сфері охорони здоров'я. Якраз у цьому й виражався принцип єдності медично-санітарної організації. Першим Наркомом охорони здоров'я УСРР було призначено П. Тутишкіна [168, ст. 26] Згодом у досліджуваний нами період НКОЗ очолювали: з 1921 по 1925 р. – М. Гуревич, а з 1925 по 1929 р. – Д. Єфімов [260, с. 438].

2 лютого 1919 р. Тимчасовий робітничо-селянського уряд ухвалив постанову «Про Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР», якою визначив повноваження та структуру останнього. Зокрема на НКОЗ УСРР покладалося вирішення таких питань: розробка й прийняття загальнообов'язкових постанов і розпоряджень у медико-санітарній сфері; здійснення нагляду і контролю за виконанням цих актів; надання допомоги всім радянським установам у реалізації медико-санітарних цілей; організація та керівництво центральними медико-санітарними установами наукового та практичного характеру; здійснення фінансового контролю та фінансової допомоги у сфері медико-санітарних установ. Хоча ці завдання не були конкретизовані, та все ж, їх аналіз вказує, що НКОЗ УСРР створювався радянською владою як центральний орган виконавчої влади у сфері охорони здоров'я [168, ст. 60].

Система радянських органів охорони здоров'я будувалася за принципом централізації управління та чіткої ієрархії. Уряд призначав керівні органи НКОЗ УСРР – народного комісара та його заступника. Виконавчим органом кожного відділу вважалася колегія, яку затверджував уряд. До її складу входили керівники відділів – військово-санітарного, санітарно-епідемічного, лікувальної медицини, страхової медицини, санітарно-шкільного, медицини та санітарії шляхів сполучень, управління, культурно-просвітницького. Своєю чергою, відділи склалися з секцій (зуболікувальна, курортно-санітарна, протидії венеричним хворобам, протидії туберкульозу, протиалкогольна, медичної та санітарної статистики, інформаційна з бюро друку, судово-медична

та медичної експертизи, фізико-терапевтична тощо). Іноді секції у своєму складі мали ще й підсекції. Наприклад, до фізико-терапевтичної секції входили такі підсекції, як рентгенівська, електротерапевтична, фото-біологічна, механіко-терапевтична [168, ст. 60]. Так зуболікарська секція складалася з науково-статистичної, клініко-амбулаторної та контрольної-звітної підсекцій [168, ст. 301].

Для вирішення науково-практичних питань у складі НКОЗ УСРР діяла медична рада, а також функціонував консультативний орган – центральна медико-санітарна рада, до якої входили представники робітничих організацій.

Відповідно до спільного положення НКОЗ УСРР, Народного комісаріату шляхів сполучень та Ради народного господарства «Про організацію медико-санітарної частини на шляхах сполучень УСРР» від 12 березня 1919 р. усі медико-санітарні організації шляхів сполучень переходили до відання НКОЗ УСРР. Тут утворювався відділ медицини та санітарії шляхів сполучень, який керував всією медико-санітарною справою як на залізничних, так і на водних шляхах. Він складався з таких підвідділів: санітарно-епідемічного, лікувально-медичного, фармацевтичного та господарчого. Їх очолювали завідувачі-спеціалісти, котрі назначались завідувачим відділу та затверджувались колегією НКОЗ УСРР. Лікарсько-санітарні служби, які діяли до цього часу при управліннях залізничних доріг, ліквідовувалися. Натомість при дорожніх ревкомах утворювалися відділи охорони здоров'я. Очолювали відділи завідувачі, яких назначали ревкоми за згодою із завідувачим відділу медицини та санітарних шляхів сполучень при НКОЗ УСРР [168, ст. 282].

Для впровадження в життя принципу єдиної радянської медицини РНК УСРР постановою «Про працю Наркомздраву» від 19 березня 1921 р. ввели до складу НКОЗ УСРР військово-санітарне відомство, відомство залізничної та водної медицини. Постанова окреслювала завдання НКОЗ УСРР, з-поміж яких були й ті, що спрямовувалися на встановлення монополії держави у сфері охорони здоров'я. Наприклад, поряд з такими завданнями, як покращення санітарного стану в державі, охорона матері і дитини, розвиток санаторно-



курортної мережі, підвищення кваліфікації лікарів було й таке, як планомірна ліквідація приватної лікарської практики. Таким чином, відбувалося одержавлення медичної галузі. Типовим для постанови було те, що вона шляхом надання переваг в обслуговуванні робітників виражала інтереси «фабрично-заводського пролетаріату». Разом з тим, попри політичний характер, постанова містила й конкретні завдання щодо забезпечення розвитку медичної справи. Зокрема Наркомпроду було доручено забезпечити всі лікарські і дитячі установи продуктами; Укранаргосу – протезами, хімічно-фармацевтичними, оптичним інвентарем та інструментами; Всевидату – санітарною літературою [74, ст. 131].

З прийняттям постанови ВУЦВК «Про лікувально-санітарну справу на залізничних, водних і шосейних шляхах України» від 25 травня 1921 р. у складі НКОЗ УСРР створювався відділ шляхів сполучень, який відав лікувально-санітарною справою на всіх залізничних, водних і шосейних шляхах України [74, ст. 260]. Відтак, НКОЗ УСРР закріпив свої повноваження на транспорті шляхом створення у своєму складі відділу шляхів сполучень. Цього ж дня ВУЦВК прийняв постанову «Про контакт між воєнно-санітарним відомством і Наркомздравом УСРР», яка ввела до складу Колегії НКОЗ УСРР з дорадчим голосом начальника управління санітарної частини військ при командирі Збройних Сил УСРР. Характерно, що він назначався НКОЗ РСФСР, а НКОЗ УСРР мав право звільнити його з посади. З метою проведення протиепідемічних заходів і організації лікувальної справи Начсанвійськ УСРР реалізовував постанови Колегії НКОЗ УСРР, узгоджені з наказами та розпорядженнями Реввоенради Республіки, НКОЗ РСФСР та Головсануправи. Він зобов'язаний був періодично звітувати про свою діяльність колегії НКОЗ УСРР [74, ст. 261]. Таким чином, військова медицина перебувала під контролем не лише НКОЗ УСРР, але й НКОЗ РСФСР.

Для керівництва всією фармацевтичною справою, відповідно до положення «Про фармацевтичний підвідділ при лікувальному відділі НКОЗ УСРР» від 11 травня 1923 р., у складі лікувального відділу НКОЗ УСРР

було утворено фармацевтичний підвідділ. Він був вищим організаційно-інструкторським і контрольним органом у фармацевтичній сфері. Для реалізації поставлених задач на фармацевтичний відділ покладались такі повноваження: розробка проектів декретів у сфері фармацевтичної справи; організація та здійснення контролю за виконанням всіх законодавчих актів, які стосувались фармацевтичної справи; розробка та проведення заходів, необхідних для розвитку і функціонування фармацевтичної справи; організація і завідування центральними установами наукового характеру в сфері фармацевтичної справи; нагляд за розвитком фармацевтичної освіти тощо. У складі підвідділу була створена фармацевтична комісія для розробки науково-практичних і правових питань у сфері фармацевтичної справи [235, арк. 43].

Наприкінці 20-х років, в умовах індустріалізації та колективізації, перед радянською владою постало завдання надання більш ефективної медичної допомоги робітникам і селянам. За свідченням сучасників, необхідно було посилити промислово-санітарний нагляд, гостро стояло питання протидії травматизму, професійним захворюванням, алкоголізму [262, с. 118]. У зв'язку з цим необхідно було реформувати НКОЗ УСРР, тому 3 квітня 1929 р. ВУЦВК і РНК УСРР схвалили нове положення «Про Народний комісаріат охорони здоров'я УСРР». Структурні підрозділи НКОЗ УСРР зазнали змін, з цього часу комісаріат складався із загального відділу, лікувально-профілактичного відділу, санітарно-епідеміологічного відділу, відділу Охматдиту, бюро санітарної освіти, бюро медичної статистики, Української курортної управи. До складу НКОЗ УСРР також входили Центральна санітарно-технічна рада, комісія з розгляду скарг на постанови окружних комісій, Бюджетна нарада для попереднього розгляду планів і кошторисів фондів медичної допомоги застрахованим, планова комісія, науково-медична рада. З метою розробки науково-практичних питань у сфері охорони здоров'я та для удосконалення роботи лікарів і підготовки лікарів-фахівців з окремих галузей медично-санітарної справи при НКОЗ УСРР функціонував науково-практичний інститут. Як і раніше, НКОЗ УСРР очолював народний комісар здоров'я та

функціонувала колегія, до якої входили заступник народного комісара охорони здоров'я та члени, призначені РНК УСРР [79, ст. 85].

Аналізоване положення чітко закріплювало не лише структуру, але й повноваження відділів НКОЗ УСРР. Наприклад, до відання загального відділу належали такі питання: розробка структури і штатів центрального апарату, а також їх затвердження для місцевих органів охорони здоров'я; проведення інструктажу та інспектування місцевих органів НКОЗ УСРР; раціоналізація апарату НКОЗ УСРР; формування проектів кошторисів НКОЗ УСРР і його місцевих органів; нагляд за своєчасним виконанням постанов уряду; розробка законопроектів і правил, що регулювали діяльність медпрацівників; організація медичної та фармацевтичної освіти; управління судово-медичною справою та видавничою діяльністю НКОЗ УСРР тощо.

Лікувально-профілактичний відділ НКОЗ УСРР вирішував завдання щодо розробки планів заходів для забезпечення населення всіма видами й формами лікувально-профілактичної допомоги та протидії соціальним захворюванням, зокрема на транспорті, формування лікувально-профілактичної мережі установ; організації медичної експертизи, встановлення ознак інвалідності та участі в обстеженні інвалідів; виготовлення протезів і встановлення порядку видачі їх інвалідам; керівництва лікувально-профілактичною справою у виправно-трудовах установах, а також організації швидкої медичної допомоги пасажиром у транспорті; керівництва аптечною справою і розробки плану забезпечення населення ліками; керівництва місцевими лікувально-профілактичними установами та роботою науково-практичних установ, які знаходяться у віданні НКОЗ УСРР; участі, спільно з відділом Охматдиту, в розробці форм і планів розвитку фізкультури серед населення та здійснення нагляду за їх впровадженням.

До компетенції санітарно-епідемічного відділу НКОЗ УСРР входили питання щодо організації та управління санітарною справою в Україні та здійснення загальнооздоровчих заходів, спрямованих на поліпшення санітарного стану в республіці, зменшення захворюваності і смертності

населення; нагляду у сфері санітарної охорони вод, повітря, ґрунту, харчових продуктів, житла, населених пунктів; розробки та реалізації заходів санітарної охорони морських меж та на транспорті; розробки загальнообов'язкових санітарно-гігієнічних та санітарно-технічних норм; керівництва заходами з протидії епідемічним та професійним захворюванням; організації епідеміологічних і санітарних обстежень, а також розробки планів оздоровчих заходів і розбудови мережі санітарно-епідеміологічних установ; керівництва науково-практичними і дослідними установами санітарно-епідемічного характеру, що знаходяться у віданні НКОЗ УСРР; розробки законопроектів у санітарно-епідемічній сфері; управління санітарними органами на місцях.

До відання відділу Охматдиту НКОЗ УСРР належало вирішення низки завдань, а саме: розробка заходів і планів боротьби з захворюванням, смертністю жінок і дітей; управління пологовими будинками; розроблення організаційних форм і планів систематичного застосування оздоровчих заходів щодо дітей; керівництво медично-санітарною справою обслуговування та гігієнічного виховання дітей в установах соціального виховання; керівництво медично-санітарним обслуговуванням і гігієнічним вихованням підлітків на підприємствах і в фабрично-заводських школах; розробка планів розвитку фізкультури серед дітей; загальний нагляд за установами Охматдиту.

Бюро санітарної освіти НКОЗ УСРР відповідало за розробку заходів, спрямованих на поширення, поглиблення і підсилення санітарної освіти; керівництво місцевими органами охорони здоров'я у сфері санітарної освіти; розробку форм і методів організації самодіяльності робітників і селян у сфері санітарної освіти [77, ст. 85].

Бюро медичної статистики розробляло єдині форми медичної та санітарної реєстрації та звітності, здійснювало керівництво медико-санітарною статистикою в округах, вело облік мережі установ і медичного персоналу тощо. Крім того, при НКОЗ УСРР функціонували центральна санітарно-технічна рада, планова комісія, бюджетна нарада для розгляду кошторису по фонду меддопомоги застрахованим та ін. комісії. Українське курортне управління

також структурно входило до складу НКОЗ УСРР [137, с. 8–9].

Наприкінці 1929 р. ВУЦВК і РНК УСРР постановою «Про організацію в складі НКОЗ УСРР відділу транспортної медицини» було внесено зміни до положення «Про Народній комісаріат охорони здоров'я УСРР». З цього часу до складу НКОЗ УСРР входив відділ транспортної медицини, а компетенція решти відділів перестала розповсюджуватись на транспорт. До відання відділу транспортної медицини належало вирішення таких питань: керівництво медично-санітарною справою і вжиття протиепідемічних заходів на залізницях, водних, морських, шосейних і ґрунтових шляхах УСРР; організація лікарняно-санітарних установ на шляхах сполучення й розробка планів для покращення і розвитку медично-санітарної справи на транспорті; інспектування, нагляд і контроль за лікарнями та санітарними установами, а також за діяльністю органів що керують медико-санітарною справою на шляхах сполучення; забезпечення працівників транспорту та членів їх родин медико-санітарною допомогою, а також організація швидкої медичної допомоги пасажиром, що раптово захворіли на шляхах сполучення; розробка на шляхах сполучення заходів з протидії соціальним, професійним, епідемічним захворюванням, забезпечення медичної допомоги жінкам та дітям, розвиток санітарної освіти тощо [77, ст. 224].

Чітку структуру мали й місцеві відділи НКОЗ УСРР. Так, з метою покращення організації охорони здоров'я на місцях, уряд 27 лютого 1919 р. видав розпорядження «Про організацію відділів охорони здоров'я при радах депутатів» [168, ст. 182]. Доповненням до нього стала постанова НКОЗ УСРР від 12 березня 1919 р., яка унормувала організацію місцевих відділів охорони здоров'я при губернських, повітових, міських виконкомах. Їх очолювали завідувачі, які назначалися виконкомами рад. Здороввідділи склалися з таких підвідділів: санітарно-епідемічного; психіатричного; туберкульозного; курортно-санаторного; страхової медицини; санітарно-шкільного; фармацевтичного; постачання (медичного та господарчого); контрольно-фінансового; організаційного; медико-просвітницького; медико-статистичного;

господарчого; інформаційного. Вони керували всією медико-санітарною діяльністю в губернії та повіті; протидіяли епідеміям; видавали обов'язкові постанови та здійснювали нагляд за дотриманням медико-санітарних узаконень; вели статистику; забезпечували медичне постачання; облаштовували медичні установи; координували діяльність здоров'їдділів; скликали губернські з'їзди і наради; видавали друкований орган «Відомості Губздоров'їдділу» [168, ст. 281].

Таким чином, на зорі становлення місцевих органів охорони здоров'я у складі місцевих рад депутатів були утворені губернські, повітові, міські медико-санітарні відділи охорони здоров'я. Їх структура та управління будувалися за зразком центральних відділів охорони здоров'я, з тією відмінністю, що останні називалися головними [168, ст. 60].

У зв'язку з реформуванням адміністративно-територіального устрою 12 вересня 1923 р. було утворено нову структуру і штати губернських та окружних відділів охорони здоров'я. НКОЗ УСРР прийняв положення «Про губернські і окружні відділи охорони здоров'я», яке 8 грудня 1923 р. було затверджене РНК УСРР [195, с. 32]. З цього часу до компетенції керівних органів більше не входили господарські функції, що заклало новий етап в організації медико-санітарної справи в УСРР. Керівні органи охорони здоров'я отримали можливість сконцентрувати свою увагу на основних питаннях санітарного стану населення і діяльності в галузі оздоровлення умов праці і стану побуту працівників [208, арк. 4].

10 січня 1924 р. РНК УСРР ухвалила інструкцію «Про реорганізацію губерніяльних відділів здоров'я», відповідно до якої усі губздоров'їдділи реорганізовувалися в інспекції. Було закріплено структуру губернських інспектур охорони здоров'я, до якої входили такі відділи, як загальний, організаційний, відділ постачання, робітничої медицини, лікувальний, Охматдиту, санітарно-епідемічний та санітарно-технічна секція.

Інспектура лікарська, крім розробки планів та контролю за наданням лікарської та амбулаторної допомоги населенню, здійснювала контроль за

станом соціальних хвороб, аптечної мережі, наданням лікарської допомоги в місцях позбавлення волі, станом лікарень, лікарсько-профілактичних установ, аптек, магазинів санітарії та гігієни, приватною практикою лікарів і медперсоналу, давала висновки про передачу в оренду та відкриття приватних медичних закладів і аптек.

Інспектура охорони материнства й дитинства розробляла та контролювала в межах губернії виконання плану заходів у справі Охматдиту, фізичного виховання підростаючого покоління, додержання загальних норм щодо утримання дитячих установ. Також вона давала висновки щодо доцільності відкриття іншими органами дитячих установ з охорони материнства й дитинства, придатності їх помешкань, керувала діяльністю шкільно-санітарних лікарів і наглядала за санітарним станом дитячих установ соціального виховання і дотриманням внутрішнього розпорядку тощо.

Інспектура санітарно-епідеміологічної частини мала такі повноваження: розробляла губернський план санітарно-епідеміологічних заходів і контролювала за його реалізацією; здійснювала загально-санітарний, санітарно-технічний, санітарно-житловий та харчовий нагляд; брала участь у житловому будівництві; контролювала та інспектувала санустанови губернії та керувала санітарно-освітньою діяльністю в губернії; вживала заходів для протидії епідемічним захворюванням; брала участь у обстеженні меліораційних, водопостачальних робіт та у справах оздоровлення місцевості, а також у санітарних заходах та оздоровленні на підприємствах; наглядала за виконанням санітарних постанов; вивчала та складала опис санітарного стану губернії [92, ст. 15].

Підвідділ робітничої медицини організовував мережу лікарських установ у губерніях, призначених для обслуговування застрахованих, а також здійснював управління та контроль задіяльністю комісії з питань працездатності, бюро експертиз та добірних комісій; стежив за станом здоров'я робітників; здійснював нагляд засанітарним станом фабрично-заводських шкіл;

вивчавстан захворювання населення, зокрема й професійні хвороби [252, арк. 121].

Реорганізація місцевих органів охорони здоров'я відбулася внаслідок відміни інструкції «Про реорганізацію губерніяльних відділів охорони здоров'я» від 10 січня 1924 р. та прийняття ВУЦВК та РНК УСРР положення «Про місцеві органи НКОЗ» від 17 червня 1925 р. Відтак, в округах запроваджувалися інспектури охорони здоров'я окружних виконкомів, а в районах – районний інспектор охорони здоров'я, що входив до складу культурно-соціального відділу районного виконавчого комітету [83, ст. 275].

Окружна інспектура охорони здоров'я мала наступну структуру: окружний інспектор охорони здоров'я, санітарний лікар, судовий лікар, завідуючий охматдитом, статист, діловод і рахівник [40, арк. 2]. Крім того, в Сумському, Охтирському, Миколаївському, Зінов'ївському, Херсонському, Запорізькому, Криворізькому, Кременчуцькому, Бердичівському, Черкаському, Бахмуцькому, Луганському, Сталінському, Маріупольському округах при окрінспекціях діяли ще й Бюро робмеду [43, арк. 97]. Окружна інспекція охорони здоров'я проводила лікарську, санітарно-епідемічну, судово-медичну, санітарно-статистичну діяльність, забезпечувала охорону матері та дитини. Вона наділялася широкими повноваженнями, зокрема до них відносилися такі питання: розробка плану діяльності відповідно до директив НКОЗ УСРР та подання його на затвердження окружного виконкому; реалізація плану заходів у сфері охорони здоров'я, затвердженого окружним виконкомом; управління діяльністю районних інспекторів, а також інспектування та інструктування медико-санітарних установ в окрузі; нагляд за діяльністю всіх без винятку медико-санітарних установ на території округу; призначення та звільнення підлеглих окружній інспектурі посадових осіб, а також медичного персоналу; загально-санітарне, санітарно-технічне, санітарно-житлове забезпечення та нагляд за якістю харчових продуктів; управління у сфері санітарної освіти; управління та нагляд за судово-медичною діяльністю в окрузі; участь у розробці плану житлового будівництва й упорядкування населених пунктів;



залучення робітників до справи охорони здоров'я; контроль за аптеками, магазинами санітарії та гігієни, лабораторіями фармацевтичних препаратів та іншими місцями продажу й виробництва хіміко-фармацевтичних препаратів на території округу; направлення до НКОЗ УСРР висновків за запитами громадських організацій про відкриття аптек, а також громадських організацій та приватних осіб про відкриття лікарських установ та внесення висновків до НКОЗ УСРР про їх реорганізацію чи ліквідацію; організація надання медичної допомоги застрахованим; облік роботи з охорони здоров'я серед застрахованих; управління органами, які визначали працездатність застрахованих, та контроль за ними в межах округу; вивчення професійних і виробничих захворювань, розробка заходів для їх протидії; проведення в межах округу медично-санітарного обстеження молоді; розширення та управління мережі установ Охматдиту; організація медично-санітарного та лікарсько-педагогічного обслуговування установ соціального виховання; медично-санітарний нагляд за проведенням фізкультури; облік медично-санітарного персоналу в окрузі; вжиття заходів для підвищення кваліфікації медичного персоналу; фінансові питання.

Обов'язки районного інспектора покладалися на районного санітарного лікаря, а там, де його не було – на районного лікаря згідно з рішенням окружної інспектури і за погодженням з районним виконкомом. Районний інспектор діяв під керівництвом окружної інспектури охорони здоров'я і завідувача культурно-соціального відділку районного виконкому. До його компетенції належало планування та організація медичної допомоги в районі; інспектування всіх медично-санітарних установ; нагляд за санітарним станом всього району тощо [82, ст. 275; 83, ст. 319].

У середині 20-х років ХХ ст., фактично, відбулася реформа управління аптеками. 2-го червня 1924 р. Всеукраїнською радою з організації аптечної справи була прийнята резолюція, відповідно до якої у складі губернських і окружних здороввідділів мали створюватися аптекоуправління зі статусом юридичної особи [53, арк. 2]. 9 квітня 1925 р. РНК УСРР прийняв постанову

«Про управління аптеками й аптечними установами (аптекоуправління)», якою інспектурам охорони здоров'я надавалося право з дозволу місцевого виконкому організувати аптекоуправління. Міські та окружні аптеко-управління могли об'єднуватись в межах губернії. До складу аптеко-управління входили всі державні аптеки, магазини санітарії та гігієни, аптечні склади, хіміко-фармацевтичні лабораторії та інші державні аптечні установи, що відпускали медикаменти й медичне обладнання за плату, та знаходилися у віданні інспектур охорони здоров'я [248, арк. 32].

Аптеко-управління мали право відкривати нові аптеки та аптечні установи, а також ліквідувати існуючі лише з дозволу інспектури охорони здоров'я. Вони діяли на засадах господарського розрахунку та мали право самостійно здійснювати господарські операції, їхні борги не погашались з держбюджету. Аптеко-управління мали статус юридичних осіб та були єдиним підприємством, до якого входили окремі аптеки та аптечні установи. Аптеко-управління мали право власності на майно надане їм державою, а також могли вчинювати цивільні правочини, які не заборонялись законодавством. Увесь чистий прибуток, за винятком 15% відрахувань до резервного капіталу, а також визначеного статутом відсотку на амортизацію майна, надходив до спеціального фонду аптеко-управління [248, арк. 42].

Спеціальний фонд призначався для здешевлення вартості медикаментів, закупівлю товарів, розвитку сільської мережі аптек. Рішення про розподіл коштів спеціального фонду приймала комісія при інспектурі охорони здоров'я у складі представників від інспектури охорони здоров'я в особі голови, фінансового відділу, місцевого відділу профспілки медикосанпраці й аптекоуправління [53, арк. 56].

До компетенції управляючого або правління належало вирішення таких питань: управління всім майном і діяльністю всіх установ, які входили до складу аптеко-управлінь; складання плану діяльності та кошторисів на майбутній рік, щомісячних і щорічних балансів та звітів; прийняття на роботу та звільнення працівників і службовців; оренда складів і приміщень;

страхування майна тощо [248, арк. 71].

Для ревізії діяльності аптеко-управлінь кожного року утворювалась ревізійна комісія у складі голови та 2-х членів. Одного члена делегувала профспілка медикосанпраці, інших – інспектура охорони здоров'я. Ревізійна комісія перевіряла звіти та баланси, давала висновки за результатами перевірок. Аптеко-управління ліквідовувались на підставі постанов виконавчих комітетів, погоджених з НКОЗ УСРР. Ліквідацію здійснювала ліквідаційна комісія, яка призначалася інспектурою [83, ст. 160].

Відповідно до постанови ВУЦВК «Про ліквідацію губернь і перехід на трьох ступневу систему управління» від 5 червня 1925 р. аптеки та інші допоміжні підприємства губернських аптеко-управлінь було розподілено між округами за місцем розташування. Губернські аптеко-управління перетворювалися на низку окружних аптеко-управлінь [83, ст. 19].

31 березня 1928 р., на розвиток положення «Про права та обов'язки завідувачів міськими та сільськими госпрозрахунковими аптеками», НКОЗ УСРР прийняв відповідну інструкцію, відповідно до якої завідувач аптекою був безпосереднім її керівником та у своїй діяльності підпорядковувався аптекоуправлінням. Він відповідав за господарську діяльність аптеки та ніс матеріальну відповідальність за цілісність дорученого йому майна. З цією метою завідувач аптекою здійснював контроль за належним функціонуванням аптеки, правильним зберіганням та видачею медикаментів, якістю ліків, які виготовляла та відпускала аптека, ціною на ліки, правильним веденням матеріальної та грошової звітності, своєчасним постачанням медикаментів тощо [30, арк. 53].

Процес створення окремої структурної організації – санітарної справи в УСРР було розпочато ще у 1919–1920 рр. Для управління цією галуззю при НКОЗ УСРР було створено санітарно-епідеміологічний відділ, а на місцях – підвідділи губернських, повітових та залізничних відділів охорони здоров'я [240, арк. 24].

Крім санітарно-епідеміологічного відділу, питаннями гігієни та санітарії

займалися і профільні відділи – військово-санітарний; шкільно-санітарний; відділ медицини та санітарії шляхів сполучення; культурно-просвітницький відділ (до складу якого входив і відділ розповсюдження гігієнічних знань серед населення), а також відділ медичної та санітарної статистики [24, с. 237–238].

У травні 1919 р. НКОЗ УСРР прийняв положення «Про повітові санітарні ради», відповідно до якого у всіх повітах створювалися органи з дорадчими функціями – лікарські санітарні ради при повітових здоровідділах. Вони представляли інтереси всього населення повіту в галузі охорони здоров'я та спрямовували діяльність лікарсько-санітарних організацій у повітах. Перед повітовими санітарними радами були поставлені такі завдання: об'єднати та узгодити санітарну діяльність усіх відомств, організацій і установ; розглядати клопотання про надання асигнувань на лікувально-санітарну справу; планувати і реалізовувати окремі заходи на одержання державних кредитів [81, арк. 32].

30 квітня 1920 р. РНК УСРР ухвалила декрет «Про боротьбу з епідемічним занедужанням», відповідно до якого відповідальність за епідемічний стан села покладалася на волвиконкоми. Останні повинні були керуватися всіма постановами, інструкціями і обіжниками НКОЗ УСРР і контролювали їх виконання. Виконкоми наглядали за чистотою і санітарним станом сіл, а саме: за школами і приміщеннями громадських установ, а також за облаштуванням джерел води для пиття. Крім того, вони допомагали при створенні лазень і пралень, протидії інфекційним хворобам, проведенні гігієнічно-санітарної просвіти серед населення [91, ст. 159].

Важливу роль для визначення повноважень санітарних органів України мала постанова РНК УСРР «Про санітарні органи Республіки» від 19 червня 1923 р. До завдань державних санітарних органів належали такі питання: санітарна охорона води, повітря, ґрунту, житла, харчових продуктів, цілющих місцевостей; участь у санітарному впорядкуванню населених пунктів та санітарному огляді промислових підприємств; охорона здоров'я дітей; організація протиепідемічних заходів на підприємствах; протидія соціальним хворобам; санітарна освіта; організація лікарняно-санітарної справи [144,

с. 62]. Відтак, з прийняттям цієї постанови чітко закріплювалися повноваження санітарних органів. На законодавчому рівні санітарним органам було надано право застосовувати заходи адміністративного впливу щодо винних у порушенні санітарних норм [235, арк. 91].

Разом з адміністративним районуванням УСРР у 1923 р. з'явилися районні санітарні лікарі, кількість яких з року в рік зростала. Так, якщо у 1923 р. їх налічувалося 108, то в 1927 р. – 173 [262, с. 18]. Правовий статус районних санітарних лікарів визначали положення РНК УСРР «Про районні санітарно-технічні ради» від 3 вересня 1923 р. та «Про районних санітарних лікарів» від 27 січня 1926 р.

Для протидії епідеміям та забезпечення санітарного нагляду у містах та округах положенням «Про міськсанепіди» від 30 листопада 1927 р. НКОЗ УСРР сформував систему санітарно-епідеміологічних установ, визначив їх повноваження та порядок утворення. На думку тогочасних лікарів, міськсанепіди були периферійними органами окружної санітарної інспектури [262, с. 24]. Так міськсанепіди утворювалися у містах з населенням більше 30.000 осіб, однак за окремою вказівкою НКОЗ УСРР або за місцевою заявою, вони могли формуватися і за меншої кількості осіб. Міськсанепіди входили до складу окружних санітарних організацій і діяли за планом, який розробляв санінспектор. Він контролював і керував діяльністю міськсанепіду. Очолював міськсанепід санітарний лікар. У всіх містах, крім Києва, Харкова, Одеси та Дніпропетровська, міськсанепіди реалізовували свою діяльність через районних санлікарів. У містах до складу районної санітарної організації входили: районний санітарний лікар з помічником, промислово-санітарний лікар, санітарний лікар поліклініки.

Дещо інший склад мала районна санітарна організація міст Києва, Харкова, Одеси та Дніпропетровська, до якої входили: головний районний санітарний лікар, районні санітарні лікарі-фахівці в житловій, комунальній, харчовій санітарії та епідеміології, районні санітарні лікарі, промислово-санітарні лікарі, санітарні лікарі поліклінік, помічники санітарних лікарів і

персонал, який робив щеплення. Для вирішення практичних питань оздоровлення району періодично скликалася санітарна нарада, яка проводилася за участю представників міськради, громадських і господарських організацій та представника міськсанпиду. Крім того, до складу міськсанпиду входили міська санітарно-бактеріологічна лабораторія, міська дезінфекційна станція з відповідною кількістю дезагонів, транспорт для перевозки хворих, прищепні загони (у всіх містах, крім Харкова, Києва, Одеси, Дніпропетровська, прищепні загони входили до складу санітарного району), інші установи, що забезпечували санітарно-епідеміологічне обслуговування міста.

Вбачається, що міськсанепіди виконували контрольно-наглядову функцію із забезпечення санітарного стану міст. Вони здійснювали нагляд за водопостачанням, каналізацією, асенізаційними установками; санітарним станом підприємств, установ, житлових приміщень; якістю продуктів харчування; виконанням постанов у санітарній сфері. Крім того, міськсанепіди ввели облік професійних, інфекційних, соціальних захворювань та вживали запобіжні заходи для протидії їм, а також для оздоровлення містян [86, ст. 211].

З квітня 1928 р. НКОЗ УСРР і Нарком'юст УСРР, на підставі постанови РНК «Про санітарні органи республіки», прийняли інструкцію про порядок вчинення дізнання санітарними лікарями. Згідно з п. 3 ст. 94 КПК УСРР органи санітарного нагляду – санітарні лікарі – мали повноваження органів дізнання. Санітарні лікарі здійснювали дізнання у справах порушення законодавства або правил у сфері санітарної охорони населення з ініціативи суду, слідчого, прокурора; повідомлення урядових осіб, установ, громадських організацій; за дорученням органів охорони здоров'я; безпосереднього виявлення правопорушення; скарги чи заяви громадянина або приватної організації. Санітарний лікар міг при допиті підозрюваного застосувати до нього один із запобіжних заходів (підписка про невиїзд, особиста або майнова порука та ін.), ув'язнення застосовувалося лише після попередньої згоди слідчого й проводилося через органи міліції. У висновку санітарний лікар вказував обставини справи, виявленні порушення, а також особи, які підлягали

відповідальності за порушення КК УСРР [88, ст. 42].

Радянська влада формувала систему органів управління санітарною справою, серед яких були й надзвичайні органи влади у цій сфері. Так 6 лютого 1919 р. РНК УСРР опублікувала положення «Про надзвичайну комісію по боротьбі з висипним тифом». Склад комісії був широко представлений державними та громадськими організаціями у сфері охорони здоров'я, медичними та іншими корпоративними організаціями, науковцями. Всі особи, які залучались до протидії висипному тифу, визнавались мобілізованими та не мали права відмовитись від покладених на них обов'язків. Ті ж особи, котрі не виконували вимоги надзвичайної комісії несли відповідальність відповідно до законів воєнного часу [168, ст. 80].

Для протидії епідеміям, що вирували в Україні, Всеукрревком постановою від 19 лютого 1920 р. запровадив надзвичайні санітарні комісії. З метою створення єдиного фронту протидії пошестям створювалася Тимчасова центральна надзвичайна санітарна комісія у складі представника колегії Комісаріату охорони здоров'я та начальника санітарного управління Південно-Західного фронту (за погодженням з Всеукрревкомом) [74, ст. 35]. Щоправда, 2 грудня 1920 р. РНК УСРР та Уповноважений реввійськради республіки в УСРР М. Фрунзе прийняли постанову про боротьбу з епідеміями та утворили Всеукраїнську надзвичайну санітарну комісію та надзвичайні комісії на місцях [124, с. 16].

Відтак, при губревкомах утворювалися надзвичайні санітарні комісії у складі: голови військово-санітарного відомства, завідуючого губздравом на чолі голови ревкому або виконкому. Губнадсанкомісіям надавалось право в разі потреби створювати повітові надсанкомісії. Характерно, що надсанкомісії не мали власного апарату, а використовували апарат органів охорони здоров'я, підпорядковуючись одна одній відповідно до існуючого адміністративного поділу [74, ст. 35]. Натомість вони мали надзвичайну владу для протидії службовим злочинам у сфері охорони здоров'я. Скажімо, відповідно до обіжника Нарком'юсту від 22 квітня 1920 р. «Про спосіб розслідування справ

про службові провини, надісланих з надзвичайно-санітарної комісії» усі справи про службові злочини осіб, відданих до суду надсанкомісіями негайно брались до розгляду. Рішення по справі виносились у 48 годинний термін [74, ст. 131]

Правовий статус губнадсанкомісій визначало положення «Про губерньські надзвичайні санітарні комісії (губнадсанкомісії)» від 10 серпня 1920 р., ухвалене Всеукраїнською надзвичайною санітарною комісією. Губнадсанкомісії визнавалися найвищими санітарними органами на місцях. Їм надавалися такі повноваження, якими володіли виконкоми та представник вищої воєнно-санітарної влади на місцях. Означені комісії створювались з метою своєчасної реалізації заходів у сфері протидії епідемічним хворобам. Головне завдання губнадсанкомісій полягало у стимулюванні діяльності місцевих органів охорони здоров'я [74, ст. 460] Крім того, губнадсанкомісії виконували й власні завдання, а саме – вони здійснювали санітарний нагляд за житловим фондом, майстернями, заводами, підприємствами, організацією профілактичних заходів та ізоляцією епідемічно-хворих, своєчасним постачанням палива, продовольства, білизни, інструментів, медикаментів до санітарно-лікувальних закладів тощо. Про свою роботу та епідемічний стан місцевостей губнадсанкомісія звітувала у вищі інстанції кожних два дні [33, арк. 79].

На думку Д. Кагана, створюючи надзвичайні органи для боротьби з епідеміями, більшовицька влада наділяла їх широкими повноваженнями, обґрунтовуючи свої кроки до санітарної диктатури громадянською війною, господарським занепадом і несформованістю системи охорони здоров'я. Цивільні та військові органи влади повинні були виконувати та дотримуватись всіх розпоряджень, що стосувались боротьби з епідеміями та поліпшення санітарного стану. Завідуючі губвідділами охорони здоров'я виконували обов'язки санітарних диктаторів губерньських міст та губерній [103, с. 83].



## 2.2 Органи робітничої медицини у системі охорони здоров'я

Основи загальнодержавного медичного страхування робітників на українських землях були започатковані прийняттям Державною Думою Російської імперії 23 червня 1912 р. пакету страхових законів, у тому числі й Закону «Про страхування робітників на випадок хвороби». Згідно з ним робітники отримували право на медичну й грошову допомогу при захворюваннях чи нещасних випадках за рахунок коштів роботодавців, при умові входження до страхових організацій – лікарняних кас. Останні нерідко використовувалися більшовиками для ведення легальної політичної агітації серед робітників. Подібні принципи медичного страхування функціонували і в період правління Тимчасового уряду [143, с. 43].

Усвідомлюючи популярність лікарняних кас серед робітників, більшовики одразу після захоплення влади намагалися встановити контроль за діяльністю означених установ. Саме тому в одній із перших постанов РНК РСФРР від 16 листопада 1917 р. йшлося про безкоштовну передачу усіх фабрично-заводських лікарняних закладів у відання лікарняних кас. Крім того, виконуючи взяті на себе соціальні обіцянки, всупереч власній ідеології, декретом ВЦВК «Про страхування на випадок хвороби» від 22 грудня 1917 р. більшовики задекларували право робітників на отримання стаціонарної чи амбулаторної медичної допомоги при захворюваннях і нещасних випадках на основі страхових принципів [107, с. 272].

В Україні, після захоплення її більшовиками, основні положення декрету знайшли свій вираз у постанові робітничо-селянського уряду від 19 січня 1919 р. «Про обов'язкове страхування найманих працівників на випадок хвороби». Нормативним документом запроваджувалося обов'язкове страхування на випадок хвороби для усіх найманих працівників, незалежно від сфери чи характеру праці, форми власності установи, а також незалежно від віку, національності, віросповідання і статі. З цією метою відділ праці зобов'язував роботодавців негайно подати відомості про всіх працівників не

пізніше 25 січня 1919 р. із зазначенням розміру їхньої заробітної плати. На роботодавців, які не подали вчасно означених відомостей, накладався штраф у розмірі від 100 до 1000 крб. [168, ст. 36].

Наприкінці лютого 1919 р. у Харкові розпочала роботу конференція представників лікарняних кас, на якій був розроблений план подальших дій у сфері медичного страхування. Для контролю за діяльністю лікарняних кас були створені експертні комісії [219, арк. 53]. Однак, оскільки через технічні причини приєднати одночасно усі підприємства до існуючих лікарняних кас було неможливо, Наркомат праці УСРР своєю постановою від 7 березня 1919 р. пропонував поширити дію обов'язкового страхування лише на фабрично-, гірничо-заводських та ремісничих робітників. Працівники усіх інших підприємств мали увійти до складу загальноміських або районних лікарняних кас. У разі відсутності таких, підприємства вважалися приєднаними до найбільшої серед місцевих кас. З цього часу роботодавці зобов'язувалися сплачувати внески у розмірі 10% від повного заробітку працівника на рахунок лікарняної каси. Для підприємств, які забезпечували працівників медичною допомогою самостійно, встановлювалася знижка, але не більше як 3% заробітку працівника, якщо допомога надавалась лише йому особисто та 5%, якщо допомога надавалась і членам його родини. Усім лікарняним касам наказувалося розпочати надання медичної допомоги працівникам з 1 квітня 1919 р. До створення особливих колегіальних органів з нагляду та реалізації страхових декретів, ця функція покладалася на відділи праці [168, ст. 250].

24 квітня 1919 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про порядок забезпечення медичною і грошовою допомогою членів сімей мобілізованих учасників лікарняної каси». Відповідно до постанови, всі члени сімей осіб, котрі стали учасниками лікарняних кас та були мобілізовані на службу в Червону армію або пішли на фронт добровольцями, зберігали право на отримання від лікарняних кас медичної та грошової допомоги на час перебування учасників каси на військовій службі. Працівники лікарняної каси зобов'язувалися продовжувати надавати медичну допомогу та видачу грошової

допомоги членам сімей означених осіб на такому ж рівні, як і членам сімей інших учасників. Підприємства, на яких раніше працювали вищезгадані особи продовжували сплачувати внески до лікарняних кас у розмірі 4% від останньої зарплати за місяць [168, ст. 460].

Перший Всеукраїнський з'їзд профспілок Півдня Росії, що розпочав свою роботу 25 квітня 1919 р. у Харкові, констатував завершення формування організаційно-правових основ соціального, зокрема й медичного страхування в Україні. Було прийнято рішення про формування страхової мережі на місцях під керівництвом підвідділу соціального страхування при НКП УСРР [217, арк. 2]. Діяльність підвідділу з впровадження страхових інститутів на місцях була настільки успішною, що РНК УСРР у своїй постанові від 5 серпня 1919 р. дозволяла йому здійснювати законотворчість у цій сфері на власний розсуд [218, арк. 24].

Значно меншими успіхами характеризувалася практична діяльність лікарняних кас із забезпечення медичною допомогою. Головними перешкодами були відсутність готівки у банках для придбання медичних препаратів та складнощі із стягненням страхових внесків з промислових підприємств, які безпосередньо підпорядковувалися російським наркоматам [220, арк. 85]. Подальший розвиток медичного страхування в Україні був призупинений після повторної окупації її більшовицькими військами. Постановою Всеукрревоєнкому від 27 січня 1920 р. на території республіки поширювало свою дію положення РСФРР «Про соціальне забезпечення трудящих» від 31 жовтня 1918 р., за яким надання медичної допомоги покладалося на загальногромадські заклади охорони здоров'я. Уся попередня діяльність українських наркоматів розглядалася як «небажана самодіяльність» [33, арк. 57]. Таке становище зберігалось упродовж всього періоду військового комунізму.

Нова економічна політика, основою якої було впровадження ринкових механізмів в економіку країни, змусила більшовиків на деякий час відмовитися від ідеї безоплатної медицини. Навіть найбільш послідовні прихильники

комуністичної ідеї реально усвідомлювали, що в складних економічних умовах держава неспроможна забезпечити надання кваліфікованих медичних послуг за рахунок коштів державного бюджету. Окрім того, запроваджуючи елементи капіталістичних відносин, державна партія, принаймні, була зобов'язана демонструвати турботу про здоров'я робітників, особливо підприємств приватного сектору, та не допустити їх декласування. Безвихідь ситуації змусила державно-партійне керівництво погодитися на впровадження страхової медицини для фінансування медичного забезпечення робітників підприємств і службовців радянського апарату.

Нормативну базу медичного страхування на початковому етапі непу склало, затверджене декретом РНК УСРР, «Положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок тимчасової чи постійної втрати працездатності і членів їх сімей на випадок смерті годувальника» від 10 грудня 1921 р. [80, ст. 59].

Усі робітники і службовці, які підпадали під дію положення, отримували право на безкоштовне медичне обслуговування, яке надавалася у вигляді: першочергової допомоги при раптовому захворюванні і нещасних випадках, амбулаторної допомоги, лікування вдома, родопомочі і заходів з охматдиту, стаціонарного лікування з повним утриманням хворих, санаторного, курортного та іншого спеціального лікування, розміщення хворих у будинках відпочинку. Медична допомога передбачала безкоштовну видачу ліків, засобів для перев'язки, протезів, бандажів, окулярів та іншого медичного приладдя, посилене харчування [80, ст. 59].

Для медичного обслуговування НКОЗ УСРР та його місцеві органи мали створити мережу лікувальних і лікувально-профілактичних закладів винятково для робітників і службовців. У складі здороввідділів передбачалося створення відділів та підвідділів робітничої медицини, а при НКОЗ УСРР – відділу робітничої медицини (робмеду).

До повноважень відділів та підвідділів робітничої медицини входили: завідування всією мережею лікувальних і лікувально-профілактичних закладів

певного району; організація медичної допомоги на дому; визначення працездатності для звільнення від роботи на випадок хвороби, відпустки для відпочинку, санітарного, курортного та іншого спеціального лікування; охорона матері і дитини; завідування фондом, що передбачений для медичної допомоги в межах району; ведення статистики; розгляд скарг з питань визначення працездатності; усі інші справи, що стосувалися охорони здоров'я службовців і робітників.

Відділ робмеду у складі НКОЗ УСРР здійснював: загальний нагляд, контроль і керівництво роботою місцевих підвідділів робмеду; загальний облік роботи з охорони здоров'я робітників і службовців УСРР; завідування лікувальними та лікувально-профілактичними закладами для робітників і службовців немісцевого характеру; завідування загальноукраїнським фондом з лікарняної допомоги робітників; розробку питань з покращення і вдосконалення справи охорони здоров'я застрахованих тощо [245, арк. 43].

Склад колегії відділу в центрі та підвідділів на місцях мав формуватися міжсоюзними об'єднаннями та затверджуватися у встановленому порядку. Фонди та кошти відділів та підвідділів знаходились у віданні колегії або завідуючого та не могли об'єднуватися із загальними коштами наркоматів охорони здоров'я і соціального забезпечення. Структури відділів робітничої медицини пропонувалося обслуговувати власним апаратом. Для фінансування забезпечення робітників та службовців медичною допомогою створювався самостійний фонд [80, ст. 59].

7 лютого 1922 р. декретом РНК «Про соціальне забезпечення робітників та службовців» були внесені зміни до попереднього положення. Вони стосувалися, передусім, фінансових питань [80, ст. 95]. Так фонд медичного страхування передавався під загальне управління наркомату охорони здоров'я за умови, що кошти з фонду будуть витратитися лише за цільовим призначенням. Окрім страхових внесків для надання медичної допомоги робітникам і службовцям дозволялося використовувати й кошти НКОЗ УСРР. Переказ коштів з фонду соціальної допомоги до фонду лікарської допомоги мав

здійснюватися лише за постановами РНК УСРР [255, арк. 6].

Зважаючи на особливості роботи медичних установ в нових економічних умовах, таке рішення уряду було цілком закономірним. Переведені з державного на місцеве забезпечення із врахуванням принципів госпрозрахунку, установи охорони здоров'я відчували неабиякі матеріальні труднощі. Частина аптек була здана в оренду приватним власникам, які, встановлюючи ринкові ціни на ліки, формували свій прибуток. У цих умовах, спостерігається прагнення представників страхової медицини фінансово відмежуватися від державних органів охорони здоров'я через створення у системі НКОЗ УСРР спеціальних органів, які б взяли на себе організацію надання медичної допомоги застрахованим [265, с. 7].

Основи для формування у майбутньому самостійного фонду страхової медицини були закладені постановою РНК УСРР «Про внески на лікарську допомогу» від 7 березня 1922 р. За її положеннями розмір страхових внесків залежав від ступеня шкідливості та небезпеки підприємства, установи, або господарства, а саме: для 1-го розряду – 5,5%, 2-го – 6%, 3-го – 6,5%, 4-го – 7% від фонду заробітної плати. До визначення таких ступенів підприємства мали сплачувати за єдиним тарифом – 6% від розміру заробітної плати працівника [80, ст. 176]. Згодом постановою ВУЦВК від 23 квітня 1923 р. розмір страхових тарифів на медичне страхування був знижений: на 1% для підприємств 1-го та 2-го розрядів та на 0,5% - для підприємств 3-го та 4-го розрядів [257, арк. 10].

Окрім формування місцевих фондів, 8 серпня 1922 р. РНК УСРР ухвалив постанову «Про Всеукраїнський запасний фонд соціального страхування та Всеукраїнський фонд робітничої медицини». Останній формувався за рахунок 10% відрахувань фонду лікарської допомоги та прибутків з капіталів, майна та підприємств, що знаходилися у віданні робмеду НКОЗ УСРР [256, арк. 12]. Відрахування до фонду здійснювалося органами Народного комісаріату фінансів з внесків, що поступали до їхньої скарбниці та переводилися на рахунок НКОЗ УСРР [80, ст. 508]. За постановою РНК УСРР від 2 жовтня 1925 р. «Про збільшення розміру відрахувань до Всеукраїнського Фонду

Робітничої медицини» ставка відрахувань до фонду зростала до 15% [82, ст. 472].

За положенням «Про фонди соціального страхування» від 17 липня 1923 р. операційний фонд лікувальної допомоги (страхової медицини) отримав офіційну назву «фонд Г». Основу для його формування склали: страхові внески підприємств, установ, господарств та приватних осіб, котрі користувались найманою працею; 25% відрахувань від пені, що стягувалася з платників страхових внесків за прострочення терміну сплати внесків [213, арк. 132]. Всі суми, які надходили до фонду «Г» передавались місцевим органам соціального страхування та місцевому відділу охорони здоров'я (підвідділу робітничої медицини) або за його вказівкою на медичну допомогу, з утриманням 2% зі всієї суми внесків, які сплачувались як організаційні витрати органів соціального страхування [160, с. 245]. Звільнялися від сплати страхових внесків ті роботодавці, які використовували найману працю інвалідів війни та праці I-V груп [160, с. 184].

Із збільшенням кількості застрахованих зростав і обсяг фонду страхової медицини. Так, якщо в 1923/24 р. з місцевих внесків до фонду надійшло 11.461.622 крб., то в 1924/25 – 18.926.382 крб., в 1925/26 – 30.521.137 крб. Фактично, починаючи із 1925/26 року надання медичної допомоги застрахованим здійснювалося виключно за кошти фонду «Г», без залучення коштів державного бюджету [156, с. 6–7].

Однак успіхи страхової медицини в УСРР на початковому етапі не вирішили питання про самостійність означеного інституту. Дискусія розгорілася на V Всеросійському з'їзді професійних спілок (квітень 1922 р.). У резолюцію з'їзду була закладена компромісна ідея, за якою надання лікарської допомоги пропонувалося здійснювати через органи охорони здоров'я, однак за участю та під контролем страхових кас. Не менш дискусійним виявилось питання щодо безоплатності медичної допомоги для застрахованих [54, с. 102]. Центральним комітетом КП(б)У на засіданні Політбюро 12 травня 1922 р., а згодом і на травневому пленумі 1922 р. [259, арк. 32 зв.] було прийняте рішення

про додаткове обговорення питання про керівництво страховою медициною центральними органами професійних спілок. До того часу НКОЗ було рекомендовано використовувати половину свого бюджету на розвиток робітничих лікарень [258, арк. 73 зв.].

В Україні, на відміну від загальносоюзних інституцій, рішення РНК УСРР від 10 грудня 1921 р. про створення підвідділів страхової медицини на місцях та передачі їм питань медичного забезпечення робітників було одноставно підтримане радянськими та профспілковими органами. Підтвердженням слугувала резолюція Всеукраїнської наради голів губпрофрад (травень 1922 р.), у якій зазначалося, що лише у разі передачі медичного обслуговування робітників у відання страхових органів можливе нормальне їх забезпечення медичною допомогою. Втілюючи в життя прийняті рішення, НКСЗ УСРР обіжником від 25 березня 1922 р. доручив своїм органам на місцях забезпечити процес передачі від органів охорони здоров'я до страхових кас установ, що забезпечували надання первинних видів медичної допомоги: лікарняних пунктів, аптек, амбулаторій, лікарсько-контрольних комісій тощо [233, арк. 115].

Єдиним органом у системі влади, керівники якого виступали проти самостійності страхової медицини був НКОЗ УСРР. Не бажаючи втратити монополію на розпорядження страховими коштами, він ратував за медичне обслуговування застрахованих безпосередньо органами охорони здоров'я під контролем страхових організацій [233, арк. 284]. Через відповідний наркомат РСФРР він намагався донести свою позицію до вищого партійного керівництва.

Відповідь державної партії була викладена в тезах «Про соціальне страхування», затверджених ЦК РКП(б) 4 вересня 1922 р. У документі йшлося про необхідність тісної співпраці між страховими органами та органами охорони здоров'я, що покликана забезпечити єдність медико-санітарної організації під керівництвом органів охорони здоров'я. Така ж позиція правлячої партії була підтверджена у постанові ЦК РКП(б) «Про медичну допомогу застрахованим» від 17 липня 1924 р. [18, с. 46].



Україна була першою із майбутніх союзних республік, на території якої відповідно до декрету РНК УСРР від 10 грудня 1921 р., при НКОЗ УСРР та на місцях розпочалася практична організація відділів робітничої медицини. З моменту створення у їх розпорядження надходили кошти страхового фонду. Передбачалося також функціонування самостійної мережі профілактичних та лікувальних установ для надання допомоги застрахованим та членам їх сімей. Відділи робітничої медицини мали здійснювати також контроль за діяльністю страхових кас на місцях [189, с. 233]. Відділ робітничої медицини отримував у своє розпорядження Український державний клінічний інститут ортопедії та травматології (колишній медико-механічний інститут). Крім того, в Харкові був відкритий Інститут робітничої медицини, на чолі з директором – професором Е. Каганом, та його структурними відділеннями в Катеринославі, Одесі та Сталіно. На 1925 р. штат інституту нараховував 56 осіб. Основними напрямками роботи інституту були науково-дослідний, організаційний, навчально-консультативний та видавничий [156, с. 28–29].

Характеризуючи ріст лікувально-профілактичної мережі закладів робітничої медицини упродовж 1922–1927 рр. (див. Додаток А), слід відзначити, що кількість поліклінік збільшилася від 42 до 103; амбулаторій – з 96 до 375; медпунктів – з 142 до 381; лікарень – з 111 до 135; аптек – з 5 до 219; хімічно-бактеріологічних лабораторій – з 7 до 77; рентген-кабінетів – з 10 до 57. Окрім того, станом на 1 жовтня 1927 р. у мережі робітничої медицини функціонувало 127 жіночих консультацій, 122 дитячих ясел, 67 молочних кухонь, 45 тубдиспансерів, 16 санаторіїв, 41 вендиспансер [129, с. 7–8].

Інструкцією НКОЗ УСРР місцевим органам робеду від 14 жовтня 1922 р. визначалися випадки надання хворим застрахованим спеціальних видів медичної допомоги. Наприклад, у разі неможливості виконання хірургічної операції на місцях, потреби в спеціалістах чи інструментах для лікувальної чи діагностичної мети, у випадку виникнення труднощів при встановленні діагнозу хвороби, для надання протезів, окулярів – хворі направлялися в університетські міста за рішенням комісії робітничої поліклініки, з дозволу на

це губвідділу робмеду [160, с. 101–102]. Так упродовж 1925/26 р. Вінницьким окружним відділом для надання спеціальної допомоги було направлено у м. Київ – 98 осіб, м. Харків – 9, м. Одесу – 6, м. Ленінград – 5, м. Москву – 2, м. Ялту – 1 особу [93, с. 17]. Відповідно до інструкції НКОЗ УСРР від 6 листопада 1922 р. установи робмеду були зобов'язані надати лікарську допомогу безробітним робітникам і службовцям, котрі захворіли протягом місяця після звільнення з роботи або служби. У цьому випадку безробітні повинні були підтвердити своє право на отримання безоплатної медичної допомоги в установленому порядку [160, с. 116–117].

Однією із функцій відділів робітничої медицини на місцях було встановлення стану працездатності працівників. Відповідно до правил, затверджених НКОЗ УСРР 9 лютого 1923 р., працівники робмеду були зобов'язані здійснювати огляд робітників у разі прийняття на роботу та періодичні огляди працюючих на підприємствах з метою визначення стану їхнього здоров'я; установлення наявності гострих захворювань чи загострення хронічних хвороб, які унеможлилювали виконання роботи; звільнення жінок від роботи до початку родів чи абортів, а також встановлення строку післяродового, післяабортного звільнення від роботи; встановлення наявності хвороб, які потребували відпустки для курортного, санаторного відпочинку або іншого спеціального лікування; відбір осіб для направлення на курорти, в санаторії та будинки відпочинку; визначення наявності та ступеня постійної, чи довготривалої втрати працездатності (лікарська експертиза). Загальний термін звільнення від роботи в таких випадках не повинен був перевищувати 6 тижнів, при встановленні захворювання, яке викликало тимчасову непрацездатність – до 15 днів, жінки перед пологами звільнялися від фізичної праці до 8 тижнів [57, арк. 46].

У складі всіх робітничих поліклінік засновувались КВП. У великих районах, при необхідності, такі комісії засновувались при районних або фабрично-заводських амбулаторіях. До складу КВП входили два лікарі, затверджені комітетом страхової каси, і голова – представник цієї каси. У

випадку необхідності до комісії запрошувались лікарі-спеціалісти. Комісії мали такі повноваження: здійснення контролю за діяльністю лікарів по визначенні працездатності; продовження строку звільнення від роботи; надання відпусток для курортного, санаторного оздоровлення з причин важкого захворювання; звільнення від роботи робітників і службовців, які підлягали карантину; засвідчення стану здоров'я для перевodu робітників з однієї роботи на іншу; нагляд за періодичними оглядами працівників заводів і підприємств. Для курортного, санаторного відбору застрахованих у складі місцевих підвідділів робмеду засновувалися відбірні комісії. Встановлення постійної втрати працездатності у застрахованих і членів їх сімей чи визначення у таких осіб групи інвалідності покладалося на бюро експертизи у складі трьох лікарів, трьох кандидатів, двох представників місцевого управління соціального страхування, представника міжсоюзного професійного об'єднання під керівництвом завідуючого підвідділу робмеду. В складі робмеду НКОЗ УСРР було створено Центральне бюро наукової експертизи, в обов'язки якого входило розроблення наукових питань для експертизи та надання висновку по експертизі у випадку оскарження рішення губернських органів [160, с. 276 – 281].

Обіжником робмеду на місця від 2 вересня 1924 р. повідомлялося про створення у складі робітничих поліклінік ЛКК, на які покладался загальний контроль у сфері визначення працездатності застрахованих. Окрім того, в обов'язки ЛКК входило: звільнення від роботи застрахованих хворих у тих випадках, коли це не було надано лікарем; звільнення від роботи на випадок карантину або догляду за хворим членом сім'ї; керівництво та нагляд за діяльністю лікарів у справі звільнення застрахованих від роботи в разі хвороби; нагляд за своєчасним направленням до лікарні, розміщенням і випискою хворого; контроль за дотриманням хворим всіх приписів лікаря; керівництво і контроль за діяльністю усіх медпунктів та інших лікарських установ у справі прийому на роботу та переведення; порушення перед робмедами питання щодо огляду окремих виробництв або підприємств, на підставі даних, отриманих в

результаті перевірки, що свідчать про неблагополучне становище підприємства; нагляд за правильним заповненням листка про тимчасову непрацездатність, реєстрації нещасних випадків тощо [212, арк. 86].

До складу комісії входили голова – представник міжсоюзного об'єднання, голова страхкаси і три лікарі. Головний лікар поліклініки та комісія визначали порядок її роботи [8, с. 220-221]. Не зважаючи на певні труднощі з підбором медичного персоналу до складу комісій, їх робота позитивно оцінювалася у звітах підвідділу робмеду. За даними статистики, упродовж першого року роботи (1924/25 р.), на одного робітника припадало 9,4 дня непрацездатності, що відповідало показникам європейських країн [156, с. 23].

Положення робмеду від 4 жовтня 1925 р. визначало правові основи проведення лікарського контролю вдома. З цією метою у системі лікарсько-контрольних комісій запроваджувався інститут лікарів-контролерів у розрахунку 1 лікаря на 10 тис. населення. Такі лікарі здійснювали перевірку виконання хворими приписів лікаря, надавали хворому допомогу, фіксували скарги хворих, продовжували термін звільнення від роботи. Лікар-контролер звітував на кожному засіданні ЛКК та доповідав про результати перевірок за попередні дні [8, с. 230–231]. З цього часу допомога на дому надавалася штатними лікарями робмеду, а в разі їх відсутності – лікарями фабрик, заводів, рудників. Загалом, упродовж 1922/23 р. було здійснено 630.801 відвідування, в 1923/24 р. – 1.066.499, в 1924/25 р. – 1.442.514. Незважаючи на зростання кількості відвідувань, якість залишала бажати кращого, оскільки нерідко лікарі не завжди виконували покладені на них понаднормові обов'язки [156, с. 21–22].

З 4 січня 1926 р., відповідно до положення підвідділу робітничої медицини «Про лікувальну експертизу», в округах було започатковано створення Бюро лікарської експертизи (БЛЕ). До складу новоствореної структури входили: голова – представник каси соцстраху, представник міжсоюзного об'єднання, терапевт, хірург, невропатолог, а також секретар бюро. В якості експертів могли бути запрошені лікарі-спеціалісти, інженери, механіки. Застраховані та члени їх сімей направлялись в БЛЕ органами

соцстраху за власною заявою або за постановою ЛКК. Після кожного огляду складався акт, який містив висновок про ступінь втрати працездатності. У випадку визнання особи інвалідом, БЛЕ встановлювало групу інвалідності та визначало потребу в протезуванні. При інспектурі встановлення та відновлення працездатності відділу робмеду функціонувало Центральне бюро лікарської експертизи. Окрім перегляду постанов БЛЕ в порядку оскарження та надання висновків центральній комісії із пенсійних справ, центральне бюро розробляло науково-теоретичні та організаційні питання експертизи [8, с. 231–235].

8–12 квітня 1926 р. у Харкові відбулася I Всеукраїнська нарада з лікарського контролю та експертизи, яка визнала важливість вказаних інститутів для протидії прогулам і необґрунтованим видачам допомоги за рахунок страхкас [129, с. 33–34]. Відзначаючи складнощі роботи, делегати вказували на психологічний і фізичний тиск на лікарів з боку робітників, з метою отримання листка непрацездатності. Нерідко, виконуючи професійні обов'язки, лікар міг бути звинувачений у класово-ворожому ставленні до робітників. Окрім того, з 1927 р. була введена кримінальна відповідальність за видачу фіктивних листків з непрацездатності [133, с. 138–139].

Оскільки відділи робітничої медицини у своїй роботі на місцях часто конфліктували з органами відділів праці, колегією робмеду на засіданні 5 січня 1923 р. було прийняте рішення про об'єднання цих структур у масштабах губернії [250, арк. 27]. Для налагодження стосунків пропонувалося проводити спільні рейди з перевірки ефективності роботи поліклінік, комісій з визначення працездатності та організації контролю на дому [215, арк. 21]. Як з'ясувалося, така співпраця позитивно позначилася на обслуговуванні застрахованих. Так учасники конференції, що відбулася 9 лютого 1924 р. у м. Юзівка, обговорюючи доповідь про становище робітничої медицини, одностайно відзначали значне покращення стану лікарень, постачання медикаментами та перев'язочними матеріалами, харчування хворих [155, с. 454]. Відділ робітничої медицини Вінницької окружної інспектури охорони здоров'я, звітуючи про свою діяльність за 1925–1926 р., серед основних досягнень

відзначав: створення у м. Вінниця робітничої поліклініки, що обслуговувалася кваліфікованими лікарями усіх фахів; розширення мережі районних лікарняних установ; поліпшення санітарно-освітньої та профілактичної роботи; поглиблення зв'язку з лікувальними закладами охорони здоров'я [93, с. 30]. Про поліпшення медичного забезпечення робітників у своїй праці відзначає відома дослідниця О. Мовчан, аргументуючи свою позицію зменшенням кількості відмов у наданні медичної допомоги [133, с. 23].

Однак, заради справедливості слід відзначити, що позитивний ефект від діяльності органів страхової медицини більшою мірою спостерігався у промислових районах з великою кількістю застрахованих. Акумулявання у віданні органів робітничої медицини значної суми страхових коштів давало можливість їм належним чином фінансувати надання медичних послуг. Протилежна ситуація складалася у непромислових районах. В умовах адміністративної реформи 1925 р. питання статусу відділів робітничої медицини було винесено на порядок денний. Всеукраїнська нарада, що відбулася 3–6 червня 1925 р., своїм рішенням визначила нову страхову мережу, запропонувавши остаточно ліквідувати підвідділи робітничої медицини в непромислових губерніях [225, арк. 1]. Їх функції передавалися загальному апарату окружних інспекцій охорони здоров'я [156, с. 5]. Відомчі робітничі поліклініки пропонувалося залишати лише там, де кількість застрахованих перевищувала 4 тис. осіб. В інших місцевостях надання медичної допомоги робітникам пропонувалося здійснювати через загальні установи НКОЗ УСРР [250, арк. 107].

З метою більш чіткого визначення правового статусу відділів робітничої медицини в системі органів охорони здоров'я у жовтні 1925 р. було скликано позачерговий пленум Української ради професійних спілок. На пленумі заслухано доповідь керівництва робмеду та співдоповідь Головстраху УСРР. Окрім того, для вивчення питання співпраці органів охорони здоров'я та страхової медицини з надання лікарської допомоги Народним комісаріатом Робітничо-селянської інспекції СРСР у грудні 1925 р. було проведено

обстеження Артемівського, Сталінського та Луганського округів. У висновку комісії відзначалася проблематичність існування робітничої медицини в структурі НКОЗ УСРР. Головними аргументами була відсутність на місцях власного апарату, а також некомпетентність працівників підвідділів страхової медицини. Комісією було рекомендовано залишити управління страховим фондом «Г» у віданні та під контролем страхових кас. У той же час визнано раціональним провести реорганізацію підвідділів робітничої медицини [226, арк. 37].

У результаті реорганізації, проведеної на початку 1926 р., із 43 округів УСРР підвідділи робітничої медицини залишилися лише у половини. Це одразу ж негативно позначилося на якості обслуговування застрахованих. Зокрема у цих округах спостерігалися перевитрати страхових коштів, скорочення мережі медичних закладів, що обслуговували застрахованих. Зважаючи на це, президія ВУРПС на засіданні (січень 1926 р.) прийняла рішення про необхідність посилення участі робмедів в роботі органів охорони здоров'я та вимагала розширення страхової мережі в округах [110, с. 9]. Відзначаючи погіршення ситуації з обслуговуванням застрахованих, НКОЗ УСРР погодився на збереження робмедів ще в 13 округах. На підставі цього ВУЦВК та РНК УСРР 3 лютого 1926 р. видали спільну постанову «Про забезпечення застрахованих та членів їх сімей медичною допомогою», якою підтвердили необхідність існування у складі НКОЗ УСРР відділу робітничої медицини, а в окружних інспектурах промислових округів – відповідних бюро [170, с. 14].

Положення підзаконного акту надавали право завідувачу відділом робітничої медицини входити за посадою до складу колегії НКОЗ УСРР, а завідувачу бюро обіймати посаду заступника окружного інспектора охорони здоров'я. Для вирішення поточних питань у системі охорони здоров'я один раз на тиждень скликалися постійні робочі наради. В їх обов'язки входило здійснення контролю за видатками фонду медичної допомоги та затвердження планів роботи [8, с. 195].

У той же час, для збереження функцій органів охорони здоров'я в

установах робітничої медицини було утворено секцію охорони здоров'я робітничої молоді (робмол) [230, арк. 12]. Така інспектура створювалась як при НКОЗ УСРР, так і при робмедах промислових округів. Завідуючі секцією призначались організаціями Ленінської комуністичної спілки молоді України. На підставі декрету РНК УСРР від 21 листопада 1922 р. робмоли здійснювали медичні огляди робітників-підлітків. Так, наприклад, у 1923 р. було організовано огляд 11.149 осіб, в 1924 р. – 15.396 осіб, в 1925 р. – 24.320 осіб, в 1926 р. – 30.149 осіб в 32 округах [129, с. 25]. Організаційне оформлення інспектури охорони здоров'я робітничої молоді було звершено в кінці 1925 р. На той час у ряді промислових округів при окрробмедах були організовані секції охорони молоді. Станом на липень 1926 р. секції Робмолу успішно функціонували в Артемівську, Сталіно, Луганську, Катеринославі, Харкові, Кривому Розі, Києві, Запоріжжі, Миколаєві, Полтаві та Зінов'євську [156, с. 26 – 27]. З 1927 р. секції робмолу відповідали і за профілактичне оздоровлення працюючих підлітків. За планом першого року до профілактичних установ планувалося направити 10% підлітків, а на курорти – 5% [129, с. 26].

Незважаючи на прийняті рішення, позиція НКОЗ УСРР щодо самостійності страхової медицини не змінилася. Народний комісар охорони здоров'я УСРР І. Єфімов у доповідній записці до РНК УСРР від 21 лютого 1926 р. вимагав ліквідувати підвідділи робітничої медицини на місцях, оскільки останні, на його думку, є зайвим утворенням у системі охорони здоров'я. Серед інших негативних факторів у діяльності робмедів відзначалися: диференціація у забезпеченні медичною допомогою мешканців міста та села; ігнорування завдань охорони матері і дитини; конфлікти в апараті охорони здоров'я; використання коштів не за призначенням; перевага лікувальних заходів над профілактичними. Нарком запевняв, що ліквідація підвідділів робітничої медицини не позначиться негативно на медичному забезпеченні, оскільки профспілки та страхові органи будуть мати можливість брати участь у затвердженні кошторисів і планів медичної допомоги застрахованим [221, арк. 6–7]. Початок остаточної ліквідації підвідділів робітничої медицини на



місцях було проведено наприкінці 1927 р. після підпорядкування страховим касамам органів лікарського контролю [221, арк. 41].

18 листопада 1929 р. ВУЦВК і РНК УСРР прийняли спільну постанову «Про передачу на місцевий бюджет лікувальних установ, що утримувалися з фонду медичної допомоги застрахованим та сільських лікувальних установ українського червоного хреста». Відповідно до постанови лікувально-профілактичні установи робмеду передавались на відповідні місцеві бюджети. Така передача мала бути проведена упродовж 4-х наступних років [77, ст. 230].

У постанові ЦК ВКП (б) від 19 грудня 1929 р. «Про медичне обслуговування робітників та селян», яка визначала основні принципи забезпечення медичною допомогою в умовах взяття курсу на модернізацію промисловості, йшлося про збереження основ медичного страхування лише в основних промислових центрах. Крім того, визнавалася потреба ширшої участі у справі організації охорони здоров'я робітників радянських, професійних і страхових організацій [144, с. 5–6].

### **2.3 Українське товариство Червоного Хреста: становлення, повноваження та діяльність**

Зародження УТЧХ проходило на фоні синхронного існування в Україні червонохресних організацій декількох державних утворень. Так станом на 1918 р. тут продовжували функціонувати комітети Південхреста колишньої Російської імперії. Водночас у період національно-визвольних змагань, в останні дні існування Центральної Ради, був започаткований Український Червоний Хрест. 20 листопада 1918 р. більшовицька влада заснувала Російське ТЧХ (Росхрест) [119, с. 42–44]. Така ситуація не влаштовувала більшовиків, які прагнули об'єднати означені організації та встановити повний контроль за їх діяльністю. Тому із встановленням більшовицької влади в Україні декретом РНК УСРР від 14 березня 1919 р. було засновано Особливий комітет Українського Червоного Хреста. На цей орган покладалося завдання

реорганізації червонохресних організацій у єдиний Український Червоний Хрест та виконання функції управління і контролю за його діяльністю. До складу Особливого комітету входили по 2 представники від Українського і Російського Червоного Хреста та по 1 представнику від НКОЗ УСРР, ВУЦВК, місцевого (Київського) виконкому. У його підпорядкування переходили всі установи та майно червонохресних організацій. Особливий комітет зобов'язаний був доповідати про свою діяльність РНК УСРР та звітувати на Другому організаційному з'їзді, на якому з обранням Головної управи Червоного Хреста мав припинити свою діяльність [168, ст. 287].

Радянська влада в період непу надавала легітимності тим громадським організаціям, які відповідали її потребам [150, с. 94]. Тому 13 липня 1920 р. РНК УСРР і НКОЗ УСРР оприлюднили постанову «Про Український Червоний Хрест». Аналіз цього документу свідчить, що він спрямовував діяльність організації на надання «захисту хворим і пораненим червоноармійцям (дітям і втікачам)» [91, ст. 376]. На нашу думку, такий підхід більшовиків до організації УТЧХ суперечив принципам та меті діяльності червонохресних організацій загалом. Тобто, вже із часу свого заснування, ця організація створювалася за класовим принципом.

З метою встановлення тісного зв'язку між УТЧХ і пролетарськими організаціями та необхідністю посилення більшовицького впливу на товариство 27 квітня 1921 р. ВУЦВК прийняв постанову «Про поповнення складу Головної управи Українського Червоного Хреста». Відповідно до цієї постанови до складу товариства повинні були ввійти: 3 представника Південного бюро Всесоюзної центральної ради професійних спілок; 2 – від комісії незаможних селян; 2 – від Червоної армії; представник від НКОЗ та від народного комісаріату соціального забезпечення УСРР [74, ст. 217]. Таким чином, склад Головної управи Українського Червоного Хреста формувався не за професійною ознакою, а за класовою. Вбачається, що РНК УСРР дозволила діяльність УТЧХ для виконання завдань НКОЗ УСРР та винятково під його керівництвом. Останньому доручалося за згодою з Головною управою УТЧХ

визначати обсяг діяльності цієї організації, здійснювати управління нею та налагодити взаємовідносини з Російським відділом Червоного Хреста. Таким чином, РНК УСРР, санкціонуючи функціонування УТЧХ, окреслила правові основи його діяльності.

Аналіз узаконень та розпоряджень радянського уряду 20-х років ХХ ст. свідчить, що протягом цього часу відбувалося унормування діяльності УТЧХ. Так 23 листопада 1921 р. ВУЦВК та РНК УСРР ухвалили нову постанову «Про діяльність Українського Червоного Хреста» [74, ст. 698]. 4 січня 1922 р. президією ВУЦВК було затверджено Статут УТЧХ. Цей документ складався з восьми розділів, у яких визначалися мета і завдання товариства, його права та обов'язки, склад, органи управління та їх повноваження, порядок звітності. Згідно із статутом, УТЧХ створювалося з метою надання лікарської, санітарної, продовольчої та іншої допомоги хворим і пораненим військ Української або союзної армії й населенню в районі діяльності товариства. Крім того, товариство піклувалося «за військовополоненими української, союзних і ворожих армій, а також за інтернованими громадянами і населенням окупованих країн і земель» [191, с. 17]. Для управління справами всього УТЧХ були створені органи – Головна управа товариства та Загальні збори представників місцевих відділів. Відповідно до розділу VII статуту Головна управа мала право доручити виконання окремих завдань призначеним уповноваженим управи. Щоправда, жодних вимог до зайняття цієї посади у статуті не зазначалося. На місцях управління справами товариства здійснювали управи відділів та загальні збори членів відділів [244, арк. 18].

Для посилення зв'язку радянських органів на місцях з Уповноваженими УТЧХ при останніх, відповідно до постанови ВУЦВК «Про організацію бюро при уповноважених Червоного Хреста» від 28 квітня 1922 р., створювалося бюро. До його складу входили постійні представники президій губвиконкомів, губерньської ради професійних спілок, а також уповноважений. До компетенції бюро входило: обговорення та прийняття постанов, що регулювали діяльність уповноваженого, а також питань, які виникали між уповноваженим і відділами

губвиконкомів. Крім того, бюро мало право обговорювати діяльність установ і членів УТЧХ з можливістю звільнення останніх. У випадку незгоди між членами бюро, справа передавалася на розгляд до Головної управи. Бюро в обов'язковому порядку скликалось 2 рази на місяць уповноваженим або на вимогу одного з членів бюро [80, ст. 353].

У 1923–1924 роках, по завершенню кампанії протидії голоду та його наслідкам, Головна управа отримала можливість пристосувати організацію до умов мирного часу шляхом її реорганізації. Зокрема три відділи Головної управи (медичний, фармацевтичний, з допомоги дітям) було реформовано в один – медично-гуманітарний [15, с. 3]. Крім того, було ухвалено рішення про утворення місцевих комітетів та залучення до цієї громадської організації широких мас населення, особливо жінок та молоді [197, арк. 33].

В результаті, у другій половині 1924 р., на місцях було утворено 511 комітетів [15, с. 3]. У 1928 р. їх кількість зросла до 1037 [94, с. 11], а у 1929 р. досягла 1362 [96, с. 7]. З кожним роком зростало й членство в комітетах. Наприклад, з 308.189 осіб у 1928 р. до 428.000 у 1929 р. [96, с. 8].

Протягом 1925–1926 рр. відбувалося реформування УТЧХ у напрямі переходу всієї організації на виборне начало; організації окружних комітетів; ліквідації губернських управлінь і Головної управи; організації Центрального комітету та спілки Червоних Хрестів і Півмісяців [210, арк. 42].

Важливим для унормування діяльності УТЧХ стало ухвалення 3 лютого 1926 р. ВУЦВК та РНК УСРР «Положення про товариство Червоного Хреста УСРР», яке в подальшому стало основою для нової редакції Статуту від 27 травня 1927 р. Ці два документи визначали загальні засади діяльності УТЧХ, склад та повноваження його органів управління, порядок вступу та вибуття, права та обов'язки членів [198, арк. 12].

Проаналізувавши Положення про товариство Червоного Хреста УСРР від 1926 р. та Статут у редакції 1927 р., можна зробити висновок, що у другій половині 20-х років центральними органами державної влади встановлювався контроль за діяльністю УТЧХ. У цих документах прямо зазначалося, що

товариство перебуває під контролем президії ВУЦВК та повинно погоджувати свою діяльність з органами охорони здоров'я. Зауважимо, що було встановлене обмеження товариству у наданні допомоги іноземцям, яка надавалася їм лише з дозволу президії ВУЦВК. Водночас вважаємо прогресивною преамбулу Статуту, яка ґрунтувалася на нормах міжнародного права та зобов'язувала товариство керуватися у своїй діяльності Женевською та Гаазькою конвенціями, постановами міжнародних конференцій Червоного Хреста, що визначали правові основи надання медичної допомоги військовополоненим.

Відповідно до положення про товариство Червоного Хреста УСРР від 3 лютого 1926 р. установи Товариства створювалися на всій території УСРР з ініціативи не менш як 25 громадян. УТЧХ та його філії мали статус юридичної особи. Вони могли набувати та заставляти майно, брати на себе зобов'язання, що стосувалися їхньої діяльності, бути позивачем, або відповідачем у суді, набувати майно за заповітом або у дарунок, укладати договори, брати кредити, видавати вексельні та інші зобов'язання, відкривати рахунки та створювати підприємства. З цього часу окружні комітети УТЧХ набули права автономного господарювання. Окружним філіям передавалося у власність все майно та кошти, які знаходились на території їхніх округів. Щоб надати змогу комітетам на місцях розвивати свої господарства та отримувати кредити, Центральний комітет взяв на себе всі зобов'язання із заборгованості. У 1926–1927 рр. Держбанк ліквідував будь-яку заборгованість УТЧХ [95, с. 3–4]

Членами УТЧХ могли бути громадяни, що мали пасивне виборне право, а також юридичні особи, які могли брати участь за допомогою своїх представників. Кожен член УТЧХ мав такі права: брати участь у загальних зборах і бути обраним на всі посади товариства. Крім того, кожен член був зобов'язаний: допомагати товариству, своєчасно вносити членські внески, відвідувати загальні збори своєї організації, вести агітацію та пропаганду до вступу в лави організації, виконувати вимоги статуту, інструкцій і розпоряджень товариства, сприяти розвиткові та добробутові УТЧХ [207, арк. 4].

Статут 1927 р. чітко визначав центральні і місцеві органи товариства та їх компетенцію. Зокрема центральними органами УТЧХ були Всеукраїнський з'їзд, Центральний комітет, президія Центрального комітету, ревізійна комісія Центрального комітету. Управління на місцях здійснювали окружні філії та місцеві комітети [95, с. 5]. Всеукраїнський з'їзд УТЧХ скликався не рідше одного разу на два роки. До його компетенції належали такі питання: обрання Центральної ревізійної комісії та Центрального комітету товариства, делегатів на міжнародні з'їзди; затвердження бюджету, доповідей і звітів Центрального комітету і ревізійної комісії, плану роботи товариства, а також змін і доповнень до статуту та інших рішень; видання наказів Центральному комітету товариства; вирішення питань, що виносились на порядок денний з'їздів Центральним комітетом та філіями товариства [211, арк. 11].

Центральний комітет виконував функцію вищого органу в період між Всеукраїнськими з'їздами товариства та повинен був скликати засідання не рідше двох разів у рік. Він обирався з'їздом з числа членів терміном на 2 роки. До компетенції Центрального комітету належало: формування президії Центрального комітету УТЧХ на чолі з головою, але не менше, ніж з 5 осіб; обрання представників та делегатів на міжнародні з'їзди, представників до органів Союзу Товариства Червоного Хреста та Червоного Півмісяця СРСР; призначення представників товариства до іноземних держав; доручення окремих завдань для виконання уповноваженими особами; затвердження річного бюджету, розміру членських внесків, річного плану роботи. Крім того, він мав право ліквідації місцевих організацій або філій товариства внаслідок недотримання ними завдань та розпоряджень Центрального комітету.

Президія Центрального комітету УТЧХ була виконавчим органом. Вона представляла інтереси товариства на національному рівні та у міжнародних відносинах; розпоряджалась коштами, майном та вела фінансовий облік; розробляла питання для розгляду на пленумі Центрального комітету товариства. Також могла доручати виконання окремих завдань уповноваженим особам. Засідання президії Центрального комітету відбувалися не рідше одного

разу на два тижні, а також могли скликатися у будь-який час за ініціативи голови Центрального комітету товариства.

Ревізійна комісія товариства формувалась з'їздом терміном на 2 роки. Збиралась з власної ініціативи, з ініціативи голови, але не рідше раз у пів року. Вона складалася з голови, 5 членів та 3 кандидатів до них. Цим особам заборонялось займати посади у Центральному комітеті товариства. Однак вони мали право бути присутніми на засіданнях Центрального комітету та його президії з правом дорадчого голосу. Ревізійна комісія здійснювала перевірки установ та кас Центрального комітету. Акти за результатами ревізії в обов'язковому порядку передавались до президії Центрального комітету товариства.

Статут УТЧХ закріплював права окружних філій товариства. Органами філій товариства були з'їзд, ревізійна комісія, комітет, а при необхідності – президія комітету філії. До компетенції з'їзду філії належало: обрання комітету та ревізійної комісії; затвердження плану роботи та бюджету філії, доповідей і звітів комітету та ревізійної комісії філії; вирішення потреби створення президії комітету, питань, які виносились на порядок денний з'їзду комітетом, ревізійною комісією філії або місцевими організаціями філії; видання наказів комітету філії. З'їзд скликався один раз на два роки, проте, Центральний комітет міг скликати окремі з'їзди й частіше [95, с. 5].

Комітет філії здійснював функцію вищого органу в період між з'їздами філії товариства. Він засідав не рідше одного разу на місяць та обирався з'їздом з членів товариства терміном на 2 роки. До компетенції комітету належало: формування президії комітету філії Товариства, обрання голови, заступника, секретаря; затвердження річного бюджету та плану роботи філії; заслуховування звітів та доповідей президії. Комітет вирішував такі питання, як представництво інтересів філії в державних та інших установах, організаціях; розпорядження коштами, майном та ведення фінансового обліку; керівництво діяльністю місцевих організацій товариства; розробка питань для розгляду на Всеукраїнському з'їзді товариства, зборах Центрального комітету товариства та

з'їзді філії [211, арк. 7].

Ревізійна комісія філії складалась з 3 осіб, які не мали права займати інші посади в комітеті та, які обирали між собою голову. Ревізійна комісія збиралась з власної ініціативи, за запрошенням голови, але не рідше раз у півроку. Члени ревізійної комісії мали право бути присутніми на засіданнях комітету та його президії з правом дорадчого голосу. Ревізійна комісія здійснювала перевірки установ та кас філії. Акти з результатами ревізії в обов'язковому порядку передавались до комітету філії [211, арк. 8].

Для підтримання зв'язку з окрфіліями члени Центрального комітету товариства приїжджали з перевітками, або представники окрфілій прибували до Центрального комітету. В основному зв'язок підтримувався шляхом листування, видання розпорядчої документації, опублікування директивних статей у «Віснику» [94, с. 7–8].

Загальні збори місцевих організацій товариства скликалися не рідше двох разів на рік. До їх компетенції належало: обрання ревізійної комісії та комітету організації; затвердження плану роботи організації, бюджету організації, а також доповідей і звітів комітету і ревізійної комісії; вирішення питань, які вносились комітетом або ревізійною комісією на порядок денний з'їзду; видання наказів комітету.

Місцеві комітети товариства збиралися для роботи не рідше одного разу на два тижні. Вони формувалися з 4–7 осіб, які обиралися з'їздом з числа членів терміном на один рік. До складу комітетів входили голова, заступник, секретар і скарбник. До компетенції комітету місцевої організації належало провадження і виконання червонохресної діяльності в межах місцевості згідно з директивами і вказівками комітетів відповідних філій товариства або їх президій. Зокрема місцеві комітети були уповноважені: розпоряджатися всіма коштами та іншим майном; складати кошториси, звіти та баланси організації; контролювати та управляти діяльністю місцевих установ Червоного Хреста [197, арк. 6].

Ревізійна комісія місцевого комітету складалась з 3 осіб, які не мали права обіймати інші посади. З їх числа обирався голова ревізійної комісії.



Ревізійна комісія місцевого комітету збиралася з власної ініціативи, з ініціативи голови, але не рідше одного разу на три місяці. Члени ревізійної комісії мали право бути присутніми на засіданнях комітету організацій з правом дорадчого голосу. Ревізійна комісія здійснювала перевірки установ та кас організації. Акти за результатами ревізії в обов'язковому порядку передавались до комітету організації. Отже, структура та повноваження органів УТЧХ у 20-х роках ХХ ст. були нормативно визначені, що сприяло чіткій організації та діяльності цієї організації [198, арк. 64].

У ці роки вектор діяльності УТЧХ спрямовувався на протидію туберкульозу та іншим соціальним хворобам; надання медичної допомоги населенню, зокрема в селах; протидію дитячій безпритульності; оздоровлення дітей; постачання населенню дешевих ліків [15, с. 3]. Аналіз звітності УТЧХ за цей період підтверджує про проведення широкомасштабної та ефективної роботи з охорони здоров'я населення, яка здійснювалася в означених напрямках.

Першочерговим завданням УТЧХ було створення медичних установ, яке, на нашу думку, товариство виконувало результативно, особливо в селах. Так, якщо станом на 1 жовтня 1923 р. в селах функціонувало 36,5% усіх установ, то 1 жовтня 1924 р. їх було вже 51,4% [15, с. 6]. Загалом протягом 1923-24 р. під керівництвом Медично-гуманітарного відділу Головної управи діяло 119 медично-санітарних установи [15, с. 6]. Вони розподілялися за типами наступним чином: 54 амбулаторій, 4 поліклінік, 10 лікарень, 2 малярійні установки, 2 епідемічних загони, венерологічний пункт, 28 диспансерів, 7 санаторіїв, 9 консультацій, 2 медичних курсів (див. табл. 2.1).

Подані в таблиці дані засвідчують, що розподіл установ у губерніях був нерівномірний, зокрема найбільша їх кількість була в Подільській (18) та Катеринославській (23) губерніях. Натомість найменша – у Волинській (5) і Донецькій (8).

Розподіл медично-санітарних установ Червоного Хреста  
по губерніях України у 1923/24 р. [15, с. 6–7]

Назва губернії	Сільські установи	в %	Міські установи	Міські уст.%	Всього
Харківська	4	44,6	5	55,5	9
Полтавська	7	46,5	8	53,4	15
Чернігівська	3	33,3	6	66,7	9
Київська	3	18,7	13	81,3	16
Волинська	-	-	5	100	5
Подільська	15	83,3	3	16,7	18
Одеська	4	33,3	8	66,7	12
Катеринославська	19	82,6	4	17,4	23
Донецька	4	50	4	50	8
Транспорт	-	-	4	100	-
Всього	59	-	60	-	119

За даними звіту УТЧХ протягом 1926/27 р. кількість медично-санітарних установ збільшилася на 1672 та становила 2853 [94, с. 22], а в 1929 р. досягла 6233 (з них 80% – сільські) [96, с. 19]. Відтак, зростання кількості медично-санітарних установ УТЧХ відбулося, переважно, в другій половині 20-х років ХХ ст. Це пояснюється тим, що у 1927 р. головне завдання товариства полягало у забезпеченні розвитку мережі кваліфікованих медичних установ [94, с. 22]. Вбачається, що станом на 1 жовтня 1928 р. мережа медично-санітарних установ ознаменувалася стабілізаційними процесами. Натомість у 1928 р. відбувалась ліквідація окремих установ, які не відповідали завданням УТЧХ та мали негативний вплив на його діяльність. Зокрема ЦК довелося ліквідувати в деяких округах бакалійні і галантерейні крамниці та організувати замість них медичні установи на господарському розрахункові та крамниці санітарії і гігієни. Була реорганізована робота незадовільних окрфілій [96, с. 33].

Доречно зауважити, що 18 листопада 1929 р. РНК УСРР ухвалила постанову «Про передачу на місцевий бюджет лікувальних установ, утримуваних з фонду медичної допомоги застрахованим та сільських лікувальних установ Українського Червоного Хреста». Відповідно до арт. 4 цієї

постанови сільські лікувально-профілактичні установи (сільські амбулаторії, туберкульозні, наркодиспансери та венеричні диспансери тощо), які були на утриманні УТЧХ, передавалися на утримання відповідних місцевих бюджетів [77, с. 6] (див. Додаток Б).

Ще одним важливим напрямом роботи УТЧХ була протидія соціальним хворобам – туберкульозу, венеричним захворюванням, малярії, скарлатини тощо. Аналіз звітів товариства свідчить, що ним було проведено значну роботу з протидії туберкульозу. Так в 1923 р. функціонувало 9 сільських та 19 міських диспансерів, було обстежено 36.378 осіб та виявлено 24.456 хворих, з них 7.246 дітей. УТЧХ для протидії туберкульозу застосовувало спеціальні методи обстеження та лікування, зокрема в губернських та окружних диспансерах 350 хворим було накладено 3.332 пневмотороксів [15, с. 7–8]. Ситуація щодо кількості тубдиспансерів у другій половині 20-х р. залишилась стабільною. Наприклад, протягом 1927–1928 р. функціонувало 26 тубдиспансерів, у яких було обстежено 32.258 осіб та виявлено 24.252 хворих [94, с. 24]. Однак станом на 1929 р. залишилось лише 1 тубдиспансер і 3 тубпункти, оскільки 11 установ перейшли до окружних інспектур охорони здоров'я [96, с. 21]. В них було обстежено 8.544 осіб, з яких виявлено хворих – 3.089 [96, с. 30].

Хворі на туберкульоз мали змогу покращувати своє здоров'я у санаторіях УТЧХ, яких станом на 1923-1924 р. функціонувало 7, з кількістю ліжок – 365. Вони надали допомогу 1.944 хворим, з яких 66,8% – діти [15, с. 9]. Протягом 1927–1928 р. функціонувало вже 11 тубсанаторіїв та установ санаторного типу. В них працювало 18 лікарів, 32 особи середнього персоналу та 129 іншого персоналу, лікувалося 1.854 хворих [94, с. 24].

З метою профілактики захворюваності на туберкульоз УТЧХ проводило обстеження житлово-побутових умов населення. У результаті було виявлено 26.519 хворих, у тому числі 6.519 дітей. Також проведено 184 обстежень трудових колективів з кількістю 5.218 осіб, з-поміж яких 1852 дітей. Внаслідок профілактичної роботи УТЧХ до диспансерів було направлено 3620 осіб (з них дітей – 32,5% та сільських жителів – 3,3%), що становило 14,8% первісних

хворих [15, с. 8]. Водночас лікарі (так звані саносвітники) проводили освітню діяльність, яка набирала щороку обертів. Наприклад, якщо у 1923–1924 рр. лікарі прочитали 621 лекцію у присутності 60.414 слухачів [15, с. 8], то у 1927–1928 рр. – 876 лекцій у присутності 77.719 слухачів. Загалом всіма організаціями Червоного Хреста, за неповними відомостями, було прочитано 4498 лекцій та доповідей для 225 тис. осіб [94, с. 29]. Крім того, лікарі та сестри надавали консультації хворим. У 1929 р. саносвітню роботу здійснювали всі заклади УТЧХ. Функціонувало 7 санлітучків та санбудинки [96, с. 23].

У 1927–1928 р. УТЧХ розпочало діяльність з протидії такими соціальними хворобами, як алкоголізм і наркоманія. Для цього транспортні організації УТЧХ відкрили 3 наркодиспансери: у Харкові, Києві та Дніпропетровську [94, с. 25]. У 1929 наркодиспансери з'явилися також в Запоріжжі та Луганську [96, с. 21], які надали послуги 5.480 особам [96, с. 31].

Протидія іншим соціальним хворобам не була такою розвиненою, як протитуберкульозна робота. Так, наприкінці 1923 р., був відкритий один вендиспансер, який за півтора місяця надав допомогу 95 хворим, які здійснили 308 відвідувань. Також було створено 2 малярійних пункти, які обслужили 4.172 хворих і здійснили 9606 відвідувань. Для протидії пошесті скарлатини було організовано 2 епідемічних загони, які за 2 місяці оглянули 1.386 хворих [15, с. 9]. Станом на 1929 р. функціонувало 4 сільських вендиспансери, які надали допомогу 4961 хворим, з них – 1530 на венеричні хвороби [96, с. 21, 31].

Особливу увагу УТЧХ зосередило на роботі з протидії дитячій безпритульності та оздоровлення дітей. Саме про те, що допомога дітям повинна стати основною сферою діяльності товариства, йшла мова на II Всеукраїнському з'їзді працівників УТЧХ. Внаслідок цього почали активно створювалися медичні дитячі установи: відділи для дітей при тубдиспансерах, дитячі консультації, дитячі будинки для туберкульозних тощо. Також створювалися профілактичні установи: дитячі літні колонії, майданчики, кліматичні колонії лісові школи, сільські ясла. У 1923–1924 р. функціонувало 41 установа з допомоги безпритульним дітям, де було оснащено 4460 місць.

Медичними дитячими установами було видано безпритульним дітям 620178 пайків та витрачено для цього 204734 крб. [15, с. 12].

Неабияку турботу проявляло УТЧХ і щодо надання допомоги дітям безробітних. Для них організовувалися установи різних форм, зокрема так звані нічліжно-харчові пункти, дитячі півінтернати та денні будинки, інтернати та будинки для дітей, сільськогосподарські трудові колонії. Загалом функціонувало 37 подібних установ, які видали дітям 591.135 пайків. На даний напрямок діяльності було витрачено 59.610 крб. У 1923–1924 р. оздоровчу кампанію серед дітей здійснювало 113 установи. Всього допомогу дітям надавало 190 установ, які видали 1.501.341 пайків на суму 390.404 крб. [15, с. 13]. У 1929 р. діяло 369 літніх закладів з оздоровлення дітей, в яких перебуло 12 604 дітей [96, с. 33].

У 1923 р. вперше розпочалась масова робота з організації сільських ясел, яку фінансували місцеві комітети. За звітний період нараховувалося 55 сільських ясел, які охоплювали 1850 дітей та видали їм 110.065 пайків. На таку діяльність було витрачено 30826 крб. У середньому один місяць утримання дитини обходився 8,40 крб. [15, с. 12]. У 1926–1927 рр. вже функціонувало 102 сільських ясел, а у 1929 р. – 152, у яких нараховувалось 2688 дітей [96, с. 31].

Наприкінці 20-х років президія ВУЦВК для УТЧХ ухвалила такі завдання: підвищувати культурний рівень населення, поліпшувати санітарний побут робітників і селян шляхом створення громадських лазень, пралень, колодязів, льодовень та хлібопекарень, а також покращувати побут дітей через організацію дитячих ясел, майданчиків, акушерських пунктів, будинків для пологів тощо. Крім того, необхідно було розвивати мережу медичних установ – поліклінік, рентген-кабінетів, електросвітлоустановок, лікарень, санаторіїв, будинків відпочинку та ін. Ще одним із напрямків діяльності було посилення допомоги населенню від стихійних лих, землетрусу, повені, пожеж, неврожаю. Наприклад, у 1927–1928 р. набула значного поширення санітарно-епідеміологічна робота УТЧХ. Було організовано 95 сільських лазень,

обладнаних душовими, що на 52 більше, ніж у попередньому звітному році [94, с. 28]. Протягом цього часу було обладнано 11 колодязів цмоками. Також вперше було збудовано сільську громадську пральню. Вона знаходилась в селі Роздори на Дніпропетровщині та дуже зацікавила селянок і користувалася у них популярністю. Тому ставилося питання про створення у навколишніх селах ще 3-х громадських пралень та поширення досвіду на територію усієї України. Також позитивно сприймалася населенням практика створення сільських хлібопекарень [94, с. 28–29].

Червонохресна організація зосередила свою роботу на організації харчування населення. Так у 1927 р. функціонувало 35 їдалень, що їх організували різні філії УТЧХ [94, с. 29], тоді як у 1929 р. їх було вже 60 [96, с. 23]. Крім того, було створено дешеві чайні та буфети, де крім чаю, хліба та холодних закусок проводили певну культурно-освітню роботу.

У 1927-1928 р. УТЧХ активізувало допомогу населенню у випадку стихійних лих. Допомога надавалася постраждалим від повені, пожежі тощо. Під час стихійних лих організовано надавалася перша медична допомога та здійснювалося харчування населення, першочергово – дітей. Так у 1927–1928 р. за дорученням Уряду УСРР, було організовано в 7 неврожайних округах харчування дітей переселенців. Для цієї роботи було створено 581 пункт, де видали гарячу їжу та денні сухі пайки 30.000 дітям. У 1929 р. було організовано 3.173 таких пунктів, які видали 67.152.690 пайків та обідів. На цю роботу було витрачено близько 6 млн. крб. [94, с. 30; 96, с. 25].

На утримання медично-санітарних установ та проведення масштабної роботи УТЧХ необхідні були кошти, джерелом яких були членські внески, пожертвування, державні субсидії, прибутки від лекцій, виставок, спектаклів, прибутки від підприємств Червоного Хреста [15, с. 42]. Проаналізувавши фінансову звітність за 1923-1924 р., автор дійшов висновку, що найбільше коштів надходило від підприємств – 37% (480.369,91 крб.) [15, с. 42–43]. Збори приносили 31% (397.857,24 крб.) всіх прибутків УТЧХ. Що ж до видатків, то із загальної суми 1.409.592,83 крб. найбільше було витрачено на гуманітарні

(29%) та на медично-санітарні (26%) установи. Дефіцит коштів становив 119954 крб., який вдалось покрити за рахунок позик [15, с. 43]. Натомість у 1927-1928 р. основна частина видатків з бюджету ЧХ витрачалась на ліквідацію наслідків стихійних лих (допомога погорільцям, харчування дітей у неврожайних місцевостях тощо) та на організаційну роботу [94, с. 33].

Вбачається, що прибутки та видатки ЦК УТЧХ упродовж 20-х р. ХХ ст. зростали (див. Додаток В). Так, якщо прибутки у 1925/26 р. становили 615 889,88 крб., то в 1926/27 р. – 706114,08 крб., в 1927/28 р. – 846141,39 крб. Видатки у 1925/26 р. становили 594661,82 крб., в 1926/27 р. – 672563,17 крб., в 1927/28 р. – 840295,14 крб. Таким чином, бюджет ЦК УТЧХ у 1926/27 р., у порівнянні з попереднім роком, зріс на 15%, в 1927/28 р. – на 20% [94, с. 33].

Проаналізувавши дані прибуткової частини бюджету ЦК УТЧХ, можна зробити наступні висновки. Найбільше прибутків було отримано від регалій – 1.123.081 крб. та від підприємств 1.842.762 крб. Найменше прибутків було отримано з членських внесків – 112.227 крб. (287.505 крб. планувалось за кошторисом) та від субсидій – 26.500 крб. (69.735 крб. планувалось). Зменшення доходів від зборів пояснюється частково тим, що в 1927/28 р. за наказом уряду були закриті гральні підприємства, в яких УТЧХ мало певний відсоток регалій на свою користь [94, с. 38].

Найбільше коштів у 1927–1928 р. було витрачено на медично-санітарну діяльність – 1.615.836 крб. та на гуманітарну роботу – 535.427 крб. Найменше – на субсидії (69.515 крб.) та на організаційну роботу (67.096 крб.) Всього було витрачено 3.997.389 крб. Різниця між видатками та прибутками становила 382.771 крб. [94, с. 39]. У 1928/29 р. УТЧХ отримав прибутків на суму 5.225.965 крб., а витратив – 4.809.216 крб. Різниця між видатками та прибутками становила 416.749 крб., що говорить про раціональне розпорядження коштами (див. додаток Д).

Варто зауважити, що для підтримки фінансової спроможності УТЧХ уряд встановлював певні пільги. Зокрема, відповідно до арт. 7 постанови ВУЦВК і РНК УСРР від 3 жовтня 1923 р., усі установи Спілки товариств Червоного

Хреста та Червоного Півмісяця УСРР (аптеки, будинки відпочинку, підприємства, санаторії та підприємства) звільнялись від податків та зборів, за умови, що їхні прибутки використовуватимуться для здійснення визначених ВУЦВК завдань. Згідно з доповненням до арт. 7 від 28 квітня 1926 р. [85, ст. 191] установи товариства звільнялись від сплати судового збору, нотаріального та канцелярських зборів. Крім того, для Спілки товариств Червоного Хреста та Червоного Півмісяця СРСР встановлювався розмір внесків на соціальне страхування та орендної плати за ставками, як для державних установ [119, с. 78]. Було започатковано спеціальні податки та збори. Наприклад, протягом 1922–1926 років чинною була постанова НКОЗ УСРР «Про збір із залізничних квитків на користь Червоного Хреста» [80, ст. 737].

У вересні 1928 р. був введений збір за проїзд пароплавами та з пасажирських квитків. 12 вересня 1924 р. ЦВК та РНК СРСР прийняли постанову «Про обкладення відвідувачів прилюдних видовищ та забав на користь товариств Червоного Хреста і Червоного Півмісяця союзних республік» [81, ст. 107], відповідно до якої на користь УТЧХ стягувався збір за відвідування деяких публічних місць. Відповідно до постанови ЦВК та РНК СРСР «Про зміну постанови Центрального виконавчого комітету і Ради народних комісарів Союзу РСР з 12 вересня 1924 р.» від 13 лютого 1929 р. запроваджувалося оподаткування на відвідування більярдних, а ставка збору за проведення естрадних вистав та музичних комедій зросла з 5% до 10%. [76, ст. 116]. Постановою ВУЦВК і РНК УСРР від 17 липня 1929 р. збір, що стягувався з відвідувачів прилюдних видовищ і розваг поширювався на курортні і дачні місцевості [76, ст. 719].

### **Висновки до Розділу 2**

У сфері охорони здоров'я НКОЗ УСРР відігравав роль центрального органу виконавчої влади. Система органів радянської влади у галузі охорони здоров'я будувалася за принципом централізації управління та чіткої ієрархії. Попри ринкові засади нової економічної політики, радянська влада встановлювала державну монополію у сфері охорони здоров'я та здійснювала



одержавлення медичної галузі.

Забезпечення медичною допомогою найманих працівників в УСРР у 20 - ті рр. ХХ ст. здійснювалося через систему соціального страхування, започатковану із проголошенням нової економічної політики. Створення та діяльність підвідділів страхової медицини (робмедів) на місцях позитивно позначилася на якості медичного забезпечення робітників та службовців. Медичне обслуговування означених категорій здійснювалося через самостійну мережу лікарняних та профілактичних установ, що утримувалася за рахунок окремого страхового фонду. Однак постійні суперечки між наркоматами охорони здоров'я та праці за право розпоряджатися страховими коштами та курс більшовиків на збереження єдиної радянської соціалістичної медицини не сприяли самодіяльному розвитку даного інституту. Із згортанням непу та взяттям курсу на модернізацію промисловості, влада зосередила усі важелі контролю за наданням медичної допомоги в руках органів охорони здоров'я, проголосивши про ліквідацію відділів страхової медицини на місцях.

Становлення УТЧХ відбувалося в умовах одночасного функціонування на території України декількох червонохресних організацій. Більшовицька влада шляхом об'єднання російського та українського товариств поставила цю громадську організацію собі на службу. У нормативно-правових актах уряду УСРР, які закріплювали правовий статус УТЧХ, простежувався класовий підхід у визначенні мети діяльності цієї організації. Склад керівних органів та членів УТЧХ формувався також не за професійною ознакою, а за класовою. Існував цілковитий державний контроль за діяльністю червонохресної організації УСРР. Попри ідеологічні нашарування, УТЧХ проводило масштабну роботу з охорони здоров'я населення. Основні напрями діяльності товариства були спрямовані на створення мережі медичних установ, протидію соціальним хворобам, дитячій безпритульності, надання медичної і фармацевтичної допомоги населенню тощо.

## РОЗДІЛ 3

### ПРАВОВІ ОСНОВИ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

#### 3.1 Правове регулювання медичної діяльності

Зі встановленням радянської влади, в умовах громадянської війни та масових епідемій тифу, холери, малярії, перед урядом гостро стояло питання про організацію медичної діяльності в Україні. В державі не вистачало лікарських засобів і препаратів, карет швидкої допомоги, кваліфікованих лікарів та іншого медичного персоналу. Не випадково, перші акти, видані радянською владою у сфері охорони здоров'я, спрямовувалися на націоналізацію лікарень та інших будівель, облік медичного персоналу та забезпечення населення необхідними лікарськими засобами. З-поміж перших актів радянської влади доречно назвати постанову НКОЗ УСРР «Про купівлю та вивіз медичних засобів» від 25 лютого 1919 р., якою заборонялося здійснювати будь-яку закупівлю та вивезення за межі УСРР медикаментів, матеріалу для перев'язок, медичних інструментів, предметів догляду за хворими, дезінфекційних апаратів без дозволу НКОЗ УСРР [168, ст. 168]. Відповідно до декрету РНК УССР «Про націоналізацію Товариства швидкої допомоги при нещасних випадках у м. Київ» від 24 квітня 1919 р. були націоналізовані установи товариства з усім рухомим і нерухомим майном. Відтак, власне товариство переходило у відання НКОЗ УССР як центральна показова станція швидкої медичної допомоги [168, ст. 457].

24 квітня 1919 р. РНК УСРР опублікувала декрет «Про націоналізацію лікувальних закладів і санітарних установ». Ним передбачалася націоналізація всіх лікувально-санітарних і допоміжних установ, зокрема й аптек, які знаходились у власності приватних осіб або організацій. Виконання декрету покладалось на відділи охорони здоров'я губвиконкомів. Відповідно до декрету власники не мали права відчужити ці установи, оскільки за таке діяння наступала кримінальна відповідальність. Вони несли відповідальність також у

разі пошкодження майна до проведення націоналізації. Управляючі, власники були зобов'язані протягом 5 днів передати точний опис майна, що знаходилося на балансі медичної установи чи закладу. Виняток становили заклади, що перебували у розпорядженні Наркому праці, робітничих та страхових організацій [168, ст. 457]. Таким чином, керівництво усією медико-санітарною справою було зосереджене в руках держави, а націоналізовані медичні установи потрапляли до відання НКОЗ УСРР і його органів на місцях.

Радянською владою було націоналізовано всі аптеки, зуболікарські склади, оптичні склади та магазини. Зокрема 21 березня 1920 р. з метою націоналізації аптек НКОЗ УСРР видав положення «Про спосіб пристосування декрету про націоналізацію аптечних закладів» та інструкцію «Про втілення на місцях декрету про націоналізацію аптечних закладів». Відтепер загальне управління та контроль за націоналізованими аптечними установами здійснював НКОЗ УСРР. Безпосереднє управління аптечною справою покладалося на губернські, повітові та міські відділи охорони здоров'я [91, ст. 58]. Кількість аптек щороку зростала, наприклад, якщо в 1925 р. їх було 2209, то в 1928 р. – 3068 (див. Додаток Е).

30 липня 1920 р. уряд видав декрет «Про націоналізацію зуболікарських складів», відповідно до якого всі приватні та громадські зуболікарські склади на території УСРР з усіма запасами та лабораторіями оголошувалися власністю держави і переходили у відання НКОЗ УСРР. Більше того, приватні особи повинні були здати всі запаси зуболікарських предметів, інструментів та інвентар, які були в них понад норми, встановленої НКОЗ УСРР. Заборонялась приватна торгівля зуболікарським інвентарем та інструментами. При цьому всі власники, орендатори, заступники складів повинні були здійснювати догляд майна, а за його пошкодження або втрату несли матеріальну відповідальність і передавались до суду ревтрибуналу [91, ст. 427].

10 серпня 1920 р. РНК УСРР ухвалила декрет «Про націоналізацію оптичних складів і магазинів», відповідно до якого всі склади та магазини з наявними в них товарами підлягали націоналізації та підпадали до відання

НКОЗ УСРР. Власники та орендатори повинні були дбати про збереження майна і вживати заходів для функціонування цих складів і магазинів. Винні в протидії націоналізації та невиконанні означеного декрету підлягали суду ревтрибуналу [91, ст. 453].

24 квітня 1920 р. ВУНСК видала наказ «Про примусове збирання термометрів і шприців на всій території України». Відповідно до наказу, кожний домовий комітет повинен був доставити один справний термометр. Колишні власники аптек і аптечних магазинів – два справних термометри та один справний шприц. Червоноармійці, робітники та медичний персонал звільнялися від такого зобов'язання. Особи, які не надавали термометрів і шприців несли відповідальність у вигляді штрафу в розмірі 50000 крб. або арешту строком 2 місяці [91, ст. 142]. На нашу думку, не дивлячись на такі радикальні кроки, більшовикам вдалося створити певну базу для надання медичної допомоги та подолати епідемії, які вирували в державі.

Турбуючись про доступність медикаментів для населення, 20 липня 1920 р. НКОЗ УСРР прийняв постанову «Про здешевлення та наближення до працюючих мас лікарської допомоги», відповідно до якої вводилась безкоштовна видача ліків за рецептами із аптек та націоналізованих медичних установ. У всіх приватних аптеках УСРР були введені мінімальні розцінки, за якими здійснювався відпуск ліків. Однак, особам, які не були членами профспілки, ліки в приватних аптеках видавалися за ціною, збільшеною у 10 разів [91, ст. 396]. 7 березня 1921 р. уряд своїм декретом відмінив плату на лікарські засоби, які видавалися аптеками за рецептами лікарів [74, ст. 116]. Щоправда, 15 жовтня 1921 р. вона була встановлена на ліки, що виписувалися за рецептами лікарів приватних аптек [74, ст. 580]. Як бачимо, стан медичного забезпечення у радянській державі здійснювався за соціальною ознакою.

27 липня 1921 р. НКОЗ УСРР заборонив платну медичну допомогу, мотивуючи це господарською недоцільністю та шкідливістю з точки зору принципів державної радянської медицини. Фінансування медико-санітарної справи здійснювалося винятково за рахунок державного бюджету. Однак

розглядалась можливість зняття з держави обов'язку постачання продовольства і перекладання його на населення шляхом створення підсобних господарств при медичних закладах, прикріплення лікарень до фабрик і заводів [199, арк. 145].

Зважаючи на нову економічну політику, III Всеукраїнська нарада завідуючих губздороввідділами, яка проходила 2–5 травня 1922 р., прийняла рішення про розмежування галузей охорони здоров'я відповідно до джерел фінансування на чотири категорії: 1) галузі, що фінансуються за рахунок державних коштів (санітарна справа); 2) галузі, що фінансуються за рахунок місцевих коштів (сільська мережа, повітові і губернські соматичні лікарні та дитячі заклади); 3) галузі, що фінансуються за рахунок державних коштів і страхового фонду (мережа, яка обслуговувала застрахованих); 4) галузі, що перебувають на господарському рахунку (лікувальні заклади, санаторії, аптеки, рентгенкабінети й інститути фізичних методів лікування, клінічні лабораторії та інші заклади, призначені для обслуговування нетрудового населення) [195, с. 24–25].

Новелою було те, що держава дозволила медико-санітарним установам мати право самостійних бюджетно-господарських одиниць. Це забезпечувало відносну фінансову самостійність у роботі. Кошториси окремих установ, які перебували на місцевому бюджеті, визначалися відділами охорони здоров'я за участі осіб, котрі їх очолювали та затверджувалися виконкомом. Кошториси медико-санітарних установ, які перебували на державному бюджеті, складав НКОЗ УСРР. Військово-санітарні підвідділи хоча й перебували у складі губернських відділів здоров'я, але утримувалися за рахунок кошторису військово-санітарного відомства. Завідуючі губздоров'я мали право контролювати правильність і доцільність витрачання коштів у всіх медико-санітарних установах губернії [61, арк. 121].

Восени 1922 р. НКОЗ УСРР дозволив укладати платні договори про надання медичної допомоги між сільськими, волосними органами місцевого самоврядування та губздороввідділами в разі скрутного матеріального

становища останніх [231, арк. 25]. Однак, 2 червня 1923 р. НКОЗ УСРР циркулярно нагадав всім губздороввідділам про те, що головний організаційний принцип радянської медицини – це безоплатна медична допомога, тим самим засудив практику місцевих органів охорони здоров'я вимагання з фізичних осіб плати за надання медичних послуг. НКОЗ УСРР наказав зробити всю медицину безоплатною, за винятком лікувальних закладів, переданих в оренду, госпрозрахункових установ та платних аптек [48, арк. 30 зв.–31]. Завідувачів губернських, окружних здороввідділів було попереджено, що в разі надання платних медичних послуг, вони будуть усунені з посад та притягнуті до відповідальності [26, арк. 7].

Однак, вже на початку 1930 р. НКОЗ УСРР направив до всіх окружних здоровінспекцій секретний обіжник, у якому рекомендував органам охорони здоров'я не здійснювати заходи щодо ліквідації приватної медичної практики до отримання розпорядження від НКОЗ УСРР. Такий наказ обґрунтовувався відсутністю необхідного законодавства, яке б урегулювало це питання. Характерно те, що НКОЗ УСРР сповістив про майбутні плани, за якими передбачалося розширення мережі платних медичних установ [27, арк. 47].

Відповідно до постанови «Про розподіл предметів медико-санітарного характеру» від 17 червня 1921 р. НКОЗ УСРР визнавався єдиним органом, що розподіляв хіміко-фармацевтичні препарати, інструментарій, предмети догляду за хворими тощо. Всі ці медикаменти, незалежно від форми власності та форми господарювання виробника, поступали в розпорядження НКОЗ УСРР [74, ст. 316]. Відтак, розподіл медико-санітарних предметів був зосереджений у центральному органі держави з питань охорони здоров'я.

З метою налагодження виробництва медикаментів РНК УСРР прийняла декрет «Про порядок виробництва медикаментів» від 24 липня 1922 р. Відтепер утворення фармацевтичних лабораторій і заводів, виробництво їхньої продукції врегульовувалось спеціальними інструкціями УРНГ, які погоджувалися із НКОЗ УСРР і Уповноваженим Наркомату фінансів. Усі медикаменти, виготовленні кооперативами і фізичними особами, могли поступати у продаж

лише з дотриманням правил торгівлі [80, ст. 490]. При цьому був встановлений суворий контроль з боку НКОЗ УСРР за торгівлею медикаментами [45, арк. 11].

Постановою РНК УСРР «Про виготовлення та поширення готових ліків, що мають умовну назву» від 25 вересня 1924 р. встановлювалося, що виготовлення та розповсюдження ліків (фармацевтичні, органотерапевтичні, бактеріологічні, дезінфекційні, дієтичні) на території УСРР було можливим лише з дозволу НКОЗ УСРР. Перейменовані ліки можна було виготовляти та поширювати, якщо вони відповідали своєму призначенню, мали тривалий строк придатності, а також не мали у своєму складі шкідливих і отруйних речовин. У газеті «Вісті» публікувалося найменування ліків, що були дозволені для продажу та розповсюдження в УСРР, із зазначенням умов їх використання – вільного або за рецептом лікарів. Важливо те, що НКОЗ УСРР затвердив фармакологічні вимоги щодо дози, форми, упаковки лікарських препаратів. За порушення умов виготовлення, збуту ліків, а також їх перепродаж наступала кримінальна відповідальність [92, ст. 250].

За висновками О. Мовчан, загалом забезпечення аптек медикаментами поліпшилося наприкінці 20-х років завдяки відбудові та розвитку хіміко-фармакологічної промисловості. У 1927-1928 рр. радянські підприємства випускали продукцію, яка на 70 % задовольняла потреби у фармацевтичних препаратах, однак загальносоюзні дані не відображали ситуацію, що склалася в Україні. Постачання медикаментів в аптеки здійснювалося з перебоями, оскільки в республіці не існувало відповідного виробництва. В аптеках бракувало таких простих ліків, як камфорна і рицинова олія, бертолетова сіль, борна кислота, йодоформ [133, с. 148–149].

25 травня 1925 р. НКОЗ УСРР розіслав всім губернським і окружним інспектурам охорони здоров'я циркуляр, в якому наголошував на необхідності отримання дозволу НКОЗ УСРР для виробництва та продажу готових лікарських засобів. У циркулярі встановлювалися вимоги щодо упаковки ліків, які відпускалися. Так вона повинна була містити назву лікарського засобу та його хімічний склад, що викладалися російською або українською мовами.

Лише в крайніх випадках на упаковці можна було розміщати дані щодо медичного застосування та терапевтичного ефекту ліків. Всі лікарські засоби, які продавалися з порушенням вилучалися з обігу після 2-х місяців з дня прийняття циркуляру [53, арк. 109].

Щоправда, інколи якість ліків вимагала кращого. Так, за наслідками перевірки аптечних закладів, у міських аптеках Уманської округи відпускалося 42,8% якісних ліків, а в сільських – лише 7,8%. Більшість із них не відповідали стандартам не тільки за якісними показниками, але за нормами розфасовки: на етикетках фармацевтичних препаратів нерозбірливо вказувалися рецепт та дозування прийому, розчини розливалися у погано вимитий посуд, а порошки відвантажувалися з відхиленням від норми до 50% [254, арк. 201].

Для забезпечення надання населенню медичної допомоги необхідно було здійснити підготовку лікарів та іншого медичного персоналу. Першочергово, слід було здійснити його облік, тому 21 квітня 1920 р. НКОЗ УСРР прийняв статут «Про підрахунок медперсоналу губернськими і повітовими відділами охорони здоров'я». На відділи охорони здоров'я, під особисту відповідальність їх керівників, покладалася обов'язок зареєструвати всіх медичних працівників, зокрема й тих, які вільно займалися медичною практикою. Внутрішнє переміщення медичних працівників також здійснювалося під контролем відповідних відділів. У цьому їм допомагали органи міліції, які повідомляли відділи охорони здоров'я про прописку медперсоналу. Медичних працівників спонукало до проходження обов'язкової державної реєстрації й те, що відпуск медикаментів з аптек здійснювався лише за рецептами лікарів, зареєстрованих в здоров'я відділах. На кожного медичного працівника формувалася реєстраційна картка, в яку вносились дані про спеціальність, стаж роботи, ім'я, дату народження, національну приналежність, освіту, посаду, рід занять, відомості про науковий ступінь, відношення до військового обов'язку, перенесені інфекційні захворювання, родинний стан, адресу, місце проживання, дату та причину смерті особи [91, ст. 128].

Дефіцит медичного персоналу спричинив вжиття НКОЗ УСРР заходів,



спрямованих на його мобілізацію та підготовку. Зокрема 6 квітня 1920 р. уряд видав декрет «Про мобілізацію слухачів вищих медичних навчальних закладів». Усі слухачі приватних і державних вищих медичних навчальних закладів були мобілізовані та утримувалися за державний кошт. Їм заборонялося займати інші посади, крім як в медичній сфері, а також самовільно залишати навчання у період дії декрету. Слухачі всіх вищих медичних установ підлягали реєстрації, яку здійснював Народний комісаріат освіти УСРР. За погодженням з ним НКОЗ УСРР міг залучити, у випадку негайної потреби, слухачів вищих медичних установ до протидії епідеміям [91, ст. 261].

5 червня 1920 р. РНК УСРР ввела в дію постанову Ради праці і оборони «Про прискорений випуск медичних лікарів», відповідно до якої заняття на останньому курсі медичних факультетів усіх державних навчальних закладів проводились протягом весни та літа з метою проведення випуску 1-го січня 1921 року. Ці студенти підлягали мобілізації у порядку трудової повинності, зобов'язані були працювати без прогулів, за ними встановлювався пильний контроль. Студенти приватних навчальних закладів також мали право на скорочений термін навчання, підпадаючи при цьому під трудову повинність. Всі студенти відкомандировувалися із установ, підприємств, Червоної армії та зобов'язувалися прибути в двотижневий термін до університетів [242, арк. 14]. Роботодавцям заборонялось затримувати мобілізованих студентів, які прирівнювалися до курсантів військово-навчальних установ та передавалися у повне розпорядження НКОЗ УСРР. Студенти, що були звільнені з навчальних закладів через неуспішність або недотримання трудової дисципліни, використовувалися як допоміжний медичний персонал [74, ст. 230]. Учні та медичний персонал медичних шкіл було мілітаризовано. Їм передбачалося посилене державне утримання та заборонялось самовільно залишати медичні школи, займати будь-які інші посади на державній чи приватній службі [74, ст. 35].

На підготовку зубних техніків, систематизацію відомостей про їх кваліфікацію спрямовувалася постанова НКОЗ УСРР «Про зубних техніків» від

20 липня 1920 р. Відтепер усі зубні техніки повинні були скласти спеціальний іспит в комісії при губздороввідділі, не залежно від наявності свідоцтв, які вони отримали до цього часу. До іспиту допускались особи не молодше 17 років. Діяльність зубних техніків тепер унормовувалася, їм дозволялося виконувати лише ту працю, яка доручалась зубними лікарями за готовими вилітками чи моделями. Водночас їм заборонялось лікувати хвороби порожнини рота та виготовляти зубні протези. Для контролю за діяльністю зубних техніків їх було зобов'язано реєструвати усі виконані роботи та вказувати прізвище зубного лікаря, який передавав технікові замовлення [91, ст. 395].

На розвиток цієї постанови Наркомат праці та НКОЗ УСРР 12 лютого 1927 р. прийняли інструкцію «Про правила, що регулюють професійну роботу зубних техніків». Відповідно до інструкції, працевлаштуватися зубним техніком могли особи, які мали свідоцтво про закінчення зубних технічних шкіл, курсів або інших рівнозначних їм навчальних закладів, або свідоцтва колишніх ремісничих управ. Особи, в яких не було таких документів, за умови достатнього практичного стажу роботи на посаді зубних техніків, повинні були скласти екзамен у спеціальних комісіях при окрінспектурах народної освіти. Нові правила зобов'язали зубних техніків реєструватися в окрінспектурах охорони здоров'я та перебувати в них на обліку на загальних підставах з іншим медичним персоналом. Також було врегульовано порядок виконання зуботехнічної роботи з вироблення зубних протезів за дорученням лікарів одонтологів, зубних лікарів, або медичних лікарів, які займалися лікуванням зубів [86, ст. 89].

Через дорожнечу на зубопротезні матеріали встановлення штучних зубів відбувалося в державних зуботехнічних лабораторіях лише за рішенням відповідної комісії та в крайній необхідності. Безоплатна зуботехнічна та зуболікувальна допомога надавалася винятково членам профкомів, службовцям радянських установ, які мали посвідчення заводського комітету та військовослужбовцям [86, ст. 89].

6 червня 1923 р. НКОЗ УСРР спільно з Південбюро і Медикосанпрацею

прийняли постанову, спрямовану на покращення роботи аптечних управлінь і підвищення кваліфікації фармацевтів. Держава встановила вимоги до посади фармацевта – це наявність фармацевтичної освіти або хіміко-фармацевтичної вищої освіти, або звання магістра фармації, провізора, чи помічника аптекаря. Крім того, був ліквідований інститут аптечних учнів. Особи, які виконували фармацевтичні обов'язки в аптеках як аптечні учні, а також ті, що мали звання «червоних асистентів» були замінені кваліфікованими фармацевтами. Відтепер вони не допускалися до виконання кваліфікованої роботи та отримували право на пільги при вступі в технікуми і хіміко-фармацевтичні інститути для здобуття відповідної освіти [48, арк. 16]. Так на початку 1928 р. НКОЗ УСРР розіслав до всіх окружних інспектур охорони здоров'я обіжник, в якому зазначалося, що всіх учнів, які не були перекваліфіковані до цього часу та не вступили до Київських курсів, слід було направляти на навчання до початку 1928–1929 навчального року. Після цього строку особи, які не вступали до фармацевтичних навчальних закладів підлягали обов'язковій заміні на кваліфікований фармперсонал і переводилися на посади, які не вимагали спеціальної освіти [39, арк. 6].

Праця медичних сестер унормовувалася шляхом видання положення «Про сестер диспансеру, сестер соціальної допомоги», затвердженого наказом НКОЗ УСРР від 23 січня 1924 р. Медичні сестри знаходилися під керівництвом лікарів диспансеру, безпосередньо виконували їхні завдання та звітували перед ними. Вони несли відповідальність за якість роботи на дільницях диспансеру, закріплених персонально за медичними сестрами. До їхніх повноважень належало ведення статистики захворювань, вивчення соціальних умов проживання хворих і їх сімей, виявлення хворих на туберкульоз, здійснення медичного догляду за хворими, які лікувалися вдома. За дорученням хворих, з метою покращення їх побуту, сестри взаємодіяли з страховими касами, органами охорони праці, житловими відділами, управліннями будинків та іншими організаціями [52, арк. 11].

Важливе значення для врегулювання праці медичного персоналу мали

«Правила, які регулюють професійну роботу медперсоналу», прийняті урядом 17 квітня 1924 р. Правилами закріплювався перелік кваліфікацій працівників медичної галузі, до якого належали лікарі, стоматологи, лікарі одонтологи, акушери, помічники лікарів, фармацевти, сестри та медичні брати, масажисти. Зокрема кваліфікацію лікаря отримували особи, які закінчили медінститути та медфакультети, інші вищі медичні школи колишньої Російської імперії, Республік СРСР і мали свідоцтво лікаря в установленому порядку; лікарі, які закінчили іноземні університети та отримали диплом доктора медицини та мали дозвіл на працю НКОЗ УСРР. Щоправда, 16 липня 1925 р. вимоги до випускників іноземних навчальних закладів змінились, замість дозволу на працю їм необхідно було скласти екзамен у вищому медичному навчальному закладі СРСР [82, ст. 333]. Важливо те, що держава унормувала професійні права лікарів. Зокрема регламентувалось, що лікарі мали право здійснювати операційні втручання та гіпноз, застосовувати загальний наркоз і часткову анестезію, вакцину та сироватку, хіміко-фармацевтичні препарати, схвалені медичною наукою та легалізовані НКОЗ УСРР для практичного застосування. Застосовувати гіпноз з лікувальною і науковою метою дозволялося лише лікарям винятково у відповідних лікарнях, а одноосібним лікарям – лише з дозволу губздоров'я. Хірургічні операції та наркоз дозволялося застосовувати лише за згодою хворих, а щодо малолітніх, психічнохворих або непритомних осіб – за згодою найближчих родичів або опікунів. За потреби невідкладного оперативного втручання лікар мав право його здійснювати, отримавши консультацію та згоду у лікаря-колеги. В іншому випадку за наслідки оперативного втручання відповідальність покладалася на лікаря. Про кожний випадок оперативного втручання лікар зобов'язаний був у 24-х годинний термін повідомити відділ охорони здоров'я [92, ст. 94].

Кваліфікація зубного лікаря присвоювалася лікарям-одонтологам, які закінчили одонтологічні факультети медичних інститутів і здобули одонтологічну спеціальність; зубним лікарям, які закінчили зуболікарські школи та отримали свідоцтво про відповідну кваліфікацію медичного

факультету; випускникам іноземних зуболікарських шкіл, які склали екзамени у вищому медичному навчальному закладі СРСР; дантистам, які отримали свідоцтво медичного факультету про кваліфікацію дантиста, а також тим, які мали практичний стаж роботи за спеціальністю, підтверджений посвідченням губздоров'я [92, ст. 154].

Кваліфікацію фармацевта отримували особи, які мали посвідчення про закінчення хіміко-фармацевтичних курсів, фармацевтичних технікумів і дворічних фармацевтичних шкіл; аптекарські учні, які мали 3-х річний стаж роботи і закінчили 6-ти місячні курси; особи, які мали свідоцтво магістра фармації, провізора та аптекарського помічника, видане медичним факультетом одного з університетів або іншими відповідними вищими навчальними закладами колишньої Російської імперії або СРСР; особи з іноземною фармацевтичною освітою, що мали відповідне посвідчення та склали встановлений іспит при фармацевтичних навчальних закладах [92, ст. 94].

Кваліфікацію лікарського помічника (лікпома) отримували особи, які склали спеціальний іспит при фельдшерській школі або при колишньому лікарському відділенні губернського правління, що підтверджувало відповідне свідоцтво. Лікарські помічники (лікпоми) мали право у разі відсутності лікарів або фармацевтів у певній місцевості надавати медичні та фармацевтичні послуги в межах, визначених НКОЗ, з дозволу здороввідділу. За таких обставин вони завідували амбулаторними медичними пунктами, виписували в аптеках необхідні для пацієнтів ліки або виготовляли їх в лікарнях, виконували найпростіші операції, видавали за своїм підписом посвідчення про власноручно зроблені щеплення та вакцинацію, про хворобу і смерть пацієнтів тощо.

Працювати на посаді медсестри (медбрата) мали право особи, які закінчили школу за програмою, затвердженою Головпрофосвітою, склали екзамен і отримали відповідне свідоцтво. Таке право надавалося також випускникам 6-ти місячних курсів, які мали річний стаж роботи, склали екзамен і отримали відповідне свідоцтво.

Посаду акушерки (баби-повитухи 1 і 2 розряду), фельдшерки-акушерки

мали право обіймати особи, які отримали свідоцтво про закінчення акушерської школи. Основною їхньою функцією було надання допомоги при пологах. У разі зтяжних або ускладнених пологів акушерки повинні були запросити лікаря або направити породіллю до лікарні. Акушерки були уповноважені виписувати хворим ліки відповідно до спеціального списку, затвердженого НКОЗ УСРР.

Кваліфікація масажиста присвоювалась особам, які мали свідоцтво про закінчення курсів або масажної школи [92, ст. 94].

Правилами встановлювався порядок реалізації права на працю медичними працівниками, а саме – вони повинні були повідомити відділ охорони здоров'я за місцем проживання про намір працювати у медичній сфері, подати документальне підтвердження своєї кваліфікації та отримати з губернського або окружного відділу охорони здоров'я посвідчення про реєстрацію медичного працівника. Вбачається, що держава затвердила перелік підтверджуючих документів і відомостей, що засвідчували кваліфікацію медичного персоналу. До них відносилися дипломи та свідоцтва, видані медичними закладами, їхні копії, або наявність відомостей про медпрацівника в Російському медичному списку, що видавало управління головного лікарського інспектора до 1916 р. Якщо ж працівник не мав жодного із зазначених документів, відділ охорони здоров'я призначав медпрацівникові строк для подачі беззаперечних документів, у разі неподання документів у строк – справа щодо медичної кваліфікації лікарів і стоматологів передавалась на вирішення НКОЗ УСРР.

Стосовно решти медичних працівників – справу вирішували губернські відділи охорони здоров'я шляхом прийняття екзамену. Держава посилила перевірку кваліфікації медичних працівників усіх рівнів шляхом перевірки практичних навичок. Скажімо, було визначено порядок зайняття медпрацівниками посад у випадку їх перерви у роботі за відповідною кваліфікацією, тривалістю п'ять і більше років. У цьому разі губернські відділи охорони здоров'я організовували особам прийняття практичного екзамену. Перевірка практичних навичок шляхом складання екзамену була обов'язковою

і для випускників вищих навчальних закладів та медичних і фармацевтичних шкіл. Якщо ж органи охорони здоров'я сумнівались в достовірності поданих документів чи доказів щодо них, то справа передавалася прокурорській перевірці, а особа не допускалася до роботи до винесення судового рішення у даній справі.

Правилами встановлювалися основні обов'язки медичних працівників. Так кожен практикуючий медпрацівник був зобов'язаний з'явитись на виклик для надання медичної допомоги хворому, який постраждав внаслідок нещасного випадку (отруєння, поранення, задушення, кровотечі тощо) [92, ст. 94]. У разі ненадання медичної допомоги без поважних причин у таких випадках, відповідно до ст. 160 Кримінального кодексу УСРР, до лікаря застосовувалося покарання у виді примусових робіт до 6 місяців чи штрафу до 500 крб. У разі настання тяжких наслідків строк примусових робіт та розмір штрафу зростали вдвічі. Лікарі несли найчастіше кримінальну відповідальність у разі так званих «лікарських помилок», допущених при встановленні діагнозу, лікуванні, хірургічному втручанні, інших неблагополучних результатах лікування. У разі винних дій лікаря застосовувалися ст. 144 (вбивство з необережності) або ст. 151 (тілесне ушкодження з необережності) Кримінального кодексу УСРР [78, с. 119–120].

Про нещасні випадки гострого інфекційного захворювання, поранення, отруєння, вбивства, або самогубства, що траплялись у практиці, медичні працівники повинні були повідомити відділ охорони здоров'я в 24 годинний термін з моменту їх виявлення.

Кожен приватно-практикуючий медпрацівник був зобов'язаний вести облік пацієнтів у спеціальних книгах, які брошурувались відділом охорони здоров'я. Зокрема у них зазначали ім'я та адресу пацієнта, діагноз хвороби, лікування та суму отриманого гонорару. Ці книги надавались на перевірку відділам охорони здоров'я, судам і податковим органам [92, ст. 94].

Радянська влада заохочувала лікарів до роботи в медичній галузі шляхом надання їм продовольчого, житлового та промислового забезпечення, яке

передбачалось постановою ради робітничо-селянської оборони РСФРР «Про поліпшення становища працівників лікарсько-санітарної справи» від 10 червня 1920 р. Наприклад, медично-санітарний персонал, який працював з хворими на висипний тиф у прифронтовій зоні отримував пайки за нормою фронтових червоноармійців, а поза фронтовою смугою – за нормою тилових червоноармійців. Весь інший медичний і допоміжний персонал переводився у першу продовольчу категорію. Наркомкомпраці було наказано здійснювати заходи з поліпшення житлових умов медично-санітарного персоналу, а саме переселяти робітників з антисанітарних помешкань. Крім того, лікарсько-санітарні установи користувались першочерговим правом отримання робочого одягу від заготівельних органів. Медперсонал, який відряджався на боротьбу з епідеміями, забезпечували необхідним одягом і взуттям [91, ст. 260].

Слід наголосити, що проведені державою заходи, спрямовані на підготовку лікарів та їх матеріальне і соціальне забезпечення, дали певні результати (див. Додаток Ж).

Постановою РНК УСРР «Про постачання палива для лікарських установ» від 1 червня 1920 р. губернські та районні паливні організації зобов'язані були через відділи охорони здоров'я вчасно постачати паливо до лікарських установ. Однак, це не звільняло НКОЗ УСРР та губздороввідділи від самостійного забезпечення паливом, кількість якого визначалось кошторисами. З цією метою їм надавались лісні площі для вивезення деревини [91, ст. 315]. Однак, на практиці, паливо, передбачене для лікувальних закладів, іноді потрапляло під реквізицію та конфіскацію. У зв'язку з цим 30 листопада 1920 р. РНК УСРР заборонила конфіскацію та реквізицію палива для усіх державних медичних установ [91, ст. 558]. Більше того, постановою РНК УСРС «Про господарсько-технічне обслуговування лікувальних закладів при фабрично-заводських підприємствах» від 2 березня 1921 р. управління фабрик, заводів і підприємств було зобов'язано надавати фінансову та матеріальну підтримку медичним установам [128, с. 254].

З метою організації харчування хворих та забезпечення лікарень



відповідними продуктами 22 червня 1920 р. РНК прийняла постанову «Про розподіл дієтичних продуктів». Видача дієтпродуктів (свіже і консервоване молоко, яйця, коров'яче масло, борошно пшеничне першого сорту, манна крупа, какао, макарони, варення, борошно картопляне, рис, сушені фрукти, шоколад, кава, мед, повидло) лазаретам, лікарням, дітям і хворим, які лікувались вдома, здійснювалася лише через органи Наркомпроду. Зазначені продукти, першочергово, видавались шпиталям і дітям, а потім лікарням. Контроль за дотриманням цієї постанови та притягнення винних до відповідальності покладались на Народний комісаріат робітничо-селянської інспекції та Цупнадзвичком [91, ст. 317].

На організацію харчування державних лікарень спрямовувалась також постанова РНК УСРР «Про державне постачання харчами та предметами споживання» від 3 січня 1922 р. Відповідно до цієї постанови особи, які знаходились на лікуванні в державних лікарських установах, а також ті, які перебували в державних будинках відпочинку, отримували безкоштовно продукти харчування [80, ст. 4].

Наприкінці 20-х років ХХ ст. центрами лікувально-профілактичної, санітарно-культурної та оздоровчої роботи стали районні лікарські дільниці (лікарні), які збігалися з адміністративним центром району. За даними І. Хороша, районний центр включав такі заклади: поліклініку спрощеного типу; лікарню з диференційованими (профільними) ліжками; туберкульозні та венерологічні диспансери спрощеного типу або пункти; консультацію (лікар, сестра і санітарка); санітарну організацію у складі санітарного лікаря, лабораторії з лаборантом, дезкамери з дезинфектором і віспощепія. Периферія складалася з лікарських дільниць, фельдшерських і акушерських пунктів, підпорядкованих районному центру [195, с. 60].

Була проведена значна робота із забезпечення функціонування лікарських дільниць. Скажімо, якщо станом на 1921 р. в Україні функціонувало 1187 лікарських дільниць, то у 1929 р. їх вже було 1826 [195, с. 48] (див. Додаток І). Для належної організації їх роботи 10 березня 1925 р. НКОЗ УСРР прийняв

положення «Про права, обов'язки завідувача міською, сільською дільничною лікувальною установою». Відповідно до положення, завідувач медико-санітарною установою був безпосереднім керівником установи як в медико-санітарному, так і в адміністративно-господарському відношенні та ніс персональну відповідальність за правильну її організацію і діяльність перед відповідними органами охорони здоров'я. Завідувач здійснював контроль за організацією лікувальної та профілактичної справи, раціональним використанням ліжок, веденням історії хвороби, використанням медикаментів, прийомом і випискою хворих. Він ніс відповідальність за організацію санітарної просвіти в медичній установі та повинен був сприяти підвищенню кваліфікації медпрацівників. У фінансово-господарській сфері завідувач зобов'язаний був розробляти кошторис установи; використовувати асигновані суми в межах затвердженого кошторису; піклуватися про своєчасне постачання продуктами харчування, паливом, медикаментами, навчальними посібниками та іншим інвентарем; здійснювати нагляд за збереженням будівель установи і проведення необхідних ремонтів. Про свою роботу завідувач звітував у встановлені строки перед вищими інстанціями у сфері охорони здоров'я [34, арк. 323 зв.].

Перед радянською владою гостро стояло питання щодо забезпечення медичною допомогою населення сільської місцевості. На його вирішення спрямовувалась постанова РНК УСРР «Про заходи до укомплектування лікарським персоналом сільських медично-санітарних установ» від 19 травня 1925 р., яка передбачала низку заходів для мотивації зайняття посади сільського лікаря. Окружні та районні виконавчі комітети були зобов'язані забезпечити лікарів сільських медико-санітарних установ безкоштовними квартирами за кошти місцевого бюджету. Для вирішення цього завдання вони отримали право виселяти з помешкань медико-санітарних установ усіх осіб, звільнених зі служби в них. Лікарям, які направлялися НКОЗ УСРР на роботу в села, окружні та районні виконкоми компенсували витрати на проїзд, виплачували «підйомні та добові» з бюджетних коштів на 1924/25 рік.

Тим особам, які пропрацювали 3 роки в селі, надавалось переважне право обіймати вакантні посади лікарів у містах. Дітей сільських лікарів забезпечували місцями в школах Наркомату освіти. Кожні два роки лікарям надавалось відрядження до спеціальних медико-санітарних установ НКОЗ УСРР для підвищення кваліфікації із збереженням заробітної плати строком на 1,5 місяці. Характерно, що підвищення кваліфікації лікарів відбувалось за їх письмового зобов'язання відпрацювати на державній лікарській службі, з розрахунку 1,5 місяця служби за місяць навчання, але не менш ніж рік. Обов'язок відпрацювати на державній лікарській службі, з розрахунку місяць служби за місяць ординатури, мали також і ординатори клінік (наукових співробітників) [92, ст. 212].

16 вересня 1924 р. РНК УСРР постановила, що лікарі, які перебували на державному утриманні під час підвищення кваліфікації в інтернатурі або на медично-санітарних курсах, притягувались до обов'язкової служби на лікарських посадах, з розрахунку 1,5 роки служби за кожен рік навчання. Органи НКОЗ УСРР самостійно визначали місце і посаду перебування на обов'язковій службі [92, ст. 239].

Безробітних лікарів міст Харкова, Києва, Одеси та Катеринослава, які відмовлялись від роботи в селах без поважної причини, виключали з обліку органів НКОЗ УСРР на рік. До таких осіб застосовувалась кримінальна відповідальність згідно з ст. 126 Кримінального Кодексу УСРР [92, ст. 212].

Згодом обов'язок 3-х річної лікарняної служби було поширено постановою НКОЗ УСРР «Про асигнування та утримання лікарів» від 21 вересня 1929 р. на всіх випускників вищих медичних закладів. Постанова мала на меті розрядити велику концентрацію лікарів в Харківській, Київській і Одеській областях та забезпечити медичною допомогою сільські господарства колективної форми власності [29, арк. 35].

2 грудня 1925 р. РНК УСРР видала декрет «Про забезпечення сільських місцевостей медичною допомогою і про поліпшення матеріально-побутового стану дільничного медичного персоналу». Цей документ значною мірою сприяв

зміцненню дільничної служби на селі [105, с. 166–167]. На поліпшення забезпечення медичним персоналом сільської місцевості спрямовувалася також постанова РНК «Про заходи укомплектування лікарським персоналом сільських медико-санітарних установ» від 19 травня 1925 р. [82, ст. 212].

З метою облаштування сільських дільниць 7 жовтня 1926 р. РНК УСРР затвердила і ввела штати сільських установ НКОЗ УСРР, а саме: 1) амбулаторія спрощеного типу – 9 осіб, у тому числі два лікарі, один зубний лікар та акушерка; 2) лікарні – до 15 ліжок – 11 осіб з одним лікарем; від 15 до 25 ліжок – 14 осіб з двома лікарями; від 25 до 35 ліжок – 20 осіб з двома лікарями [195, с. 43].

Попри існування загальних актів, які регулювали роботу медичних працівників, враховуючи специфіку сільської місцевості, НКОЗ УСРР у 1928 р. прийняв інструкцію про права і обов'язки сільського медичного персоналу. Увесь медперсонал районних і сільських установ затверджувався райвиконкомом за погодженням із окружною інспектурою охорони здоров'я. Сільські лікарі, порівняно із міськими, мали ширше коло обов'язків. Наприклад, вони повинні були ще й вести нагляд за поширенням епідемічних захворювань і протидіяти їм, а також доповідати про їх стан у райвиконком, райсанлікарю та окрздраву; організовувати та проводити загальнозміцнюючі заходи та оздоровлення дитячого населення; видавати свідоцтв про хворобу, стан здоров'я, народження та смерті тощо [137, с. 69–70].

Не дивлячись на проведену відповідну роботу радянськими органами влади в галузі охорони здоров'я, низка питань все ще не була вирішена. НКОЗ УСРР вказував на головні недоліки у наданні медичної допомоги – її недостатність, дефіцит кваліфікованих медиків, великий радіус обслуговування, а також неналежне ставлення медперсоналу до хворих. В обіжнику наголошувалося, що деякі лікарі не мали уявлення про обов'язки, які на них покладало службове становище. Крім того, НКОЗ УСРР критикував лікарів за зверхнє ставлення до пацієнтів і давав рекомендації з метою поліпшення ситуації [28, арк. 74].

17 квітня 1924 р. ВУЦВК прийняв постанову «Про стан медично-санітарної справи», в якій комплексно було проаналізовано організацію медичної допомоги населенню та санітарної справи в республіці. Було відмічено досягнення та недоліки охорони здоров'я у всіх напрямках: медико-санітарного забезпечення сільського, міського населення, охорони здоров'я матері та дитини, санітарно-просвітницької роботи, протидії епідеміям тощо [92, ст. 186].

Водночас ЦК ВКП(б) вважав, що робота НКОЗ СРСР потребує докорінної перебудови, оскільки цей орган не забезпечує втілення в життя директив партії. Вказувалось, що справа охорони здоров'я відстає від розвитку народного господарства, а тому не задовольняє потреб робітничого класу, селянства. З метою удосконалення системи охорони здоров'я в означеному напрямі 18 грудня 1929 р. ЦК ВКП(б) прийняв постанову «Про медичне обслуговування робітників та селян». Відповідно до постанови, НКОЗ союзних республік повинні були ґрунтовно перебудувати всю практичну роботу в галузі охорони здоров'я, чіткіше реалізувати в ній пролетарську лінію, покращити лікувальну та профілактичну допомогу в промислових центрах, виділивши в окрему групу індустріальні райони (гірничі, металургійна промисловість тощо). Необхідно було в п'ятирічному плані окремо передбачити медичне обслуговування застрахованих. Передбачалось удосконалити діяльність лікарняно-санітарних установ, які забезпечують потреби робітників (організація вечірніх приймань, поширення пунктів першої допомоги, ліквідація черг у лікувальних установах, пристосування та організація ясел тощо). Враховуючи нестачу медичної допомоги в селах, ЦК ВКП(б) пропонувало НКОЗ УСРР підготувати план розширення сільської лікувальної мережі, змінити кадрову політику, взявши рішучий курс на збільшення робітників і селян в апараті, підвищити трудову дисципліну серед медико-санітарних працівників. РНК союзних республік було доручено удосконалити забезпечення медико-санітарних установ фінансовими та матеріальними ресурсами [144, с. 5–6]. Також ЦК ВКП(б) критикував низьку активність

громадян у справі охорони здоров'я, а тому наголошував на потребі активізації професійних і страхових організацій у сфері організації охорони здоров'я [27, арк. 37].

### **3.2 Правові засади санаторно-курортної справи**

Законодавче регулювання санаторно-курортної справи в радянській державі було започатковане декретом РНК РСФРР від 6 квітня 1919 р. Нормативний акт передбачав націоналізацію всіх лікувальних місцевостей і курортів [7, с. 39].

На той час в Україні функціонували курорти, які мали різні лікувальні та природні властивості. Наприклад, такі Одеські курорти, як Куяльницький, Хаджібей і Холодна Балка, а також курорти тодішньої Харсонської губернії – Слав'янськ, Бердянськ, Гопри – вважалися грязевими. Натомість Аркадія, Люстдорф – належали до групи кліматичних, а Миргород та Куяльницький мали статус курорту з мінеральними водами [149, с. 3, 13]. Зачасти в таких лікувальних закладах застосовували також спеціальне електро-, світло-, чи рентгенолікування. Курорти могли мати статус загальнодержавних чи місцевих.

Для ефективного управління курортними установами було створено Головне курортне управління, а в межах УСРР – Українське курортне управління [209, арк. 13]. 3 червня 1920 р. РНК УСРР прийняла декрет «Про лікувальні місцевості, які мають Всеукраїнське значення», відповідно до якого курорти підпорядковувалося безпосередньо НКОЗ УСРР [91, ст. 279]. 21 вересня 1921 р. декрет був доповнений постановою ВУЦВК «Про управління лікувальними місцевостями загальнодержавного значення». Відповідно до постанови управління курортами загальнодержавного значення, перелік яких встановлювався за погодження між НКОЗ УСРР і НКОЗ РСФСР, здійснювало НКОЗ УСРР через його місцеві органи. Всі лікувальні установи (санаторії, грязі, води, електролікувальні тощо), мінеральні джерела, соляні та

грязьові озера, пляжі, лимани, парки, а також всі житлові та господарські споруди з тваринами та рухомими майном, які обслуговували потреби установ, знаходились у віданні курортного управління [203, арк. 33]. Курортні управи, що знаходились під керівництвом НКОЗ УСРР, узгоджували свою діяльність з місцевими губернськими органами влади. Управління лісами, пасовищами, орними землями, сінокосами, виноградниками, які використовувались для потреб курортів, знаходилося у віданні НКОЗ УСРР на основі угод з Наркомземом. Надання курорту статусу загальнодержавного здійснювалось за погодженням між Урядами УСРР і РСФСР [74, ст. 539].

Однак, вже 28 березня 1922 р. ВУЦВК прийняв постанову «Про положення в справі курортів загальнодержавного значення та місцевого значення, що знаходяться на терені УСРР», відповідно до якої всі курорти УСРР, які були оголошені цілющими місцевостями та мали загальнодержавне значення (Одеса, Слов'янськ, Бердянськ), переходили до відання НКОЗ РСФРР. Наркомпрод УСРР повинен був забезпечувати курорти харчами, інше продовольство забезпечувалося НКОЗ РСФРР та НКОЗ УСРР через відповідні органи. Управління курортами здійснював уповноважений, якого призначав НКОЗ УСРР. Посаду завідувача відділу цілющих місцевостей займав головний уповноважений НКОЗ РСФРР. Розподіл місць на курортах загальнодержавного значення встановлювався відділом цілющих місцевостей НКОЗ РСФРР за погодженням з НКОЗ УСРР. Відбір, реєстрацію та перевезення хворих здійснював НКОЗ УСРР згідно з планом НКОЗ РСФРР. Курорти місцевого значення могли набувати статусу загальнодержавного лише за рішенням НКОЗ РСФРР, яке погоджувалося з НКОЗ УСРР [80, ст. 239]. Таким чином, відбувалася централізація управління санаторно-курортною справою та підпорядкування курортів загальнодержавного значення союзному наркомату охорони здоров'я.

2 серпня 1927 р. НКОЗ УСРР прийняв положення «Про порядок визнання лікувального значення за місцевостями з природними цілющими властивостями та про порядок оголошення їх курортами, та їх управління». Відповідно до

положення місцевостями з природними цілющими властивостями визнавалися місця з аренами мінеральних, радіоактивних і термальних вод, солоними водами та грязями, морськими і озерними купаннями, наявністю сприятливих для людського організму кліматичних умов та можливостями широкого пристосування кумису у відповідних кліматичних умовах. Щоб визнати місцевість з цілющими властивостями лікувального значення, відповідні окружні інспектури охорони здоров'я за згодою окрвиконкомів повинні були подати НКОЗ УСРР точний план місцевості з природними цілющими властивостями; гідрогеологічний, бальнеологічний, кліматичний і санітарний опис місцевості; аналіз джерельних вод, озер і грязей; заповнення спеціальної анкети НКОЗ УСРР. Для надання статусу курорту місцевого значення, відповідні окружні інспектури охорони здоров'я за ухвалою окрвиконкомів повинні були подати до НКОЗ УСРР точний план усіх будівель та споруд; заплановані гідрогеологічні роботи; плани з обладнання, розвитку та експлуатації курорту, а також передбачені кошториси [38, арк. 165].

Турбота про збереження здоров'я робітників була однією із соціальних обіцянок, задекларованих більшовиками одразу після приходу до влади. Піддаючи нещадній критиці антисанітарні та важкі умови праці найманих працівників у капіталістичних державах, влада обґрунтовувала тезу про незацікавленість роботодавців в організації і проведенні профілактичних та оздоровчих заходів. Натомість висловлювалася думка, що радянська влада гарантує не лише безоплатне, ефективне та своєчасне лікування робітників, але й проведення профілактичних заходів із запобігання таких поширених хвороб як сифіліс, туберкульоз, алкоголізм тощо [131, с. 4].

Виконуючи вказівки центральної влади, РНК УСРР постановою «Про будинки відпочинку для робітників» від 19 квітня 1921 р. рекомендував виконкомам передати губпрофрадам найкращі будинки та дачні ділянки, а також все необхідне для організації відпочинку робітників. Наркомпроду УСРР було доручено розробити для будинків відпочинку спеціальні норми харчування. Кошти на обладнання та утримання будинків відпочинку



робітників надавались губпрофрадами відповідно до кошторисів місцевих відділів праці [74, ст. 197]. Згодом РНК УСРР постановою «Про покращення побуту робітників» від 3 липня 1921 р. дозволив губвиконкомам, у випадку «неможливості отримання інвентарю для будинків відпочинку із звичайних джерел», брати меблі та посуд у місцевого населення [74, ст. 363].

Станом на 1 жовтня 1923 р. будинки відпочинку, організовані, як правило, у колишніх поміщицьких маєтках, вже функціонували в більшості українських губерніях. Найбільшою установою такого типу вважався перший Всеукраїнський будинок відпочинку імені Артема, створений на території колишнього Святогорського монастиря. Установа мала сім корпусів, де одночасно могли оздоровитися 1100 осіб [227, арк. 301].

Для забезпечення санаторно-курортним і профілактичним лікуванням червоноармійців 16 квітня 1921 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про шпиталі-санаторії і будинки відпочинку для червоноармійців». Уряд доручив управлінню санітарної частини всіх Збройних Сил України негайно створити мережу шпиталів-санаторіїв і будинків відпочинку для їх оздоровлення. Створення мережі було узгоджене з НКОЗ УСРР, Народним комісаріатом освіти УСРР, Південбюро ВЦРПС, НКСЗ УСРР та іншими відомствами. Крім того, всім відомствам було наказано всіляко сприяти в організації цієї мережі установ. Скажімо, Наркомземові було доручено виділити санаторним установам землю з розрахунку десятина на кожні 10 ліжок, забезпечивши земельні ділянки необхідним сільськогосподарським інвентарем і насінням; Наркомпродові ставилося завдання організувати своєчасне постачання продовольства згідно з санітарними нормами [74, ст. 191].

Радянська влада стимулювала пролетаріат проходити санаторно-курортне та профілактичне лікування. На це спрямовувалася постанова «Про забезпечення робітників і службовців, відправлених на курорти, в санаторії та будинки відпочинку» від 19 квітня 1921 р., якою робітникам і службовцям гарантувалося збереження середньомісячної заробітної плати на період лікування і відпочинку. Більше того, якщо курортне місце було віддалене від

місця проживання (200 і більше верст), то робітникам і службовцям надавалася грошова допомога в розмірі 20-ти денної зарплати, а також продовольство в розмірі 20-ти денної санаторної норми за рахунок Наркомпроду УСРР. У випадку, якщо відстань від місця проживання до місця прибуття становила більше 30 верст, то грошова та продовольча допомога надавалась з розрахунку на 10 днів. Водночас НКОЗ УСРР забезпечував цих осіб гарячою їжею протягом поїздки. Крім того, у період перебування на відпочинку робітників і службовців їх сім'ї мали право на отримання продовольчого пайку, передбаченого для них і відпочиваючих [74, ст. 198].

У березні 1923 р. НКОЗ УСРР циркуляром звернув увагу губвиконкомів на доцільність раціонального використання курортних путівок хворими. У ньому вказувалося, що підставою допуску на курорт є належним чином оформлена путівка. Зверталася увага на те, щоб хворі лікуватися на курорті весь термін і не покидали його самовільно, а також дотримувалися режиму санаторного лікування. Лише губвиконком мав право продовжувати, у разі необхідності, строк перебування на курорті та видавати матеріальну допомогу, яка встановлювалася губревкомами [51, арк. 66].

Видання такого циркуляру було закономірним, адже часто хворі були не задоволені курортними умовами, оскільки зазвичай 200-300 осіб обслуговував один лікар, їх погано годували й розміщували у тісних кімнатах без елементарних зручностей, дозвіллям ніхто не цікавився. Через брак культурного й спортивного інвентарю єдиними доступними розвагами у санаторіях були піші прогулянки та гра в карти. Траплялися випадки, що робітники через важке матеріальне становище відмовлялися від путівок задля отримання матеріальної компенсації. Як наслідок, більше, ніж 2/3 курортників покидали санаторії до закінчення терміну путівок, а 1/5, отримавши їх та кошти на проїзд, залишалися вдома [133, с. 158]. Як бачимо, часто робітники не дотримувалися санаторного режиму, порушували правила перебування на курорті, пиячили та хуліганили. Тому не випадково, губвиконкомам, а в подальшому і всім завідувачам здоров'ї, було направлено таємний

наказ про те, що бронювати путівки потрібно лише для відповідальних працівників [238, арк. 105].

Як правило, санаторно-курортне лікування застосовували до осіб, які через порушення працездатності не могли досягти ефективного лікування за місцем проживання. 24 квітня 1923 р. всі губздороввідділи циркуляром були повідомлені про те, що надавати путівки на курорти потрібно лише у випадку, якщо інше лікування не дає результатів. Таке рішення пояснювалось недостатчею місць [51, арк. 35]. На курорти відправляли винятково робітників і службовців, які не мали ознак хронічно і тяжкохворих. Санаторно-курортне лікування було протипоказане для важкохворих, хворих на лихоманку, з незначними порушеннями функцій організму, що не зашкодили працездатності [194, с. 128]. Як правило, на курорти направляли для лікування захворювання сугавів, обміну речовин, ендокринної системи, шлунково-кишкового тракту, кардіо-васкулярної системи та ін. [149, с. 26].

Направленню на лікування передував ретельний медичний огляд. З цією метою 3 травня 1922 р. НКОЗ УСРР видав циркуляр про створення губернських лікарсько-відбіркових комісій (ЛВК), які підпорядковувалися робмеду. Персональна відповідальність за відбір хворих покладалася на лікарів комісії [232, арк. 40]. ЛВК функціонували у всіх губернських і великих окружних містах: Юзівка, Луганськ, Єнакієво, Суми, Херсон, Маріуполь, Мелітополь, Таганрог, Черкаси, Бердичів, Єлізаветград, Ромни. На відібраних і направлених на курорти та санаторії хворих складалися санітарно-курортні карти [200, арк. 24]. Слід погодитися з висновками О. Мовчан про те, що отримання направлень на санаторне лікування було копіткою справою, пов'язаною з біганиною по різних установах та чеканням у чергах [133, с. 157].

9 лютого 1923 р. були видані правила «Про визначення працездатності робітників і службовців, які підлягають соціальному страхуванню», а також Список хвороб, в разі яких надавалась відпустка для відпочинку, санаторного, курортного та іншого спеціального лікування. Згідно з цими правилами, за 7 днів до закінчення терміну на який було звільнено застрахованого від роботи,

лікар повинен був вирішити питання про продовження звільнення або надання особі відпустки для відпочинку, курортного, санаторного чи іншого лікування. При хронічних захворюваннях, які потребували надання відпустки, особа повинна була звернутись до лікаря, який робив висновок у листку непрацездатності та направляв до комісії з визначення працездатності або у відбіркову комісію. Вирішуючи питання про призначення відпустки та її терміну, комісії керувались Списком хвороб, до якого було включено 22 види захворювань. Найкоротший термін відпустки передбачався для загострення хронічних захворювань середнього і внутрішнього вуха – 2 тижні. Найдовший термін (до 3-х місяців) надавався хворим на активну форму туберкульозу. В більшості випадків встановлювався термін від 2 тижнів до місяця [160, с. 282–288].

Правове регулювання відбору та направлення хворих на курорти здійснювалося згідно з інструкцією «Про відбір і направлення хворих в санаторії Цустраха на курортах» від 14 березня 1925 р. Вона містила список медичних показань для направлення хворих на лікування. Наприклад, на кліматичні курорти Криму (Ялта, Сімеїз, Алумка) в літній період могли направлятися хворі на туберкульоз легень, бронхіальних, лімфотичних залоз, хворі з плевритами і перитонітами туберкульозного характеру, з хронічними хворобами дихальних шляхів. Для них встановлювалося курортне лікування строком шість місяців. У Кисловодськ направлялися особи з серцево-судинними захворюваннями для лікування строком на п'ять тижнів. Відбір хворих здійснювали комісії губерських страхових кас за погодженням з губздороввідділом. Інструкція чітко визначала перелік необхідних документів: медичний висновок про стан здоров'я та віза профспілки про право хворого на курортне ліжко. Інструкцією було передбачено, що 80% осіб, які направлялися на оздоровлення, мали бути «робітники від станка», якщо ж така норма не дотримувалась – голову губнської страхової каси притягували до відповідальності, а губернії зменшували кількість курортних ліжок [8, с. 240–244]. Попри наявність чітких інструктивних матеріалів для направлення хворих

на курорт, все таки, на практиці ці норми дотримувалися не завжди, про що свідчить циркуляр НКП ССР від 2 липня 1925 р. Зокрема в ньому вказувалося на халатне ставлення з боку відбіркових комісій і страхових органів до відбору хворих і попередження винних про застосування юридичної відповідальності [8, с. 239].

Органи охорони здоров'я дотримувалися настанов щодо дотримання класових принципів у санаторно-курортній справі, що цілком підтверджує подана нижче таблиця.

Таблиця 3.1

Соціальний стан осіб, які лікувалися у санаторіях УСРР  
у 1921–1925 рр. (у %) [130, с. 223].

Роки	Робітники, червоноармійці, політпрацівники	Службовці	Селяни	Учні	Члени сімей застрахованих	Інваліди	Інші
1921	43,1	30,7	5,3	4,1	11,4	2,6	2,8
1922	37,4	32,2	1,4	5,3	16,1	1,8	5,8
1923	34,4	42,6	0,6	4,6	8,9	0,8	8,1
1924	46,5	35,6	1,2	4,2	7,8	1,3	3,4
1925	49,3	27,9	9,7	3,9	7,1	0,9	1,2

Подані в таблиці дані засвідчують, що упродовж означеного періоду вагому частку (від 70 до 80%) осіб, що проходили лікування у санаторіях складали робітники, службовці державного та партійного апарату, червоноармійці. В той же час, у звітах Головного управління соціального страхування неодноразово оприлюднювалися факти про незаконне використання санаторно-курортних місць призначених для промислових робітників місцевими чиновниками: членами комітетів незаможних селян, головами сільських рад, військовослужбовцями. У зв'язку з цим, ЦК ВКП(б) в обіжнику від 17 квітня 1926 р. наказував місцевим партійним організаціям

стежити за дотриманням встановлених пропорцій [29, арк. 49]. Невдоволення існуючим станом справ у своєму листі до місцевих організацій висловив і голова Всеукраїнської ради професійних спілок П. Радченко [200, арк. 14]. З часом до вказаної квоти були включені представники інших соціальних груп. Зокрема відповідно до обіжника ВЦРПС від 13 березня 1925 р. до осіб, прирівняних при направленні на курорти до промислових робітників, були долучені працівники Державного політичного управління [29, арк. 34].

26 квітня 1926 р. ВЦРПС і Наркомат праці СРСР прийняли циркуляр «Про прирівняння до індустріальних робітників деяких категорій робітників і службовців для направлення їх в будинки відпочинку, в санаторії та на курорти». До таких працівників прирівнювались продавці, комірники, грубники, чорнороби, робітники пошти, телеграфу, радіо-телеграфу та телефона, які працюють безпосередньо на виробництві тощо [8, с. 249].

Відповідно до інструкції «Про порядок розподілу, видачі та обліку путівок на курорти, в санаторії та будинки відпочинку фабрично-заводськими та місцевими комітетами» у листопаді 1929 р. до переліку були включені також інваліди праці, виборні профпрацівники, капітани і штурмани, працівники льотного складу, поварі, зимівники Арктики, окремі працівники залізничного транспорту [98, с. 6–7].

Перший санаторно-курортний сезон 1922–1923 р. навряд чи можна вважати повноцінним, оскільки для обслуговування робітників Українським курортним управлінням було виділено лише 570 місць [230, арк. 4]. Більш організованою виявилася санаторно-курортна кампанія 1923–1924 р., що пояснюється, передусім, активною участю у ній страхових органів. З метою розширення мережі курортних закладів, Головоцстрах УСРР додатково взяв в оренду у господарюючих суб'єктів 230 місць на українських курортах (Куяльник, Бердянськ, Слов'янськ) [223, арк. 65]. Окрім того, за рознарядкою Народного комісаріату праці СРСР від 5 квітня 1924 р. український соцстрах отримав 220 місць на курортах Ялти, Євпаторії та Кавказу [224, арк. 146]. Для працівників залізничного та водного транспорту було виділено додатково ще

127 місць [138, с. 43]. На утримання страхових органів була передана також частина санаторно-курортних місць, що знаходилися у віданні НКОЗ УСРР [216, арк. 46]. У цілому за сезон, за рахунок коштів страхових органів у санаторіях місцевого значення пройшли лікування 1400 осіб, на курортах – 2600 [200, арк. 17]. Вартість перебування та лікування одного хворого складала відповідно: у місцевому санаторії (5 тижнів) – 125 крб., на курорті (1,5 місяця) – 230 крб [136, с. 21].

Найскладнішим у санаторно-курортній справі виявився сезон 1924/25 р. Ще з осені 1924 р. РНК УСРР оголосив про зняття лікувальних установ із державного забезпечення та передачу їх на повне утримання профспілок та страхових органів [229, арк. 36].

З метою зміцнення фінансового стану санаторіїв ЦВК і РНК ССРР постановою від 23 жовтня 1925 р. звільнили їх від сплати низки місцевих податків. 7 травня 1926 р. була прийнята постанова ЦВК і РНК ССРР «Про пільги на державні податки і збори для органів соціального страхування та установ, які знаходяться в їхньому віданні». Відтепер органи соціального страхування звільнялись від сплати судового збору та інших судових витрат. Також звільнялися від державного промислового податку і на дохід, від гербового збору установи та підприємства, які знаходились у віданні органів соціального страхування, або були ними орендовані [8, с. 236–237].

Водночас ЦВК і РНК СРСР схвалили постанову «Про податкові пільги для курортів загальнодержавного значення», відповідно до якої курортам і курортним трестам загальнодержавного значення, які знаходились у віданні головних курортних управлінь союзних республік, починаючи від 1 квітня 1926 року, надавались податкові пільги строком на 3 роки. Курорти та підприємства, що знаходились у віданні головних курортних управлінь і їхніх місцевих органів, звільнялись від податку на дохід, гербового збору, судового збору та інших судових витрат. Від державного промислового податку звільнялися, за умови безпосередньої експлуатації головними курортними управліннями, їх місцевими органами та курортними трестами без здачі в оренду: лікарні,

санаторії, курортні пансіони, лабораторії, дезінфекційні камери, а також заклади для продажу та розливу мінеральних вод; курортні парки і захисні дачі, готелі, мебльовані кімнати, кефірні та молочні, бані та пральні, а також підприємства, які займалися громадським благоустроєм, які розміщені на території курортів і в межах округу гірничо-санітарної охорони; столові, ресторани, перукарні розміщені виключно на території курортів; транспортні підприємства, які обслуговують установи та підприємства курортів і транспортування хворих; всі підприємства по заготівлі та виробництву предметів постачання курортів і їх підприємств, які не випускають цих предметів на ринок. Закріплені за курортами та курортними трестами земельні ділянки звільнялись від основної та додаткової ренти. Будівлі, що належали курортам і курортним трестам та були розміщені на території курортів і в межах округів гірничо-санітарної охорони та експлуатовані безпосередньо, без здачі в оренду, не оподатковувались місцевим податком на будинки. Транспортні засоби, що належали курортам і курортним трестам та обслуговували установи та підприємства курортів і використовувались для транспортування хворих, не оподатковувались місцевим податком з транспортних засобів [8, с. 237–238].

У середині 1920-х рр. до санаторно-курортної долучилися й профспілки. Засновані ними лікувальні заклади утримувалися за рахунок спеціальних внесків підприємств, установ, організацій на користь профспілок, відповідно до умов колективних договорів. Однак, вже наприкінці 1926 р., у зв'язку із необхідністю зниження собівартості продукції у нових ринкових умовах, радянська влада змушена була відмовитися від практики утримання санаторно-курортних закладів за рахунок господарюючих суб'єктів. Основний фінансовий тягар було перекладено на страхові органи, частина санаторно-курортних місць фінансувалися з державного бюджету [6, с. 31]. Страхові органи разом із профспілками здійснювали й основну частку організаційної роботи у цій сфері: відбір хворих, розподіл місць, розгляд скарг; ведення інструктивно-методичної роботи тощо [6, с. 45].



Основними стратегічними напрямками санаторно-курортної кампанії 1927–1928 р. були збереження кількості місць на загальносоюзних та українських грязєвих курортах і незначне збільшення кількості місць у санаторіях місцевого значення. Загальна сума, яку планувалося витратити на санаторно-курортне лікування, становила 5,3 млн. крб. За рахунок цих коштів вдалося відправити до санаторіїв майже 4 тис. осіб, на курорти – 6 тис. [171, с. 81–82].

Зросла кількість санаторно-курортних ліжок для сільського населення, які утримувалися за рахунок держави у системі НКОЗ УСРР. Так, до 1928 р., порівняно з 1923 р., кількість ліжок зросла удвічі – з 2,5 тис. до 5 тис. Розмір санаторно-курортної допомоги селянській бідноті щороку зростав. Так, наприклад, коштом держави, в 1927–1928 рр. на курортне оздоровлення було відправлено 674 осіб, а в 1928–1929 рр. – 874 осіб, коштом Всеукраїнської кооперативної спілки в 1927–1928 рр. – 525, а вже в 1928–1929 рр. – 825, у той час за кошти журналу «Сільський господар» було направлено 1000 осіб на оздоровлення [195, с. 52]. 31 травня 1927 р. президія ВУЦВК, розглянувши клопотання спілки робітників землі та лісу, визнала необхідним включити до мережі курортного лікування нарівні з селянством незастрахованих батрачок і батраків [42, арк. 17].

У січні 1928 р. у Москві відбулася третя нарада санаторно-курортних працівників. На порядок денний були винесені, в основному, проблеми відбору хворих, встановлення показань та протипоказань для лікування, якості харчування та проведення культмасової роботи в санаторно-курортних закладах. Обговорювалися питання перспективного плану розвитку санаторно-курортної справи на найближчу п'ятирічку [145, с. 2]. Було визнано, що в умовах кількісного зростання промислового пролетаріату, з метою найбільш ширшого охоплення профілактичною допомогою найманих працівників, слід зосереджувати увагу на розбудові найбільш дешевих і доступних видів профілактики – організації будинків відпочинку [17, с. 6].

Підтвердженням визначеної стратегії слугував директивний план першої

п'ятирічки, згідно з яким витрати на санаторно-курортне лікування в УСРР мали зрости від 2 до 3,3 млн. крб., у той час як на утримання будинків відпочинку від 6 до 13 млн. крб. [222, арк. 7]. При цьому, кількість осіб, охоплених місцевими санаторіями планувалося збільшити від 4,4 до 6,3 тис., а курортами – від 7 до 10 тис. Однак такі абсолютні показники були розраховані лише на збільшення чисельності промислового пролетаріату. У розрахунку на 100 осіб, показники залишалися незмінними та надзвичайно низькими: в санаторіях – 0,25; на курортах – 0,4 особи [222, арк. 6].

У сезон 1928/29 р. було заплановано виділити всього 605 тис. на утримання санаторіїв та 97 тис. на утримання курортів [158, с. 5]. Всеукраїнською радою соціального страхування такі суми було визнано недостатніми, у зв'язку з чим висловлено пропозицію до РНК УСРР виділити додаткову суму із коштів державного бюджету [228, арк. 103]. Однак рішення першої Всесоюзної наради страхових лікарів, що проходила в середині грудня 1929 р. у Москві лише підтвердили думку про те, що в умовах економії коштів для модернізації радянської економіки санаторно-курортній справі відводилася другорядна роль. При збереженні кількості місць у санаторіях та на курортах пропонувалося посилити умови соціального відбору осіб, що намагалися в них потрапити [158, с. 5].

За директивами страхових органів путівки на санаторно-курортне лікування рекомендувалося надавати лише робітникам-ударникам, учасникам радгоспних бригад та робітникам і службовцям, що взяли на себе зобов'язання виконати п'ятирічку за 4 роки. Фактично, санаторно-курортна справа була майже згорнута. Підтвердженням є той факт, що упродовж 1928–1929 рр. та 1929–1930 рр. у розрахунку на 1000 застрахованих у санаторіях побували лише 2 особи, а на курортах – 4 [214, арк. 2]. Для працівників радянських і колективних господарств надали санаторно-курортну допомогу шляхом закупівлі 733 путівок в курортному управлінні та по лінії кооперативної системи – 1519 путівок [195, с. 57].

### 3.3 Правове забезпечення охорони здоров'я матері та дитини

Одним із пріоритетних завдань радянських органів була організація заходів з охорони здоров'я матері та дитини. Ще в лютому 1920 р. при місцевих ревкомах (виконкомах) у системі органів Наркомсоцзабезу було створено секції охорони материнства і дитинства. Окрім заснування та розширення мережі закладів охматдиту до їх завдань входили забезпечення матерів речами вжитку та догляду за дітьми, пропагування освіти з гігієни вагітності в дородовому періоді та догляду за немовлятами, нагляд за виконанням вагітними, породіллями та матерями, які годували немовлят, відповідних правил [239, арк. 24].

30 квітня 1920 р. РНК УСРР видав постанову про передачу справи охорони здоров'я матері та дитини від Наркомсоцзабезу до компетенції НКОЗ УСРР та його місцевих органів. При цьому до компетенції органів охорони здоров'я входило оформлення документів на отримання грошової допомоги матерям, які годують немовлят, вагітним і породіллям, а її видачею займались органи Наркомсоцзабезу. Таким чином, досягалася єдність усіх заходів, пов'язаних з охороною здоров'я матері і дитини, починаючи від допомоги породіллям і закінчуючи створенням мережі консультацій та ясел, в яких мати і дитина діставали лікувальну та профілактичну допомогу [144, с. 260].

У структурі найвищого виконавчого органу 29 червня 1920 р. РНК УСРР заснувала Раду захисту дітей. На цей орган був покладений обов'язок врегулювання питання щодо постачання, харчування, санітарної охорони і громадського виховання дітей міської бідноти [91, ст. 341]. Через два тижні Рада захисту дітей своїм циркуляром повідомила про організацію відповідних губернських рад під керівництвом голів губвиконкомів. 25 липня 1925 р. було опубліковано статут «Про губернські ради захисту дітей», відповідно до якого на губернські ради покладалось завдання щодо реалізації найбільш можливої кількості заходів для охорони здоров'я, харчування, постачання та

виховання дітей. Не порушуючи встановлену законом компетенцію і самостійність окремих місцевих органів, губернські ради об'єднували та координували їх діяльність [91, ст. 413]. Разом з тим, було розроблено положення про Бюро допомоги матерям, які мали створюватися при губернських і повітових секціях, а також при районних відділеннях Охматдит. Ці структури повинні були стати органами соціальної допомоги секцій та відділень Охматдит, до завдань яких належало надання всебічної допомоги матерям та їхнім дітям віком до 5 років. З цією метою означені бюро організували видачу вагітним і матерям-годувальницям посвідчень на право одержання допомоги, а також відали прийомом дітей і матерів до закладів Охматдит, організували, в разі необхідності, обслуговування матерів та їхніх дітей вдома [260, с. 293–294].

В губерніях вищим державним органом з охорони здоров'я дітей був підвідділ Охматдиту, до обов'язків якого входила охорона здоров'я дітей і матерів, а також здійснення нагляду за діяльністю повітових підвідділів Охматдиту та інших установ і організацій, які здійснювали роботу в цій галузі [161, с. 64].

Складовою частиною органів Охматдиту був шкільно-санітарний нагляд, про що безпосередньо зазначалося у положенні про державну організацію охорони здоров'я дітей і підлітків (про шкільно-санітарний нагляд) [161, с. 60]. Відтак, станом на 1922 р. державна організація охорони здоров'я дітей структурно включала: адміністративний апарат з охорони здоров'я дітей (підвідділ охорони здоров'я дітей НКОЗ УСРР, губернські та повітові дитячі лікарі), власне шкільний і дошкільний нагляд, медико-санітарні організації дитячих будинків і низку допоміжних установ (дитячі амбулаторії, поліклініки, лікарсько-педагогічні консультації, дитячі диспансери та лікарні тощо) [231, арк. 23].

Необхідно визнати, що певний прорив в організації державної охорони здоров'я дітей відбувся з прийняттям РНК і ВУЦВК УСРР постанови «Про державну організацію охорони здоров'я дітей і про права та обов'язки лікаря

охорони здоров'я дітей» від 19 листопада 1924 р.

По-перше, цей документ чітко визначив систему органів з державної охорони здоров'я дітей. Так у складі відділу Охматдиту НКОЗ УСРР функціонував підвідділ охорони здоров'я дітей; у складі губернських і окружних інспектур охорони здоров'я – губернські та окружні інспектури охорони здоров'я дітей; на місцях – вводилися посади лікарів і медично-допоміжний персонал (сестри) охорони здоров'я дітей.

По-друге, постанова охопила медично-санітарним і медично-педагогічним обслуговуванням все дитяче населення республіки від 4 до 15 років, які перебували в установах, що знаходились у віданні органів соціального виховання, або організацій, установ і підприємств.

По-третє, документ визначив повноваження органів охорони здоров'я дітей, до яких входила реалізація заходів санітарно-профілактичного, лікувально-профілактичного та лікарсько-педагогічного характеру. Зокрема: нагляд за санітарним станом дитячих установ і вживання необхідних заходів щодо його поліпшення; встановлення санітарних норм в дитячих установах; санітарний нагляд за харчуванням дітей; застосування профілактичних заходів; протидія інфекційним захворюванням в дитячих установах і соціальним хворобам серед дітей; нагляд за психо-фізичним розвитком дітей і за створенням сприятливих умов їхнього розвитку; організація проведення фізичної культури; формування санітарно-гігієнічних навичок.

По-четверте, в аналізованій постанові було закріплено права та обов'язки лікаря охорони здоров'я дітей, тобто визначався його правовий статус. Зокрема лікар охорони здоров'я дітей входив до складу педагогічного колективу з правом вирішального голосу. Він здійснював нагляд за санітарним станом дитячих установ, контролював дотримання санітарно-гігієнічних норм у них. Лікар мав право: не допустити в установи відкритого типу дітей, у сім'ї яких були випадки інфекційного захворювання; оголосити карантин в дитячих установах закритого типу та тимчасово закрити дитячі установи відкритого типу, в разі виникнення гострих інфекційних захворювань або масової епідемії,

за погодженням з інспектором охорони здоров'я та інспектурою наркому освіти; унеможливити доступ в дитячі установи хворих дітей і персоналу шляхом попереднього медичного огляду дітей; брати активну участь у розробленні плану дитячих установ; наглядати за психо-фізичним здоров'ям дітей; проводити санітарну освіту та санітарно-гігієнічне виховання. Дитячі санітарні комісії та педагогічні колективи повинні були сприяти в реалізації профілактичних і медико-педагогічних заходів в дитячих установах. У випадку недотримання санітарних правил в дитячих установах лікар охорони здоров'я дітей пред'являв вимоги їх очільникам щодо усунення порушення в визначений термін [92, ст. 296]. На розвиток цієї постанови НКОЗ УСРР 4 лютого 1925 р. видав інструкцію, відповідно до якої всі губернські та окружні інспектури охорони здоров'я повинні були в апараті створити посаду інспектора з охорони здоров'я дітей [34, арк. 299].

Директиви розвитку охорони здоров'я матері та дитини в УСРР були вироблені на I Всеукраїнському з'їзді відділів охорони здоров'я, який проходив 27–28 червня 1920 р. Делегати з'їзду прийняли розгорнуту резолюцію за доповіддю Н. Малигіна, завідуючого відділом охорони материнства та дитинства НКОЗ УСРР, «Про перспективні завдання охорони материнства та дитинства в Україні». З'їзд визнав за необхідне створити мережу закладів з охорони матері та дитини в УСРР по аналогії з лікувальною і шкільною, яка б ґрунтувалась на обліку дітей і матерів. Мережа материнських і дитячих закладів повинна була пов'язуватись з різними місцевими культурно-громадськими організаціями [243, арк. 7].

При створенні мережі дитячих закладів враховувався функціональний характер установ. Так заклади із закритою формою опікування, такі, як будинки матері і дитини, притулки тощо визначались тимчасовими установами перехідного періоду. У той же час, орієнтовно-цільовими визначались заклади індивідуального відкритого опікування, такі, як консультації, ясла, дитячі садки тощо. Першочерговим завданням в галузі охорони матері та дитини делегати з'їзду визначили організацію громадського харчування. Окрім того, в рішенні

з'їзду йшлося про створення у кожному повіті по два-три райони з лікарями-спеціалістами. Дільничні та санітарні лікарі за оплачуваним сумісництвом мали виконувати й роботу санітарно-гігієнічного характеру. Дільничні лікарні та амбулаторні пункти також були зобов'язані надавати лікувальну допомогу дітям [195, с. 76].

Зауважимо, що протягом 20-х років кількість педіатрів поступово зростала. За даними І. Ткаченко, «якщо в 1922 році було лише 308 таких лікарів, то в 1924 їх кількість зросла до 411, в 1926 р. – до 473, а в 1927 – до 547» [187, с. 182].

Важливо, що в період непу впроваджуються у медичну практику нові форми і методи охорони здоров'я дітей. Було розроблено типові штати дитячих лікарень на 25 ліжок, з них на 5-6 для немовлят. Штати склалися з лікаря-педіатра, фельдшера (він же завідувач аптеки), 4 сестер, 4 нянь, завгоспа, діловода-рахівника, кастелянші, пралі, куховарки, двірника (він же грубник) [260, с. 292–293].

Мережа дитячих установ складалася із закладів відкритого типу (консультації, ясла, «краплі молока», дитячі садки тощо) та закритого типу (будинки матері і дитини, приюти тощо) [112, с. 209]. Загалом за перший рік перебування при владі (на січень 1921 р.) більшовикам вдалося заснувати 264 заклади охорони матері та дитини, з яких 43 у великих губернських містах, а решта – у повітових центрах та невеликих містечках і лише окремі – в селах. У республіці нараховувалося також 58 консультацій, 13 молочних пунктів, 30 постійних ясел, 12 будинків матері і дитини, 6 будинків немовлят, 7 розподільників тощо. З усіх спеціалізованих закладів – майже половина були закритого типу [193, с. 11] (див. Додаток К).

На II Всеукраїнському з'їзді з охорони материнства і дитинства, який проходив 26–30 жовтня 1921 р., у доповіді «Чергові завдання охорони материнства і дитинства на Україні» Є. Федер відзначив стрімке збільшення в УСРР упродовж останніх півтора року кількості закладів з охорони матері та дитини, однак, доповідач вказував на те, що не всі заклади повною мірою

виконували свої функції. Так консультації нерідко набували характеру амбулаторій, ясла перетворювалися у заклади закритого типу, будинки матері і дитини – в родильні будинки тощо. Соціальної допомозі матері і дитині відводилось незначна увага, що знижувало ефективність роботи Охматдиту [21, с. 23].

Не дивлячись на певні зрушення у створенні закладів охорони здоров'я матері та дитини, все таки, в умовах повоєнної розрухи, голоду та епідемій їх було недостатньо, а санітарно-матеріальний стан цих установ був незадовільний. Так 1/3 дитячих будинків і 1/4 шкіл були непридатні не тільки як дитячі заклади, а навіть звичайні квартири [260, с. 297]. За результатами ревізії шести закритих дитячих закладів Проскурівської округи Подільської губернії у 1925 р. було встановлено, що лише 50 % приміщень були придатні для проживання, половина дітей була забезпечена білизною та 15 % дітей мали взуття [49, арк. 17].

Такі умови призводили до зростання смертності серед дітей. За даними тогочасного лікаря, професора Є. Скловського, «будинки дитини є такими установами, з яких рідко яка дитина виходить живою», як правило, смертність «у 85%, 96% і навіть 98% була в них не рідкістю. Навіть 2-3 роки назад в багатьох таких будинках смертність перевищувала 50%» [167, с. 88]. За дослідженнями Н. Кузьмінець, смертність у закритих дитячих закладах Проскурівської округи Подільської губернії сягала 80%, особливо серед немовлят [64, с. 210]. Досліджуючи стан дитячих будинків у м. Харків, Г. Демочко вказує на те, що заклади закритого типу були перевантажені, часто адміністрація використовувала непедагогічні методи виховання дітей, а смертність у цих установах трималася на рівні 40% [64, с. 184].

У 1922 р., за офіційними даними, голодом була охоплена третина дітей республіки, що суттєво послаблювало імунітет у дітей, посилювало поширення інфекцій, інших хвороб та зумовлювало смертність. Тому в першій половині 20-х р. установи Охматдиту зосередили свою роботу на проведенні реєвакуації дітей, повернення їх із патронажу, організації громадського дитячого



харчування, протидії масовим дитячим хворобам і смертності шляхом підвищення сили опору та зміцнення дитячого організму, збереженні дитячих установ та переведенні їх на планомірну роботу [161, с. 53].

Радянській владі необхідно було докласти неабияких зусиль для того, щоб протидіяти незадовільному стану охорони здоров'я в будинках дитини. Зокрема забезпечити правильне облаштування приміщень (побільше світла і повітря), застосовувати протиінфекційні заходи (ізоляція, бокси, захисні маски для персоналу), достатньо і правильно харчувати дітей, попереджувати рахіт (вітаміни, кварцування, гімнастика), забезпечити установи спеціально навченим персоналом [167, с. 92–93].

Перед владою гостро стояло завдання організації продуктового і продовольчого забезпечення дитячих установ. У зв'язку з цим 31 травня 1921 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про забезпечення продовольством і предметами широкого споживання навчально-виховних установ». Відтак, дитячі заклади відкритого типу (дитячі будинки та сади, школи, школи-клуби) забезпечувалися продовольством і предметами широкого вжитку з державного фонду в порядку черговості. Однак в сільській місцевості постачанням забезпечувалися лише дитячі будинки [74, ст. 267].

З метою поліпшення матеріального становища шкіл та інших просвітницьких закладів РНК УСРР 14 жовтня 1921 р. прийняла постанову «Про заходи покращення постачання шкіл і інших просвітницьких установ». Нарком просвіти і його місцеві органи отримали право залучати, крім державних коштів, ще й кошти від господарської діяльності. Їм дозволялося організовувати швейні та ремонтні майстерні, сільськогосподарські ферми та інші виробничі підприємства, залучаючи при цьому до роботи вчителів і учнів, а також приватних осіб на договірних засадах. Надання продовольчої допомоги працівникам освітніх закладів та забезпечення опалення приміщень шкіл та інших просвітницьких установ покладалося та підприємства у містах, при яких функціонували ці заклади. З цією метою у селах встановлювалися «натуральне самообкладання» населення та паливна повинність [74, ст. 589].

З переходом до нової економічної політики заклади охорони здоров'я матері та дитини, як і інші лікувальні заклади, було переведено на місцевий бюджет. Це викликало передусім часткове скорочення закладів відкритого типу та пропорційне збільшення закладів закритого типу. Так, якщо впродовж 1921–1922 рр. кількість консультацій зменшилася від 123 до 62, а молочних кухонь від 51 до 25, то кількість закритих дитячих закладів збільшилася з 208 до 248. В умовах ліквідаторських настроїв, III Всеукраїнська нарада з охорони материнства і дитинства, яка проходила 25-29 липня 1922 р. у Харкові, засудила можливу реорганізацію органів Охматдит. Така позиція обґрунтовувалася передусім існуванням високої дитячої смертності та зниженням демографічного приросту. Аналогічне рішення було зафіксоване також і в директиві ЦК КП(б)У, в якій доводилося про необхідність збереження закладів і органів охорони матері та дитини всіма можливими способами [81, с. 114].

III Всеукраїнська нарада з охорони материнства та дитинства прийняла резолюцію, якою окреслила чергові завдання Охматдиту: забезпечити організаційну єдність апарату, посилити функції управління, ідейного спрямування, контролю та інструктування периферійних установ Охматдиту, профілактичний характер роботи (зклади відкритого типу, санітарно-шкільний нагляд, культурно-просвітницька робота), педагогічні, виховні методи роботи в установах, підготовку персоналу з охорони матері та дитини, створення в кожній губернії дослідно-показових установ, які були б центрами, школою підготовки персоналу з охорони матері та дитини [161, с. 52].

20 січня 1922 р. НКОЗ УСРР надіслав всім губздороввідділам, підвідділам Охматдиту циркуляр, який стосувався переведення дитячих закладів на місцеве утримання. Щоправда, на державному утриманні залишалися установи, що обслуговували селян, установи в повітах, які були охоплені голодом, інфекційна мережа в містах, всі дитячі лікарні, дитячі амбулаторії, будинки грудної дитини, 25% консультацій у непромислових повітах, установи, що здійснювали шкільно-санітарний нагляд [234, арк. 23].

1923 р. виявився більш сприятливим для органів охорони здоров'я матері та дитини. Окрім фінансування з державного та місцевих бюджетів, заклади Охматдиту отримали неабияку підтримку з боку Центральної комісії допомоги дітям при ВУЦВК. Ця комісія функціонувала відповідно до положення «Про Центральну комісію допомоги дітям при ВУЦВК» від 6 грудня 1922 р. та була заснована з метою протидії дитячій безпритульності, покращенню умов дитячих закладів, громадського харчування та реєвакуації дітей, які потребували цього, на батьківщину [237, арк. 32].

Позитивно оцінюємо те, що радянська держава активно залучала громадські організації до участі у фінансуванні системи охорони матері та дитини. Наприклад, з 4 млн. крб., витрачених у 1924–1925 рр. на Охматдит, 18% становили кошти громадських організацій [157, с. 3].

Для надання матеріальної допомоги матерям-селянкам партія та уряд дозволили селянським товариствам взаємодопомоги, кооперативним та іншим громадським організаціям, державним установам та іншим добровольцям брати участь у формуванні фондів допомоги матері-селянці під час вагітності та пологів. 10 листопада 1928 р. ВУЦВК і РНК УСРР прийняли відповідну постанову «Про фонди допомоги матері-селянці під час вагітності та пологів». Кошти з цих фондів витрачалися на надання допомоги наймичкам і дружинам наймитів, якщо вони не були застраховані; незаможним; селянкам середнього класу, які перебували у злиденному становищі. Допомога з фондів надавалася за заявою жінки при народженні дитини на: придбання дитячих речей; годування немовлят; транспортні витрати, пов'язані з пологами; часткову оплату хатньої працівниці на час пологів та післяпологового періоду, хвороби, спричиненої пологами або абортom; влаштування літніх ясел та акушерських пунктів. Допомога видавалася селянськими товариствами взаємодопомоги в розмірах, які встановлювалися залежно від кількості коштів фонду та господарського стану окремих заявників, їхнім потребам тощо. Районні виконавчі комітети, сільські та селищні ради повинні були здійснювати нагляд за діяльністю селянських товариств взаємодопомоги, крім того, ради

затверджували річні плани їхньої роботи [144, с. 148].

Вбачається, що методи роботи Охматдиту залежали від категорії дітей, яких було поділено на 4 основні групи: школяри, юні піонери, діти дитячих будинків і міст, безпритульні діти [179, с. 72–75].

Нагальною проблемою, яка потребувала вирішення, була охорона здоров'я безпритульних дітей. З цією метою РНК УСРР прийняла постанови: «Про заходи протидії дитячій безпритульності» від 11 липня 1921 р., «Про безпритульних дітей» від 14 жовтня 1921 р. Безпритульними вважалися неповнолітні, які були залишені батьками без нагляду та опікунства; зазнавали жорстокого поводження з боку батьків або опікунів; не отримували від батьків чи опікунів належного рівня виховання або навчання, яке встановлювалося законодавством; жили в розпусному середовищі; вели розпусний, жебрацький або бродячий спосіб життя; займалися торгівлею. Розгляд справ про визнання неповнолітнього безпритульним покладалася на комісію у справах неповнолітніх [74, ст. 293].

Для вирішення проблеми з виховання та харчування безпритульних дітей їх поселяли у домівках сільських і міських мешканців, які давали на це згоду. Південбюро ВЦРПС несло відповідальність за забезпечення підлітків від 11 років роботою в радянських установах, профспілкових органах, радгоспах, кооперативах, за умови, що вона не суперечила законодавству про охорону праці малолітніх [74, ст. 591].

Разом з тим, ВУЦВК прийняла постанову «Про боротьбу з дитячою безпритульністю» від 17 квітня 1924 р., відповідно до якої Президія ВУЦВК повинна була вжити заходів щодо покращення діяльності органів охорони дитинства (НКОЗ, НКО, УТЧХ). У селах допомогою безпритульним дітям повинні були займатися комнезами, комітети громадської допомоги та профспілкові організації. Для зміцнення фінансування організацій, які допомагали безпритульним дітям, було вирішено утворити фонд ім. В. І. Леніна та доручити Президії ЦВК СРСР організувати лотерею для збору коштів у цей фонд, ввести податок на неодружених, встановити пільгове оподаткування для

допоміжних підприємств ЦКДД. Крім того, з метою допомоги безпритульним дітям було запропоновано на базі радгоспів організувати дитячі сільськогосподарські колонії та надати їм кредити, а також звільнити їх від оподаткування тощо [92, ст. 190].

Вже 10 вересня 1924 р. ВУЦВК спільно з РНК УСРР ухвалили постанову «Про утворення Всеукраїнського фонду ім. В. І. Леніна на організацію допомоги безпритульним дітям». Розмір фонду становив 5 млн. крб., з яких 1 млн. виділив уряд, а 4 – були добровільними пожертвуваннями та іншими зборами, які вводилися спеціальними постановами. Фонд оголошувався недоторканим і зберігався в державному банку, а здійснення заходів фінансувалося лише за рахунок відсотків, які надходили з цінних паперів. При губвиконкомах утворювалися губернські фонди ім. В. І. Леніна, якими завідували губернські комісії [92, ст. 234].

З метою збору коштів та згуртування населення для протидії дитячій безпритульності, а також покращення стану закритих дитячих установ ВУЦВК 21 січня 1924 р. прийняв положення «Про проведення «тижня допомоги дітям», який проходив на всій території УСРР протягом 15-23 лютого. У цей період серед населення проводилася агітаційно-інформаційна робота, збиралися кошти, а також речі для дитбудинків і притулків, було організовано благодійні театральні вистави, концерти, лотереї, ярмарки, продаж марок, листів, значків. У кожному губернському місті, в округах відновлювали роботу установ для безпритульних. Протягом «тижня» всіх вуличних дітей забезпечували помешканням і харчами, а також надавали допомогу дитбудинкам. За погодженням з УТЧХ утворювалися будинкові, квартирні, районні та базарні комітети допомоги дітям [241, арк. 12].

Стан здоров'я безпритульних дітей, яких розміщали до соціальних установ, був незадовільний, адже у 75 % з них було виявлено туберкульоз, у 35% – анемію, у 50% – лімфаденіт. Для того, щоб запобігти поширенню інфекційним хворобам серед дітей за сприяння УТЧХ було створено пункти на залізничних станціях, де їх оглядали, годували та, залежно від стану здоров'я,

розподіляли до відповідних закладів [64, с. 186].

Захворюваність дітей у дитбудинках на інфекційні хвороби була загрозливою, тому не випадково НКОЗ УСРР 4 жовтня 1926 р. розіслав розпорядження, у якому наказав ізолювати дітей, хворих на трахому, активний туберкульоз, сифіліс та інші хвороби [31, арк. 20]. Захворюваність на туберкульоз серед дітей у деяких губерніях досягала 70%. Враховуючи таку статистику, всі здорові діти повинні були першочергово зосередити свою діяльність на протидії дитячому туберкульозу. Тому основними завданнями органів Охматдиту в галузі боротьби з туберкульозом були: постійний систематичний нагляд за розвитком дітей, починаючи з грудного віку, попередження захворювань і знешкодження шкідливих факторів, що впливали на розвиток дитини; соціально-медичний і культурно-просвітний патронаж; забезпечення дитячого населення якісним, стерильним молоком, молочними сумішами; покращення санітарно-гігієнічних умов життя дітей; нагляд за дотриманням фізичної культури дітей; санітарно-гігієнічна просвіта батьків [34, арк. 25]

Основними установами з протидії дитячому туберкульозу були установи диспансерного типу – консультації для немовлят і вагітних, дитяча поліклініка, дитячі відділення туберкульозного диспансеру [34, арк. 25]. Для дітей, хворих на туберкульоз, відкривалися санаторії, збільшували калорійність харчування, проводилися бесіди з дотримання дітьми правил гігієни. Наприклад, у Немирові було відкрито санаторій для дітей на 40 ліжок, у Кам'янці-Подільському – на 25 дітей [112, с. 211].

У зв'язку з необхідністю розвантаження будинків немовлят і зменшення смертності серед дітей НКОЗ УСРР дозволив передачу дітей-сиріт на виховання до патронажних сімей, прийнявши 1 лютого 1926 р. інструкцію «Про передачу немовлят для виховання до патронажної сім'ї». За загальним правилом патронаж здійснювався у містах, але у випадку перевантаження міст і за умови наявності консультацій патронаж допускався і в селах. Практичне проведення патронажу покладалося на консультації та раду соціальної

допомоги при них. Інструкцією встановлювалися правила передачі дітей на виховання до патронажної сім'ї. Так можна було віддавати підкинутих дітей, круглих сиріт, а також напівсиріт, які не мали матерів, якщо батько на це давав згоду. На виховання до сім'ї можна було віддати дитину не молодше 3-х місяців і за відсутності інфекційних хвороб. Власне сім'ю перевіряли на відсутність інфекційних хвороб, алкоголізму, а також божевілля. Дитину можна було віддавати до сім'ї, яка працювала та житло якої відповідало елементарним санітарно-гігієнічним вимогам. До кожної сім'ї віддавалася лише одна дитина на виховання. Жінка, яка брала дитину на виховання, повинна була звертатися регулярно до консультації, виконувати всі вказівки лікаря щодо догляду за дитиною та її годування. Така жінка отримувала певну грошову допомогу та отримувала в найближчій консультації прикорм для немовляти [36, арк. 380].

Турбота про дітей спрямовувалася в ідеологічне русло, свідченням чого стало виділення охорони здоров'я піонерів в окрему галузь роботи Охматдиту. Система роботи з охорони здоров'я піонерів ґрунтувалася за принципами функціонування піонерської організації: закріплення лікарів до загонів і клубів, створення при клубах профамбулаторій як філіалів дитячих поліклінік [181, с. 77]. Для нормативного врегулювання цього питання НКОЗ УСРР схвалив положення «Про охорону здоров'я юних піонерів при Охматдиті НКОЗ» від 15 квітня 1925 р. На органи Охматдиту покладалися такі завдання: організація самостійного медико-санітарного обслуговування піонерів; забезпечення оздоровлення їх праці та побуту; керівництво санітарно-освітньою роботою піонерів; забезпечення їх медикаментами; нагляд за правильним фізіологічним розвитком піонерів; організація оздоровчої кампанії; підготовка та перепідготовка працівників з питань гігієни з метою залучення їх до гігієнічного виховання піонерів. Положенням передбачалися шляхи реалізації охорони здоров'я піонерів, зокрема, їх обслуговування у таборах і літніх площадках, організація районних професійних амбулаторій на чолі з районним лікарем, санітарного нагляду за харчуванням, працею і побутом піонерів, проведення санітарної просвіти, профілактики захворюваності та

лікування хворих тощо. Для координації роботи при центральному відділі Охматдиту утворювалася посада інструктора охорони здоров'я піонерів, а в окружних центрах – робітничі бюро охорони здоров'я піонерів. Всі лікарі, які працювали в сфері охорони здоров'я піонерів, підпорядковувалися і звітували робітничому бюро при оздоровиті [35, арк. 43].

Система охорони здоров'я дітей в УСРР у 1923–1924 рр. обслуговувала 435 тис. дітей, в тому числі 110 тис. – в інтернатах. Щоправда, комісії, що обстежували заклади Охматдиту, відзначали неналежне їх устаткування і постачання [69, с. 15]. Станом на жовтень 1923 р. в УСРР нараховувалося 28 дитячих санаторіїв, з них 13 діяли на постійній основі, а 15 – сезонно. Санаторні ліжка в губерніях розподілялися наступним чином: у Київській – 640, Харківській – 472, Подільській – 200, Чернігівській – 100, Волинській – 156, Донецькій – 65, Одеській – 200, Полтавській – 210 ліжок. Наприклад, протягом літнього сезону 1923 р. санаторії змогли обслужити 2694 хворих дітей. З них 53% були діти колишніх безпритульних, інші – діти робітників. Також було проведено кампанії по зміцненню дитячих закладів [69, с. 28].

Робота з оздоровлення дітей щороку удосконалювалася. Так, якщо у 1923 р. вона здійснювалася лише у формі денних санаторіїв, то у 1924 р. було проведено кампанію з організації ще й літніх таборів і майданчиків. Попри недостатню звітність, серед 250 оздоровчих дитячих установ були різні їх типи: 54 табори-комуни, 170 майданчиків, 26 закритих і денних санаторіїв. Оздоровчою кампанією у 1925 р. було охоплено 47 тис. дітей, що на 100% більше, порівняно з попереднім роком. Відбір дітей для оздоровлення відбувався за соціальним і медичним принципами. Так у літніх таборах першочергово оздоровлювалися діти робітників віком від 10 до 15 років. Головним контингентом санаторіїв були хворі діти на туберкульоз, з яких 49% – на бронхоаденіти, 15% – туберкульоз кісток, 9 % – знесилені розладом харчування. За літо 1925 р. у санаторіях оздоровилися 5 тис. дітей. Характерно, що оздоровчі заклади утримувалися за кошти робмеду, професійних, партійних та інших громадських організацій, окружних відділів охорони здоров'я та



центральных органів влади [253, арк. 137].

В квітні 1927 р. президія ВУЦВК ухвалила постанову за результатами доповіді Охматдиту про стан дитячої оздоровчої кампанії 1926 р. Серед недоліків, перш за все, було відмічено недостатню якість роботи оздоровчих установ, слабку підготовленість персоналу та недостатність медичної допомоги. Президія ВУЦВК рекомендувала НКОЗ УСРР звернути увагу на оздоровлення дітей робітників, дітей незаможних селян та середнього класу, а також на потребу виділення земельних ділянок у містах для облаштування дитячих установ [41, арк. 5]

Оздоровленню дітей сприяла організація шкільних гарячих сніданків. Приблизно 15 % шкіл регулярно видавали дітям гарячі сніданки, які, здебільшого, були безоплатні. Забезпечення гарячими сніданками школярів взяли на себе комісії сприяння школі при райвиконкомах, каси взаємодопомоги, УТЧХ, міжвідомчі комісії оздоровлення дитинства [187, с. 183–184].

Потрібно погодитися з Г. Демочко про те, що в системі охорони здоров'я матерів та дітей важливу роль відігравали консультації, які могли бути як самостійною організацією, так і входити до складу поліклініки. Консультації для жінок проводили диспансерну та культурно-освітню роботу у сфері гігієни вагітності, гігієни пологів та післяпологового періоду, правильного годування та догляду немовлят [64, с. 177]. Слід відмітити, що консультації жінкам надавалися безоплатно, а довіра до них серед жінок зростала. Наприклад, у 1925–1926 рр. кількість відвідувань консультації для вагітних при Київському клінічному інституті становила 4203 проти 1780 у 1922–1923 рр. [148, с. 232]. У 1925 р. шість акушерсько-гінекологічних консультацій м. Одеси відвідала 7341 жінка. З-поміж них було: 4658 вагітних, 470 після пологів, 85 після абортів, 2128 гінекологічно хворих [165, с. 263].

Велику роль консультацій для охорони здоров'я дітей та матерів у період непу відзначали його сучасники. Так нарком охорони здоров'я 1925–1929 рр. Д. Єфімов вказував, що дитячі консультації, ясла та молочні кухні вирішують дві головні задачі – дозволяють жінці поєднувати материнство з участю в

господарському та суспільному житті держави, а також рішуче протидіють дитячій смертності. За його даними, радянській владі вдалося збільшити кількість консультацій з тридцяти (в Російській імперії) до 198 у містах і 271 у селах [68, с. 24].

Високо оцінював значення консультацій лікар Ленінградського Інституту охорони материнства і дитинства З. Мичник, вказуючи, що «сучасна консультація» не тільки здійснює санпросвітницьку та профілактичну роботу, але значно поглиблює її шляхом проведення систематичного патронажу, лекцій, курсів, виставок. На його думку, консультації не лише попереджували хвороби у дітей, але й лікували їх, приділяючи значну увагу дітям-сиротам і підкинутим дітям. З. Мичник вважав, що на вістрі діяльності консультацій завжди була охорона материнства, яку вчений трактував у вузькому значенні (активний період материнства – від вагітності жінки до післяпологового періоду) та у широкому – увесь період дітонародження, від статевої зрілості до клімактеричного [132, с. 52–53].

Попри переваги жіночих консультацій, вони мали у своїй роботі й недоліки, про що відмічалось на VI Всеукраїнському з'їзді охорони матері та дитини. Особливо критикувався амбулаторний характер їх роботи та були поставлені такі завдання: здійснення патронажу вагітних, широкої культпросвітньої роботи, налагодження зв'язку з виробництвом та наданням допомоги при родах, проведення протиабортної кампанії, залучення акушерок до роботи в консультаціях [157, с. 7].

Активно розвивалося облаштування консультацій і в селах, наприклад, у 1925 р. їх було 223. Вони працювали як самостійні одиниці, а також створювалися при медичних дільницях [178, с. 8–10].

Згідно з обіжним розпорядженням НКОЗ УСРР «Про роботу по охороні материнства та дитинства в сільському районі» від 6 серпня 1926 р. у селах у складі медичних дільниць, а також ясел, які не були зв'язані територіально з дільницями, організовувалися консультації лікарів-педіатрів. До штату такої консультації входили лікар-педіатр, патронажна сестра та технічка. Слід

вказати, що повноваження лікарів-педіатрів і лікарів медичних дільниць було розмежовано. Так лікарі-педіатри здійснювали прийом дітей до 4-х років і вагітних жінок, а також жінок, які перебували в післяпологовому періоді; забезпечували патронаж немовлят і вагітних жінок із залученням до цієї діяльності делегаток жінвідділу; проводили культурно-просвітню роботу з питань Охматдиту; проводили інструктаж персоналу денного стаціонару в галузі догляду та годування новонароджених; надавали родопоміч вдома; відвідували хворих дітей до 4-х років вдома; здійснювали санітарне обстеження шкіл та профілактичний огляд дітей тощо. Щоб не перевантажувати лікаря-педіатра, лікар медичної дільниці виконував такі обов'язки: приймав та відвідував дітей віком від 4-х років, гінекологічних хворих; вів денний стаціонар; проводив аборти; виїжджав на пологи; надавав консультативну допомогу лікарю-педіатру у тяжких випадках хвороби [37, арк. 14].

З розвитком промислового виробництва у містах збільшувалася кількість жінок, які наймалися на підприємства, установи, організації. Ця обставина зумовлювала потребу в поліпшенні організації їх праці та створенні умов для догляду за дітьми. Тому РНК УСРР 29 січня 1921 р. прийняла постанову «Про організацію дитячих ясел». НКОЗ УСРР і його місцевим органам було наказано на час польових робіт організувати мережу більше тисячі сільських ясел. Наркомпрод УСРР та його місцеві органи повинні були забезпечити всі ясла необхідними продуктами [74, ст. 38].

У зв'язку з побажаннями II Всеукраїнського з'їзду робітниць і селянок ВУЦВК і РНК УСРР 5 березня 1925 р. було прийнято постанову «Про організацію ясел і кімнат для годування немовлят на промислових підприємствах з масовим використанням жіночої праці». На всіх промислових підприємствах, де працювало більше 200 жінок, організовувалися ясла, з розрахунку одне ліжко на 10 робітниць. На підприємствах, де працювало більше 50 робітниць утворювалися кімнати для годування немовлят. Видатки на організацію та утримання ясел і кімнат годування розподілялися між підприємствами, НКОЗ УСРР і Наркомпраці УСРР [82, ст. 60]. На реалізацію

цього положення НКОЗ УСРР видав інструкцію щодо облаштування ясел при підприємствах [249, арк. 17]. Щоправда, в грудні 1927 р. ВУЦВК і РНК УСРР прийняли постанову «Про розвиток і поліпшення роботи ясел і кімнат для годування немовлят на промислових підприємствах з масовим використанням жіночої праці», яка скасувала постанову від 5 березня 1925 р. [38, арк. 354]. Водночас була видана інструкція НКОЗ УСРР «Про роботу вечірньої зміни ясел». З метою підвищення культурного рівня працівників, які мали дітей, шляхом відвідування ними клубів створювалися ясла для нічного догляду дітей віком до 4-х років [38, арк. 316].

З метою залучення до справи Охматдиту широких мас робітниць і робітників і введення у робочі сім'ї основ соціальної гігієни НКОЗ УСРР у липні 1927 р. прийняв положення «Про батьківські колективи при яслах». При всіх фабрично-заводських, рудничних і районних яслах організовувалися батьківські колективи. До складу батьківських колективів з правом голосу входили всі батьки та персонал ясел, а також представники органів влади та підприємств. Батьківські колективи аналізували звіти про роботу ясел, брали участь у складанні кошторисів, планів, проведенні ремонту, організації матеріальної допомоги яслам, обговоренні оздоровчих заходів, залученні коштів громадсько-пролетарських організацій тощо [38, арк. 73].

Вбачається, що заходи держави щодо облаштування ясел давали свої результати, їх кількість стрімко зростала, особливо в сільській місцевості. Так, якщо у 1924 р. їх було 426, то у 1925 р. – 740 [157, с. 3]. Хоча за оцінками окремих учасників VI Всеукраїнського з'їзду охорони матері та дитини, ясельна кампанія 1925 р. в окремих округах мала провальний характер через недостатність коштів (ясла функціонували 3-6 тижнів) та невідповідність персоналу [178, с. 9].

Попри проведену роботу, місць у яслах не вистачало, особливо у містах, тому при оформленні дитини до дитячого садка перевага надавалася працюючим жінкам-матерям [56, арк. 9]. Адже радянська влада, першочергово, приділяла увагу охороні здоров'я матері-трудівниці. Перед Охматдитом були

поставлені завдання провести облік жінок на виробництві, зокрема й матерів, забезпечити яслами тих, які мали дітей у віці до 4-х років, організувати планове проведення культпросвіту, а також систематичний нагляд за здоров'ям жінок на виробництві через поліклініки робмеду [177, с. 40].

На виробництві створювалися комісії з охорони матері та дитини, які наглядали за соціальним забезпеченням жінки-матері (видача матеріальної допомоги, засобів догляду за дитиною, «приданого» для немовляти тощо), відвідували на дому робітниць, що перебували у декретній відпустці, виявляли проблеми та вчасно сигналізували про них до районних відділів охорони матері та дитини [64, с. 178]. З метою захисту матерів-одиночок Наркомпраці спільно з ВРНГ 29 жовтня 1925 р. прийняли постанову «Про порядок звільнення від робіт самотніх жінок, що мають дітей до одного року», відповідно до якої, такі жінки підлягали звільненню на підставі скорочення штатів лише у виняткових випадках, з дозволу інспектора праці [83, ст. 76].

Недостатня кількість пологових ліжок, відсутність транспорту, нестача акушерських кадрів обумовили проведення значної кількості пологів вдома, що не сприяло охороні здоров'я породіль. На VI Всеукраїнському з'їзді охорони матері та дитини, який проходив 8-13 листопада 1925 р. у м. Харків, відмічалось, що 70 % паталогій зумовлено прийняттям пологів на дому або в сільських лікарнях акушерками, а не кваліфікованими лікарями [157, с. 6]. Наприклад, на Поділлі на початку 1920 р. лише 9 % породіль зверталося до медпрацівників, а решта пологів приймалася на дому [112, с. 211]. Ця практика активно викорінювалася, а кількість лікарняної пологової допомоги зростала. Така допомога надавалася позачергово вагітним жінкам, які мали статус домашніх працівниць або виховували немовля, або не були забезпечені житлом. Так НКОЗ УСРР і Наркомпраці 20 вересня 1927 р. прийняли інструкцію «Про порядок приймання хворих домашніх працівниць та працівників до лікарень і вагітних до «Будинків матері й дитини». Домашнім працівницям при пологах надавалася допомога в обов'язковому порядку та позачергово у всіх пологових установах. Домашні працівниці за два місяці до пологів, а також ті жінки, які

мали немовлят чи не були забезпечені житлом, приймалися до «Будинків матері та дитини» і до «Будинків матері-пролетарки» першочергово [86, ст. 165].

У 20-ті роки загрозового характеру для здоров'я жінок набуло штучне переривання вагітності, яке, здебільшого, проводилося некваліфіковано акушерками-повитухами. Кількість проведених абортів жінками перевищувала народжуваність дітей [64, с. 180]. Так, якщо у 1923 р. штучним перериванням вагітності скористалося 1603 особи, то у 1926 р. їх вже було 8871 [192, с. 81]. Значна частка припадала на підпільні аборти, які суттєво підривали здоров'я жінок. Скажімо, кількість підпільних абортів на селі перевищувала легальні втричі [178, с. 15].

Не випадково, в Кодексі законів про шлюб, родину, опіку і акти громадянського стану УСРР 1926 р. закріплювалося право жінок на проведення абортів, за окремими винятками [116, с. 49]. 10 січня 1926 р. НКОЗ УСРР видав розпорядження, яким також легалізував проведення абортів. Тому окружні інспектури повинні були збільшити кількість безоплатних ліжок, а у випадку їх нестачі – надавати, як виняток, за плату забезпеченим жінкам. Категорії жінок, які мали право на проведення абортів безоплатно або на пільгових умовах, визначалися за погодженням з представниками місцевих партійних і професійних організацій. Окружним інспектурам наказувалося не допускати використання платних абортів з метою отримання прибутку для здоров'я, а також ввести в лікарнях реєстрацію абортів та установити обов'язкову експертизу вагітності жінок, які бажали здійснити аборт. Вони повинні були проводити просвітницьку роботу серед пролетаріату та популяризувати засоби контрацепції [36, арк. 125].

Кримінальним кодексом УСРР (ст. 143) передбачалась відповідальність за проведення абортів особами, які не мали на те права (встановлювалася відповідальність у вигляді позбавлення волі на строк до одного року). Якщо аборт здійснювався без згоди на те жінки або для отримання прибутку, або призводив до смерті жінки, то наставала відповідальність у вигляді позбавлення волі на строк до п'яти років [78, с. 119–120].

З метою протидії проституції, яка була «переважним джерелом зараження на венеричні хвороби» [12, с. 41], 30 березня 1921 р. при ВУЦВК була створена міжвідомча Комісія по боротьбі з проституцією. До її складу входили представники Народного комісаріату освіти УСРР, НКОЗ УСРР, НКСЗ УСРР, Народного комісаріату внутрішніх справ УСРР, Півдбюро ВЦРПС та відділу ЦК КП(б)У по роботі серед робітниць і селянок. На комісію було покладено завдання з розробки законопроектів і конкретних засобів протидії проституції [74, ст. 147]. 13 липня 1921 р. ВУЦВК прийняв постанову «Про боротьбу з проституцією», відповідно до якої загальне керівництво з протидії проституції покладалося на Міжвідомчу комісію при ВУЦВК, а на місцях утворювались відповідні комісії у складі губвиконкому. Міжвідомча комісія надавала допомогу з працевлаштування особам, які займались проституцією, направляла хворих у лікувальні заклади, а дітей, які жили з проститутками, в дитячі будинки. Центральні та місцеві міжвідомчі комісії мали достатньо повноважень для протидії проституції. Вони мали право: ув'язнювати в концтаборах тих проститутток, які не припиняли займатись нею, притягувати до кримінальної відповідальності осіб, які утримували притони, будинки розпусти та займалися сутенерством; порушувати кримінальні справи; подавати касаційні скарги на постанови судів у справах про проституцію; оскаржувати адміністративні постанови на загальних підставах [74, ст. 375].

В обіжнику ВУЦВК, Південбюро ВЦРПС та НКОЗ УСРР від 17 лютого 1923 р. повідомлялося про нові методи протидії проституції. Так рекомендувалося: при зменшені кількості штатних працівників не звільняти одиноких жінок, вагітних і з малолітніми дітьми; при організації громадських робіт – максимально залучати безробітних жінок, піклуватися про підвищення їх кваліфікації; протидіяти безпритульності шляхом влаштування гуртожитків; організувати районні ясла, дитячі їдальні, консультації для безпритульних дітей; розширити санітарно-агітаційну роботу серед дорослих. Крім того, було наказано посилити адміністративний нагляд в публічних місцях розважального типу, громадського харчування і будинках, які надавали помешкання для

короткочасного проживання; протидіяти посередникам і пособниками проституції, зупиняти діяльність притонів; надавати безоплатну допомогу при лікуванні венеричних хвороб. Для координації дій був створений спеціальний орган у складі губздороввідділів – Губернська рада по боротьбі з венеричними хворобами та проституцією, яка розміщувалася в губернських центральних шкірвен поліклініках. Губернській раді по боротьбі з венеричними хворобами та проституцією рекомендувалося зосередити увагу на протидії посередникам і умовам, які штовхають жінок на проституцію, а не на боротьбу з проститутками. До повноважень цього органу входило: протидія венеричним хворобам і проституції, виходячи з рекомендацій, які надсилає НКОЗ УСРР; реалізація заходів, розроблених Центральною Радою по боротьбі з соціальними хворобами і проституцією, що діяла у складі НКОЗ УСРР; розробка губернських нормативних актів для протидії проституції; організація та участь в огляді фізичного стану громадян. Для запобігання розповсюдженню венеричних захворювань РНК УСРР 23 березня 1928 р. прийняла постанову «Про заходи боротьби з венеричними хворобами». Відповідно до цієї постанови, органи охорони здоров'я отримали право огляду учнів, домашніх працівниць, вагітних жінок, осіб, які могли заразити інших в побуті та на роботі. Якщо ці особи відмовлялися від добровільного медичного огляду, то їх оглядали, з дозволу відповідних органів санітарного нагляду, примусово, а вагітних – з дозволу медично-санітарних установ. Якщо ж встановлювався факт захворювання, то органи охорони здоров'я мали право піддати хворих примусовому лікуванню. До осіб, які ухилялися від лікування застосовувалися заходи адміністративного впливу, які передбачалися у п. «б». ст. 72 Адміністративного кодексу УСРР [144, с. 184].

### **Висновки до Розділу 3**

Становлення інституту медичної діяльності проходило в умовах застосування більшовицькою владою таких адміністративних методів, як націоналізація медичних установ та медичного приладдя, а також трудова мобілізація медичних працівників. Попри це, радянській владі вдалося



налагодити виробництво медикаментів та встановити контроль у цій галузі, розробити вимоги до відпуску ліків в аптеках, встановити єдині кваліфікаційні вимоги до медичних працівників, закріпити їх професійні права та обов'язки. Здійснюючи підготовку медичного персоналу, в умовах повоєнної розрухи, голоду та епідемій, держава встановлювала певні пільги лікарям та гарантувала їм матеріальне забезпечення.

Законодавство про санаторно-курортну справу було невід'ємною складовою системи законодавства про охорону здоров'я 20-х рр. ХХ ст. Для забезпечення санаторно-курортного лікування та відпочинку державою були націоналізовані усі санаторії та курорти, створені будинки відпочинку. Обов'язковою умовою для направлення до означених лікувальних і профілактичних установ було проходження соціального відбору, що забезпечував більшовицький класовий підхід у наданні медичної допомоги. Складне фінансове становище держави, в умовах переходу до ринкових засад в економіці, змусило державно-партійне керівництво прийняти рішення про фінансування санаторно-курортних і профілактичних установ за кошти страхових органів та профспілок. В умовах взяття курсу на модернізацію економіки, наприкінці 1920-х рр. державно-партійне керівництво посилило класові підходи щодо санаторно-курортної справи, надаючи перевагу робітникам провідних галузей промисловості.

Радянськими органами влади було проведено комплекс організаційно-правових заходів, спрямованих на створення державної системи охорони матері та дитини в УСРР. Правове регулювання цього інституту мало лікувальну, профілактичну та соціальну спрямованість. У медичну практику було впроваджено нові форми та методи охорони здоров'я матерів і дітей. Розвиток інституту охорони здоров'я матері та дитини забезпечувався організацією мережі різноманітних дитячих установ, жіночих і дитячих консультацій, залученням до їх фінансування не лише держави, але й громадських організацій та підприємств, наданням жінкам допомоги у зв'язку з народженням дітей тощо. Щоправда, рівень медичної та профілактичної допомоги визначався не

тільки станом здоров'я матерів і дітей, але й їх соціальним статусом.

## РОЗДІЛ 4

### ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВИХ І БЕЗПЕЧНИХ УМОВ ЖИТТЯ

#### **4.1 Правові аспекти запобігання інфекційним захворюванням населення**

В умовах масових епідемій тифу, холери, малярії, скарлатини, дизентерії, віспи, чуми та інших хвороб (див. Додаток Л), перед радянською владою стояли складні завдання. З одного боку, необхідно було забезпечити належне нормативно-правове регулювання протидії масовим інфекціям, а з іншого – створити санітарно-епідеміологічні заклади та підготувати санітарних лікарів. Водночас санітарне законодавство готувалося поспіхом та було несистематизоване. Не випадково, на сесії Першої Всеукраїнської санітарної ради, яка проходила 25-30 серпня 1922 р., вказувалося, що у галузі санітарного законодавства необхідно прийняти проекти нових законів, переглянути, зареєструвати та систематизувати чинні. По-перше, слід було розробити законодавство про структуру санітарної організації, її права та обов'язки, взаємовідносини з іншими відомствами, протидію небезпечним інфекційним хворобам, охорону води, повітря, ґрунту та харчових продуктів. По-друге, прийняти законодавчі акти, які б врегульовували гігієну шляхів сполучень, санітарну охорону праці, санітарію житла та планування населених пунктів [161, с. 18].

Та не дивлячись на складні соціально-економічні умови, у липні 1920 р. налічувалося: 104 повітових санітарних лікарів, 63 міських та 133 санітарно-житлових інспекторів, 40 санітарних наглядачів. Було створено 52 повітових і 15 міських санітарно-бактеріологічних лабораторій, 40 деззагонів, 19 дезинфекційних станцій, 9 віспотелятників. У Київському, Одеському та Катеринославському санітарно-бактеріологічному інститутах, окрім наукової роботи, виготовляли вакцини і сироватки. З'явилася перша санітарна-

епідеміологічна станція у м. Київ, яка після квітня 1921 р. була реорганізована в губернську санітарну станцію [195, с. 74]. Вбачається, що з 1925 р. по 1928 р. кількість санітарних закладів та лікарів у цій галузі щорічно зростала (див. Додаток М).

Для вирішення кадрової проблеми у сфері охорони здоров'я Всеукрревком 7 лютого 1920 р. вдався до радикальних заходів – прийняв постанову «Про залучення до трудової повинності», згідно з якою медичний персонал віком від 45 до 60 років залучався до трудової повинності. Хібо-що, від цього обов'язку звільнялися тяжкохворі особи [33, арк. 3]. Так, на виконання цієї постанови, був виданий наказ Жмеринського повітревкому від 28 грудня 1920 р., відповідно до якого «увесь медперсонал, лікарі, зубні лікарі, фельдшери, фармацевти, сестри-жалібниці (чоловіки до 52 років, а жінки до 40 років) у двохденний термін повинні були з'явитися на реєстрацію у військово-санітарний відділ. Особи, які не з'являлися без поважних причин, передавалися до суду за законами військового часу» [33, арк. 5].

З метою поліпшення санітарного благополуччя НКОЗ УСРР положенням «Про курси санітарно-технічних інструкторів» створив шестимісячні курси у Харкові, Києві, Одесі, Катеринославі. Вони здійснювали підготовку та випускали тричі на рік по 20-40 санітарно-технічних інструкторів [260, с. 252]. У зв'язку з потребою держави в підготовці кваліфікованого санітарного персоналу НКОЗ УСРР 22 травня 1922 р. ухвалив постанову «Про підготовку санітарних лікарів» [205, арк. 102]. Санітарні лікарі мали достатньо повноважень для виконання своїй обов'язків. Зокрема: право вільного доступу до громадських та приватних помешкань, установ і підприємств для здійснення санітарного нагляду; брати проби або продукти для санітарного аналізу та складати відповідні акти; вимагати від лікарського персоналу, установ, домоуправлінь відомості про епідемічні захворювання населення; брати участь у всіх комісіях у справі санітарного впорядкування населених пунктів; вимагати від осіб, відповідальних за санітарний стан організацій, усунення у певний строк порушень [59, арк. 124].

Необхідно було налагодити підготовку не лише кваліфікованих санітарних лікарів, але й забезпечити проведення професійного, систематичного нагляду за санітарним станом республіки. Якраз на термінову підготовку санітарних інспекторів спрямовувалася постанова РНК УСРР «Про курси для підготовки санітарних інспекторів» від 14 червня 1921 р. Всеукраїнське управління з охорони праці організувало 6-ти місячні курси стажування, куди було зараховано 50 лікарів [202, арк. 37]. Курсантам, лекторам і всьому допоміжному персоналу було надане продовольче забезпечення і необхідні приміщення. Для занять на курсах надавалися у користування усі необхідні лабораторії, бібліотеки, майстерні, музеї. Добре була налагоджена й навчальна практика з санітарії, яку курсанти проходили на підприємствах [60, арк. 47]. Курсантам надавалася грошова допомога у розмірі посадового окладу санітарного лікаря. По закінченню навчання, вони були зобов'язані відпрацювати 2 роки за направленням [44, арк. 37].

Нормативне врегулювання забезпечення промислового регіону Донбасу санітарними інспекторами відбувалося шляхом видання постанови РНК УСРР «Про організацію курсів для підготовки санітарних інспекторів для Донецького Басейну» від 11 січня 1921 р. З цією метою у цьому регіоні були організовані трьохмісячні курси, на які було прийнято 20 лікарів. Усім установам, підприємствам, що знаходилися у підпорядкуванні Народного комісаріату освіти УСРР, НКОЗ УСРР, Української ради народного господарства було наказано надати в користування курсів необхідні лабораторії, бібліотеки, музеї. Для набуття практичних навичок з санітарії курсанти допускалися до роботи на фабрично-заводські та рудничні підприємства [204, арк. 3]. Радянська влада намагалася залучити до санітарної справи «кращих активістів, здатних до творчої роботи, відданих інтересам трудящих», передусім, це були колишні земські санітарні лікарі, дільничні лікарі, які проявили себе як громадські санітарні діячі [161, с. 32].

Медичні працівники, виконуючи професійні обов'язки в умовах масових епідемій несли ризик ціною життя. Так рівень смертності серед лікарів

становив 23,42%, фельдшерів – 11,02%, акушерок – 13,33%, санітарів і дезінфекторів – 14,7% [260, с. 475]. Для мотивації праці медичних працівників, які захворіли на інфекції при виконанні своїх професійних обов'язків, влада гарантувала соціальне забезпечення у вигляді безкоштовного надання усіх видів медичної допомоги та коштів на утримання [206, арк. 13].

У випадку інвалідності, медичним працівникам, а також непрацездатним членам їх сімей, які знаходились на утриманні, видавалася щомісячна пенсія. Повна пенсія назначалася медичному працівникові, який став інвалідом, і його непрацездатним членам сім'ї при втраті працездатності від 60% у розмірі: одній особі – 40% середнього заробітку; двом – 60%; трьом – 80%; більше трьох – 100%. Для осіб, які частково втратили працездатність (від 15% до 29%), пенсія встановлювалася в розмірі 20%. У разі часткової втрати працездатності (від 30% до 44%), виплачувалось 50% пенсії. Якщо втрата працездатності сягала від 45% до 59%, то розмір виплати становив  $\frac{3}{4}$  окладу. У разі потреби особливого догляду через немічність відділ соціального забезпечення збільшував пенсію. Сума всієї грошової допомоги, пенсій і заробітку, яку отримувала сім'я, не могла бути нижчою за прожитковий мінімум та вищою ніж середній заробіток [168, ст. 257].

У випадку смерті медичного працівника від інфекційної хвороби при виконанні професійних обов'язків непрацездатним членам його сім'ї, які перебували на його утриманні, пенсія назначалася у повному розмірі. Сім'ї медичного працівника, померлого від епідемії, видавалися кошти на поховання у розмірі середньомісячного заробітку. У законодавстві були визначені підстави, за яких виплата пенсії припинялася, а саме: у разі смерті особи, яка її отримувала; досягнення дітьми померлого 16-ти річного віку; відновлення здоров'я і працездатності; отримання стабільного прибутку, який дорівнював, або перевищував розмір пенсії; постанови суду. Доросла особа, яка отримувала пенсію, повинна була повідомляти відділ соціального забезпечення про зміни в складі або матеріальному стані сім'ї, які могли вплинути на розмір пенсії [168, ст. 257].

Головною метою санітарії було усунення тяжких наслідків масових епідемій, які ширилися в країні. В таких умовах радянський уряд, оголосивши охорону здоров'я державною справою, не міг би подолати масові епідемії, якби не втілював у життя принцип: «Охорона здоров'я трудящих є справа самих трудящих» [69, с. 6]. Таким чином, фактично, все населення країни, громадські організації, підприємства були залучені до протидії поширенню епідемій.

Основоположними актами, що законодавчо закріплювали основні положення та містили програму протидії епідеміям були декрети уряду РРФСР «Про заходи по боротьбі з висипним тифом» від 28 січня 1919 р. та «Про заходи боротьби з епідеміями» від 10 квітня 1919 р., що поширювалися і на територію УСРР [69, с. 8]. Оскільки загрозу населенню несла епідемія тифу, тому 27 лютого 1919 р. НКОЗ УСРР видав розпорядження «Про реєстрацію хворих висипним тифом». Відповідно до цього розпорядження лікарі повинні були повідомляти в місцеві здороввідділи про всі випадки захворювання на висипний тиф [168, ст. 183]. Зауважимо, що в 1922/23 рр. найбільша захворюваність на висипний тиф була в Полтавській (13086), Одеській (5884), Катеринославській (5817) губерніях. Найбільша захворюваність на поворотний тиф спостерігалася в Одеській (21109), Катеринославській (17935), Донецькій (17931), Полтавській (17454) губерніях. Захворюваність на черевний тиф була найбільшою у Катеринославській (6808), Харківській (5386), Одеській (4417) губерніях. З метою протидії епідемії тифу в Україні було проведено масштабну роботу. Так 83 санбактеріологічні станції зробили 130.370 аналізів; бактеріологічні інститути виробили 14 тис. сироваток і вакцин [236, арк. 23]. Однак, з огляду на пандемію тифу, Всеукраїнська санітарна рада прийняла рішення звернутися про допомогу до Міжнародної епідемічної комісії та просити про відправку в Україну протиепідемічні ліжка, санітарні автомобілі, дезкамери та деззасоби, мило, засоби догляду за хворими [161, с. 47].

У 20-ті роки пішло на спад захворювання на скарлатину, однак була ймовірність його поновлення, тому 20 вересня 1920 р. НКОЗ УСРР видав наказ «План боротьби зі скарлатиною в УСРР». У цьому документі були зроблені

важливі висновки про те, що: ймовірність зараження скарлатиною обернена пропорційна віку людини, хвороба передається як через хворого, так і його речі, єдиним дієвим методом протидії є введення сироватки. Тому хворих на скарлатину піддавали ізоляції та госпіталізації, а їх речі – дезінфекції. З 1925 р. у бактеріальних інститутах УСРР почала вироблятися сироватка Мозера [40, арк. 120].

Одним із напрямів санітарно-епідеміологічного обслуговування населення була протидія інфекції віспи. Так у 1921 р. на віспу хворіло 36,4 тис. осіб [195, с. 85]. Тому 30 березня 1920 р. РНК УСРР прийняла декрет «Про обов'язкове щеплення проти віспи». Відповідальність за проведення щеплення працівників від віспи покладалась на керівників усіх закладів, установ і підприємств. Щеплення від віспи робили й дітям, за його проведення несли відповідальність родичі або опікуни. Повторне щеплення потрібно було робити обов'язково через кожних 10 років. Декретом визначалися особи, які не підлягали віспощепленню, зокрема: особи, яким робили щеплення не пізніше 7 років і, які мали відмітку про це в лікарському посвідченні; діти молодші 7 років, які мали рубці від щеплення; особи, які перехворіли натуральною віспою; особи, які за станом здоров'я не могли піддатися щепленню та пред'являли лікарське посвідчення про це. Всі особи, яким зробили щеплення підлягали обов'язковому оглядові, а ті, які ухилялися – піддавалися суду [91, ст. 99].

Відповідно до постанови РНК УСРР «Про обов'язкове віспощеплення» від 30 січня 1926 р. щеплення від віспи робили новонародженим, а також дітям першого року життя та особам, яких не щепили протягом року від дня прийняття постанови. Ревакцинацію здійснювали особам віком від 7 до 8 років, наступну – від 14 до 15 років і від 20 до 21 року. Від обов'язкового щеплення звільнялися хворі на віспу та ті, яких щепили протягом 5 останніх років. Віспощеплення здійснювалось масово та безоплатно – у школах, дитячих будинках, інших установах для дітей; при вступі до Червоної армії, флоту, міліції; при проходженні військового навчання; у військових частинах, місцях



позбавлення волі; на підприємствах, установах тощо [85, ст. 50].

Щепленням керували НКОЗ УСРР, його санітарні епідемічні відділи, а також окружні інспектури охорони здоров'я, медсанупри транспортної медицини. Для проведення віспощеплення медперсонал забезпечувався спиртом, ефіром, ватою, голками, милом, халатами, рушниками, а у сільській місцевості – ще й транспортними засобами. Віспощепії, крім власне щеплення, складали також списки осіб, які підлягали обов'язковій вакцинації та ревакцинації, реєстрували осіб, яким робили щеплення, звітували про проведену роботу [86, ст. 75].

У період непу становила загрозу епідемія холери, яка спочатку спалахнула в урожайних районах України, а в 1922 р. масово вразила голодуюче населення Півдня України (Одеса, Миколаїв, Мелітопіль, Бердянськ тощо) [231, арк. 26]. Тому вже 27 травня 1920 р. Всеукраїнська надзвичайна санітарна комісія прийняла обіжник «Про заходи в зв'язку з епідемією холери, яка насувається». В обіжнику вказувалось, що надзвичайні санітарні комісії діяли ефективно лише в деяких губерніях, а в більшості випадків вони функціонували лише формально. У зв'язку з цим радянські органи зобов'язали надзвичайні санітарні комісії сконцентрувати свою діяльність у двох напрямках: примусити комунальні відділи терміново привести у належний стан каналізаційні системи, водопроводи, вигрібні ями, смітники тощо; негайно привести у належний стан усі існуючі бані та пральні, а також забезпечити їх паливом для ефективного функціонування [91, ст. 200].

На III Всеукраїнській сесії ВУЦВК, яка проходила 22-23 липня 1921 р., було прийнято рішення про активізацію протидії холері та затверджено «Відозву про всіх трудящих про боротьбу з холерою». 23 липня 1921 р. ВУЦВК прийняв постанову «Про заходи боротьби з епідемією холери». Відповідно до цієї постанови, протиепідемічний фронт оголошувався ударним, а тому, всі радянські органи були зобов'язані надавати допомогу органам охорони здоров'я у цій справі [246, арк. 157]. Так Українська рада народного господарства наказала всім головним комітетам здійснити термінові ремонти та

пристосувати приміщення лікарень для госпіталізації холерних хворих; прискорити виготовлення санітарно-технічних приладів і установок в терміновому порядку (дезінфекційні камери, кип'ятильники, гідропульти та ін.); прискорити виробництво дезінфекційних засобів. Народному комісаріату внутрішніх справ УСРР було наказано вжити термінових заходів з прокладення каналізаційної та водопровідної систем, а також спільно з НКОЗ УСРР врегулювати питання санітарії житла. Для протидії холері Уповноважений комітету фінансів повинен був забезпечити НКОЗ УСРР коштами, Наркомпрод УСРР – відповідними засобами медичний персонал. На Уповноваженого комітету зовнішньої торгівлі був покладений обов'язок термінової доставки протиепідемічних засобів, відповідно до заявок НКОЗ УСРР. Південбюро ВЦРПС мало забезпечити всіх працівників спецодягом. Виконкомам було наказано негайно вирішувати на сесіях і засіданнях всі питання, пов'язані з холерою [74, ст. 384].

10 січня 1922 р. НКОЗ УСРР направив у всі губздоровідділи циркуляри, які стосувалися проблеми розповсюдження холери переселенцями із голодуючих губерній. У них вказувалось на необхідність ізоляції усіх переселенців, які підозрювалися на захворювання холерою в особливі палати. У разі виявлення хворих, їм обов'язково здійснювалася вакцинація [47, арк. 2 зв].

Для запобігання холерним захворюванням 28 лютого 1922 р. РНК УСРР прийняла декрет про обов'язкове щеплення таких категорій населення, як робітники, службовці, школярі, червоноармійці та особи, що перебували в місцях позбавлення волі. З 6 по 12 квітня 1922 р. у Харкові відбувся III Всеукраїнський з'їзд бактеріологів та епідеміологів, у результаті якого було визнано необхідним проведення масових протихолерних щеплень. На цьому з'їзді були окреслені основні завдання у сфері санітарної організації України: ліквідація епідемій і проведення широких оздоровчих заходів; розроблення санітарного законодавства; залучення громадськості до профілактичної діяльності; зосередження організаційно-управлінської функції у сфері санітарії у компетенції держави [159, с. 128].

З причин масового захворювання населення УСРР на холеру та її пандемічного розповсюдження ВУЦВК 5 квітня 1922 р. прийняла постанову «Про місяць чистоти», який організовувався місцевими виконками з 15 квітня по 15 травня 1922 р., а за необхідності, в окремих місцевостях продовжувався на більш тривалий термін [50, арк. 34].

У постанові зверталася увага на першочергове поліпшення санітарного стану дитячих будинків, водопостачання і прибирання бруду, приведення в належний санітарний стан залізниць, водного транспорту, своєчасне прибирання трупів з вулиць. Також вказувалося на використання «місяця чистоти» для впорядкування санітарного стану в селах. Вся відповідальність за належне проведення місяця чистоти покладалась на виконком та управління водами та залізничних шляхів. До його проведення максимально залучались усі організації (колгоспи, раднаргоспи, профспілки тощо), а також працездатне населення у порядку загальної санітарної повинності [80, ст. 267]. У разі невиконання цих вимог особи притягалися до кримінальної відповідальності «у вигляді позбавлення волі строком до 6 місяців у концентраційному таборі» [55, арк. 6].

Не дивлячись на такі жорсткі заходи, завідувачі губздороввідділами на нараді, яка проходила 2-5 травня 1922 р., констатували недостатній розвиток щеплень, які планувалося зробити під час ініційованого ВУЦВК «місяця чистоти». Холера охоплювала нові райони, тому НКОЗ УСРР зобов'язав відділи охорони здоров'я проводити обов'язкові трьохкратні щеплення. За ухилення від виконання такого рішення завідувачі губздороввідділами передавалися до ревтрибуналу [50, арк. 69].

Особливою активністю в антиепідеміологічній кампанії відзначився Донбас. Робота медичних працівників проходила в тяжких умовах, а самі вони проявили велику самовідданість, тому ВУЦВК нагородив багатьох із них орденами Червоного Прапора Праці. Адже епідемія холери на Донбасі була загрозливою, про що свідчать дані доповіді НКОЗ УСРР від 9 січня 1922 р. «Про холерну епідемію в Донбасі в 1921 році». Зокрема відносно захворювання

на холеру станом на 1920 р. було таким: 56% – на рудниках і заводах, 30% – у містах, 14% – у селах. У 1921 р. ситуація погіршилася: 56% – на рудниках і заводах, 50% – у містах, 30 % – у селах. Загалом було зареєстровано 5308 захворювань на холеру [111, с. 23].

Загалом у 1922 р. проти холери та черевного тифу вдалося вакцинувати 5% населення України, а також госпіталізувати 85% осіб, хворих на холеру [161, с. 9]. Беручи до уваги загрозу для населення епідемії холери та тифу, РНК УСРР 18 червня 1924 р. прийняла постанову «Про охоронне щеплення проти холери та черевного тифу». Черевнотифозні щеплення стали обов'язкові для медичного та санітарного персоналу, військовослужбовців, міліціонерів, в'язнів, дітей, які перебували в установах закритого типу, робітників і службовців, що виготовляли, зберігали та видавали продукти харчування і напої, торговців продуктами харчування і напоями, робітників асенізаційних, каналізаційних, водопостачальних підприємств і установок, працівників транспорту, яких залучали до масового перевезення людей. Для учнів обов'язкове черевнотифозне щеплення вводилося постановами губернських і окружних виконкомів у випадку значного розвитку черевного тифу в тій чи іншій місцевості. У разі виявлення надто численних захворювань черевним тифом на підприємствах, установах та організаціях місцевий виконком встановлював обов'язковість щеплення для всіх їх працівників [92, ст. 133].

Остаточна епідемія холери в УСРР була ліквідована лише в першому півріччі 1923 р., а захворюваність на епідемію тифу в період з січня по червень 1923 р. зменшилася у 7 разів. Приблизно такі ж результати були досягненні в боротьбі з поворотним тифом. Причинами цього були набуття природного імунітету, в результаті перенесених населенням хвороб, а також покращення матеріального рівня життя і проведення протиепідемічних заходів [188, с. 30].

Кліматичні умови Півдня України сприяли появі в цьому регіоні малярії, яка почала насуватися також на Північ та Правобережжя України. Якщо за 1922–1923 рр. кількість хворих на малярію становила 463, 3 тис. осіб, то в 1923–1924 рр. вона збільшилася до 822 тис. [195, с. 87]. Лише за 9 місяців

1924 р. на малярію захворіло 633.844 осіб [10, с. 58]. Не випадково, 20 липня 1923 р. НКОЗ УСРР оприлюднив загальний план боротьби з малярією в УСРР. У ньому визначалися протималярійні заходи, а саме: своєчасність виявлення захворювання та його осередку; регулярне сповіщення про поширення епідемії; радикальні заходи лікування та ізоляція хворих; знищення зовнішніх збудників хвороби. Крім того, були визначені конкретні заходи з нерозповсюдження малярії, такі як: ізоляція, госпіталізація та лікування малярійних хворих; захист від комарів і їх знищення; поширення малярійної санітарної освіти; розповсюдження хініну, з розрахунку 15 грам на хворого. Зважаючи на проблему забезпечення хініном, було вирішено заготовити хінін за рахунок державних і місцевих коштів та звернутися за допомогою до іноземних організацій, які допомагали Україні пережити голод і епідемії (АРА, НАНСЕН, Міжнародний Червоний Хрест, Міжнародна епідемічна комісія) [236, арк. 21].

На протидію малярії були спрямовані постанови РНК УСРР «Про заходи боротьби з малярією» від 14 вересня 1923 р. та «Про заходи боротьби з малярією на промислових підприємствах» від 26 липня 1924 р. Згідно з останньою постановою НКОЗ УСРР надавалося право, за висновком Центральної малярійної комісії, оголошувати місцевості під загрозою малярії. У таких місцевостях усі підприємства, а також кооперативні та промислові товариства зобов'язані були виконувати заходи із запобігання малярії. Якщо причиною поширення малярії визнавалися болота, заболочені місцевості, плавні, водозбори, канали та інші водоймища, то підприємства повинні були здійснити гідротехнічні та санітарно-технічні роботи за свої кошти. Вони повинні були з травня по червень забезпечити приміщення (робітничі казарми, гуртожитки тощо) сітками від комах. Кожне підприємство цієї місцевості повинно було здійснювати запобіжну хінізацію працівників. Малярійна комісія здійснювала обов'язкову реєстрацію підприємств, де хінізація повинна була здійснюватися обов'язково. Необхідні кошти на хінізацію надавало НКОЗ УСРР і місцеві виконкоми за поданням малярійної комісії. За невиконання цієї постанови, а також всіх постанов, які регулювали питання

протидії малярії, винні особи притягалися до кримінальної відповідальності згідно з ст. 217<sup>2</sup> КК УСРР [92, ст. 164].

Обов'язок виявлення осередків захворювання був покладений на окружні відділи охорони здоров'я, губздороввідділи та санепід НКОЗ УСРР. Крім того, було залучено Наркомзем, ВРНГ, широку громадкість (сільські ради, малярійні комітети) тощо [235, арк. 197]. Завдяки вжитим протималярійним заходам у 1926 р. епідемія почала зменшуватися та досягла довоєнного рівня, а в 1927 р. знизилася ще на 9 % [186, с. 66].

Відповідно до постанови РНК УСРР «Про комісії для боротьби з малярією» від 18 липня 1924 р. у складі НКОЗ УСРР була утворена центральна комісія, а при губернських, окружних, районних виконкомах – місцеві комісії. Такі комісії функціонували й на транспорті. Центральна комісія та її органи на місцях узгоджували між певними відомствами, організаціями, установами, приватними особами протималярійні заходи та впроваджували їх у життя [92, ст. 161].

Водночас в країні в цей час поширилася дизентерія, переважно, в Полтавській, Харківській, Чернігівській, Донецькій та Одеській губерніях. Захворюваність на дизентерію у 1921 р., у порівнянні з 1920 р., зросла приблизно в 4 рази [186, с. 57]. З метою ефективної протидії епідемії НКОЗ УСРР 19 вересня 1924 р. видав наказ «План проведення в Україні активної імунізації проти дизентерії», у якому вказувались, що такі заходи протидії дифтерії, як ізоляція, виділення бацилоносіїв, дезінфекція є неефективними. Тому було вирішено застосовувати метод імунізації, запатентований Берингом у 1913 р. і схвалений III Всеукраїнською Санітарною Радою та VIII Всеукраїнським з'їздом бактеріологів, епідеміологів і санлікарів [40, арк. 201].

Донецька, Таврійська, Катеринославська, Полтавська, Чернігівська губернії і міста Правобережної України перебували під загрозою зараження чуми. У зв'язку з цим 30 січня 1920 р. Всеукрревком прийняв постанову «Про оголошення небезпечними для зараження чумою губерній Лівобережної та

Правобережної України». Для протидії епідемії чуми було утворено у складі Всеукраїнської земельної комісії Український протичумний комітет. Держава виділила вісімдесят мільйонів крб. на протидію чумі. Українському протичумному комітету та місцевим комісіям було надане право відчужувати і знищувати, з видачею компенсації, заражене чумою майно. Типовим для того часу був склад місцевої комісії, до якої входили ветеринар, член Укрревкому, волревкому та 2 місцевих селянина. Ветеринарний склад, який протидіяв чумі, прирівнювався до персоналу, призваного на військову службу [91, ст. 11].

Для того, щоб протидіяти поширенню чуми через морський транспорт ВУНСК видала наказ «Про заходи проти занесення чуми і інших хвороб» від 8 червня 1920 р. Вантаж, який прибував до Одеси та його власники оглядалися лікарем, який збирав відомості про хвороби, якими хворіли екіпаж і пасажери корабля, а також про епідемічні хвороби в портах, у які входив корабель. Лікар приймав рішення стосовно того, чи потрібно відправляти людей і товар у карантинні помешкання, де вони перебували під лікарським наглядом, визначав, чи достатньо застосовано санітарної обробки. У період дії карантину, прибулі пасажери та товар, підлягали всім видам санітарної обробки (лазня, дезінфекція, пральня). Якщо не було потреби в карантині, то осіб лише відправляли до лазні, де їх стригли та мили, а одяг, білизну, вантаж піддавали дезінфекції. Речі, які не піддавалися швидкій дезінфекції підлягали механічній очистці. Лише по завершенню санітарної обробки особи забезпечувалися нічлігом та харчами. Протягом усього часу перебування в Одесі за прибулими особами здійснювався лікарський нагляд. У випадку виявлення захворювання, яке було завезене морським шляхом, лікар ніс особисту відповідальність. У разі виявлення інфекційного захворювання хоч би у однієї особи або не менше 15% осіб на кораблі всі інші поміщались у карантин. Карантинні помешкання та нічліжні приміщення для Одеси облаштовувалися на 5.000 осіб. Перед відправленням з Одеси осіб, які знаходилися на карантині, піддавали санітарній обробці (стриженню, лазні, пранню білизни, дезінфекції одягу та речей). Одеське управління евакуації людей про всі події звітувало в Москву.

Цей наказ розповсюджував свою дію і на інші портові міста [91, ст. 276].

30 листопада 1920 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про оголошення під загрозою чуми портів Чорного моря», відповідно до якої всі порти Чорного моря, що належали УСРР, оголошувались під загрозою чуми. Тому НКОЗ УСРР повинен був розробити інструкцію про огляд суден, які заходили в порт. Обов'язок виконання розроблених заходів щодо протидії чуми покладался на місцеві виконкоми та їх відділи [91, ст. 561].

З метою локалізації інфекційних захворювань на залізницях 4 червня 1920 р. у «Вістях» була опублікована постанова ВУНСК «Про встановлення санітарних правил на залізницях». Населення було зобов'язане виконувати та дотримуватися наступних санітарних правил на залізницях: не забруднювати та не засмічувати шляхи, вагони, станції (вокзали, платформи, контори майстерні, магазини, склади, ін.); викидати сміття, виливати помий лише в спеціально відведені для цього місця; не користуватись під час стоянки на станції клозетами та убиральнями в вагонах, а використовувати їх лише під час руху потягу; справляти природні потреби лише в спеціально відведених для цього місцях; не засмічувати раковини в клозетах і в приміщеннях; не лускати насіння, не плювати і не кидати цигарки на підлогу в станційних і службових приміщеннях та вагонах; не продавати насіння, сирі овочі, зелень у межах зони відчуження і службових приміщеннях; не лягати та не сідати на підлогу, лави та крісла, у відведених для перебування пасажирів приміщеннях; не переховувати від лікарсько-санітарного огляду хворих на інфекційні хвороби. Контроль за належним виконанням цих правил покладался на агентів лікарсько-санітарного нагляду, членів санітарних комісій, залізничну міліцію та дільничну транспортну надзвичайну комісію [247, арк. 34]. У разі порушення цих правил винні притягувалися до адміністративної відповідальності та передавалися до суду ревтрибуналу [58, арк. 10].

17 червня 1920 р. ВУНСК видала наказ «Про санітарні і проти пошесні заходи на залізницях Південно-Західного фронту», який містив імперативні норми щодо забезпечення санітарного благополуччя на залізницях. Так від



управлінь залізниць вимагалось виконувати всі розпорядження залізничного санітарного нагляду. На всіх вузлових станціях встановлювалося чергування медперсоналу, який повинен був оглядати вантаж й осіб на предмет виявлення інфекційних хвороб, оснащувалися вагони-ізолятори та до всіх потягів приєднувалися санітарні вагони з відповідним знаряддям для ізоляції хворих у дорозі. Винні в неналежному виконанні санітарно-епідемічних заходів притягувалися до відповідальності за законами військового часу. Обов'язок нагляду за виконанням вказаних заходів і притягнення винних до відповідальності покладался на транспортні надзвичайні комісії [91, ст. 304].

З метою протидії розвитку епідемічних захворювань 12 травня 1922 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про медико-санітарні заходи, прибирання і поховання трупів, які знайдені в смузі відчуження залізниць». Так, у випадку виникнення епідемічних захворювань поміж пасажирями, хворих негайно переміщали в ізоляційні пункти, вживаючи заходи санітарно-медичного характеру. Залізнична та водна адміністрація були зобов'язані влаштувати навколо станцій і пристаней з великим скупченням пасажирів особливі пункти (покійницькі) для зберігання трупів перед похованнями, а навколо інших станцій мати запасну землю, відведену під могили. Заборонялося перевозити трупи з однієї станції на іншу. Загальне керівництво і нагляд за виконанням постанови покладалося на окружну, дорожню, лінійну та дільничну санітарні комісії. Винні в порушенні цієї постанови відповідали перед трибуналами, як за службовий злочин в умовах стихійного лиха [80, ст. 359].

У зв'язку з голодом, епідеміями та виснаженістю населення, а також харчуванням неякісною кукурудзою, траплялися випадки захворювання пелагрою, тому Українська економічна рада прийняла постанову «Про засоби застереження від пелагри» від 4 серпня 1922 р. НКОЗ УСРР, Наркомзем УСРР, Нард УСРР та їхні місцеві органи вживали заходів для протидії цьому захворюванню. Усі випадки пелагри реєструвалися органами охорони здоров'я та лікарями. Органи санітарного нагляду здійснювали контроль за якістю кукурудзяного борошна, яке продавалося [80, ст. 507].

Одним із напрямів роботи органів охорони здоров'я була протидія туберкульозу. За неповними даними, у цей час на туберкульоз захворіло до 70% населення [113, с. 51]. Серед причин загальної смертності населення України в 1923 р. туберкульоз становив 15,3% міського населення (дані по сільських місцевостях відсутні) [188, с. 30]. Не випадково, НКОЗ УСРР неодноразово проводив трьохденники, спрямовані на протидію туберкульозу. Наприклад, проводилися вони губздороввідділами в лютому 1923 р. та в березні 1925 р. [34, арк. 575].

З метою збільшення спеціалістів, які могли надати лікувально-профілактичну допомогу хворим на туберкульоз, 14 лютого 1923 р. НКОЗ УСРР прийняв постанову «Про туберкульозні курси для лікарів». Навчання на курсах тривало протягом чотирьох місяців. На курси зараховувалися лікарі з 3-річним клінічним або 4-річним лікарняним стажем. Масові епідемії вимагали від органів охорони здоров'я вжиття ефективних заходів протидії поширенню інфекцій. Зокрема на їх запобігання спрямовувалась інструкція НКОЗ УСРР «Про обов'язкову реєстрацію гострозаразних і гостро-епідемічних захворювань та сповіщень про них» від 26 січня 1926 р. Хворі на чуму, холеру, всі види тифу, правець, малярію, туберкульоз, віспу, пропасницю тощо підлягали обов'язковій реєстрації. У переліку було всього 27 інфекційних хвороб. Реєстрацію хворих здійснював лікар, який повинен був протягом 24 годин сповіщати про такі випадки відповідні органи охорони здоров'я [84, ст. 170].

В умовах масових епідемій надзвичайно важливо було організувати правильну діагностику інфекційних хвороб. Для протидії інфекціям, особливо в першій половині 20-х років, велику роль відігравали санітарно-гігієнічні лабораторії. Лабораторії були майже в кожній губернії, проте лабораторна справа розвивалася гірше на Волині, в Чернігові, Кременчуку, Запоріжжі. За своїми завданням та обсягом роботи санітарно-гігієнічні лабораторії поділялися на чотири групи: великі (губернські та міські), середні (повітові), місцевого значення (на залізничних вузлах) та пересувні [161, с. 26–27]. Хоча стан засобів діагностики на той час ще не відповідав потребам, однак темпи їх забезпечення

зростали. Наприклад, в порівнянні з 1922–1923 рр., кількість хіміко-бактеріологічних лабораторій в УСРР у 1927–1928 рр. збільшилася у 11 разів, а рентгенівських кабінетів – у 6 разів [133, с. 150].

Для протидії епідеміям необхідно було налагодити виробництво відповідних лікарських вакцин і сироваток, тому 11 січня 1921 р. РНК УСРР поширила на територію держави декрет РСФРР «Про заходи забезпечення матеріалами для щеплення, які необхідні для боротьби з заразними хворобами» від 20 серпня 1920 р. Першочергово, всіма необхідними матеріалами забезпечувалися Інститут експериментальної ветеринарії, протичумні станції, а також всі ветеринарно-бактеріологічні лабораторії і станції, що виробляли запобіжні лікарські та діагностичні сироватки і вакцини. Місцеві продовольчі органи, а також органи Наркомзему УСРР і Народного комісаріату військових справ УСРР зобов'язані були постачати інститутам і лабораторіям у необхідній кількості піддослідних тварин. Відповідні місцеві органи влади таким установам надавали всебічну підтримку, забезпечуючи їх усім необхідним для проведення дослідів [74, ст. 10].

Згодом РНК УСРР прийняла постанову «Про постачання бактеріологічним і віспощепним інститутам, що виробляють лікарські охоронні і діагностичні сироватки і вакцини» від 19 березня 1921 р., якою органи держави створювали необхідні умови бактеріологічним інститутам для проведення медичних дослідів. Зокрема військове відомство виділило для них 555 коней, Народний комісаріат продовольчих справ УСРР поставив для тимчасового користування 1550 телят, з яких одержували віспяний детрит. Для виготовлення сироваток і вакцин інститути забезпечувались морськими свинками, кролями та іншими дрібними тваринами. Ці тварини не підлягали мобілізації або реквізиції, а використовувалися лише за медичним призначенням [74, ст. 129].

Слід погодитися з висновком вчених про те, що у важких умовах голоду, епідемії і повоєнної розрухи радянська влада діяла на основі принципу «санітарної диктатури», яка спрямовувалася на екстрену мобілізацію

обмежених державних ресурсів і зусиль громадськості на боротьбу з епідеміями [187, с. 75; 67, с. 91]. Якраз у цьому контексті, з метою залучення додаткових коштів на протидію епідеміям, ВУЦВК 8 березня 1922 р. прийняв постанову «Про загальногромадянський податок для надання допомоги голодуючим і на посилення засобів на протидію епідеміям». Таким чином, з всього працездатного населення (чоловіки віком від 17 до 60 років та жінки – від 16 до 55 років) стягувався загальногромадянський податок. Від податку звільнялися: червоноармійці та міліціонери, які перебували на службі; студенти державних навчальних закладів; особи, які користувалися соціальним забезпеченням; жінки, які мали на утриманні одну дитину і більше віком до 14 років або інших непрацездатних членів сім'ї; домогосподарки, які обслуговували сім'ю з п'яти і більше осіб. У місцевостях, які в 1921–1922 р. були визнані неврожайними та обслуговувалися Центральною комісією допомоги голодуючим, сільські мешканці, що займалися сільським господарством, звільнялися від оподаткування. Податок сплачувався до 31 травня 1922 р., а в іншому разі – нараховувалася пеня в розмірі 100% ставки за кожний прострочений місяць. При несплаті податку до 31 липня 1922 р., він стягувався у примусовому порядку в потрібному розмірі. Всі надходження від податку перераховувалися на рахунок Центральної комісії допомоги голодуючим, а надлишкові надходження – на кошторис НКОЗ УСРР, які витрачалися на охорону здоров'я населення та протидію епідеміям [80, ст. 189].

Для запобігання розвиткові інфекційних захворювань і допомоги органам охорони здоров'я активно залучалися підприємства та робітничі селища. Зокрема на це спрямовувалася постанова ВУЦВК і РНК УСРР «Про матеріальну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах» від 20 березня 1929 р. Скажімо, при прийомі на роботу працівники за рахунок підприємств піддавалися санітарному огляду, дезінфекції, щепленням. Підприємства активно залучались для надання допомоги для протидії інфекціям. У кошторисах вони передбачали кошти на будівництво лазень, дезінфекційних установ, ізоляційних приміщень для своїх

працівників. Підприємства за потреби, у разі виникнення інфекційних захворювань виділяли приміщення для госпіталізації і тимчасової ізоляції епідемічних хворих, розміщення персоналу, який обслуговував хворих працівників. Крім того, вони надавали транспортні засоби для перевезення інфекційних хворих, а також для медичного персоналу з метою відвідування хворих працівників на дому. Також повинні були надати робочу силу на вимогу місцевих органів охорони здоров'я та забезпечити їх засобами для дезінфекції [77, ст. 77].

На реалізацію зазначеної постанови було видано 26 липня 1929 р. інструкцію «Про порядок і спосіб здійснення арт. 1 постанови ВУЦВК і РНК УСРР «Про матеріальну участь промислових підприємств у боротьбі з пошестями в промислових районах»». Відтак, всіх працівників, яких вселяли в житло підприємств, піддавали санітарному огляду, а їх речі – дезінфекції. Хворих робітників направляли до санітарно-ізоляційного пункту на підприємстві, а при необхідності – доставляли до лікувальних установ транспортом, що належав підприємству. Крім того, всім робітникам робили щеплення проти віспи, черевного тифу та дизентерії, про що зазначали у відповідних документах або довідці. Санітарно-ізоляційні пункти підприємств мали спеціальні приміщення: передню, сушарню, роздягальню, умивальню, вбиральню, спальню, невеличку їдальню та кімнати для технічного персоналу. Крім того, в пунктах були приміщення для оглядів і щеплень робітників, духова-пропускна, дезінфекційна камера, ізолятор. Утримання санітарно-епідеміологічних пунктів здійснювалося за рахунок підприємств. Розселення по квартирах робітників допускалося лише з дозволу лікаря-завідувача пунктом [76, ст. 71].

Введення карантинних заходів для протидії епідеміям вимагало врегулювання питання надання відпусток працівникам, які перебували в місцевостях локалізації епідемій. Тому 5 листопада 1929 р. НКОЗ УСРР і Наркомпраці УСРР ухвалили інструкцію «Як призначати відпустки за карантинном при епідемічних захворюваннях». Відповідно до інструкції,

відпустки за карантин у містах видавали міські санітарні лікарі, а в округах – районні санітарні лікарі, а де їх не було – районні інспектори охорони здоров'я або головні лікарі поліклінік. Відпустки надавалися для того, щоб ізолювати осіб, які безпосередньо взаємодіяли з хворими, та щоб не допустити подальшого поширення захворювання, а також, з метою дослідження на виявлення бацилоносія, проведення дезінфекції житла та госпіталізації хворого. Така відпустка надавалася терміном від 5 до 42 днів в залежності від виду інфекційної хвороби [76, ст. 121].

27 квітня 1928 р. НКОЗ УСРР спільно з Наркомпраці УСРР та Народним комісаріатом внутрішніх справ УСРР прийняли постанову «Про притягнення медичних робітників до трудового відбутку на боротьбу з епідеміями». У випадку виникнення гострих епідемій і неможливості ліквідувати наявними силами органів охорони здоров'я, дозволялося командирувати медпрацівників у порядку трудової повинності терміном до 2-3 місяців. За відрядженими працівниками зберігалася місце роботи, виплачувалися кошти на відрядження за рахунок органів охорони здоров'я, передбачені постановою РНК і ЦВК СРСР від 14 січня 1927 р. «Про службові відрядження в межах СРСР», а також зарплата. Безробітним і вільно практикуючим лікарям виплачувалася зарплата у розмірі посадового окладу. Порушення правил тягло за собою адміністративну відповідальність за п. «а» ст. 47 і п. «м» ст. 72 АК УСРР [89, ст. 73].

#### **4.2 Правові основи санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів**

Радянська влада розробила низку заходів, спрямованих на забезпечення санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів. Предусім, вони стосувались організації водопостачання та очищення міст від комунально-побутових відходів і покидьків. І це було не випадковим, адже за дослідженнями О. Мовчан, згідно з санітарною нормою водогони забезпечували мешканців водою у великих містах на 40%, у середніх – на 60%,

в дрібних – на 7% [133, с. 214]. Крім того, поряд із проблемою водопостачання гостро стояло питання видалення та обеззараження нечистот і покидьків. Каналізація, яка існувала в чотирьох найбільших містах (Київ, Харків, Одеса, Дніпропетровськ), була зношеною і малопотужною. Через брак асенізаційних обозів та недостатню ємність або відсутність приміських сміттєвих звалищ сміття і помії у містах своєчасно не вивозилися. Звалища перетворювалися на розплідників мух і пацюків, забруднювали підземні води та повітря [133, с. 198–199].

У зв'язку з цим 6 травня 1921 р. РНК УСРР поширила на територію УСРР дію постанови РНК РСФРР «Про заходи з покращення водопостачання, каналізації та асенізації». Відтак, роботи з водопостачання, каналізації та асенізації на території УСРР визнавалися пріоритетними. Для робітників і службовців, які виконували цю роботу, бронювалися робочі місця. На їх виконання командувалися колишні працівники та службовці водопровідних, каналізаційних та асенізаційних підприємств і установ, які перебували в армії. Комунальним дозволялася самостійна закупівля непридатних для армії коней, яких використовували для забезпечення потреб водопостачання, каналізації і асенізації. Зокрема партії коней (до 80 голів) могли купуватися із дозволу місцевих виконкомів, а в іншому разі – брався дозвіл Головного управління кінзаводства та конярства. Такі коні не підлягали військовій мобілізації та використанню в інших цілях, не за призначенням [74, ст. 232].

Для охорони підземних і наземних вод від забруднення, загнивання, а також потрапляння до них збудників хвороб і шкідливих отруйних речовин РНК УСРР прийняла постанову «Про санітарну охорону вод» від 29 червня 1925 р. Цією постановою заборонялося скидати у воду та залишати на березі відкритих водойм забруднюючі речі та речовини (гній, трупи, сміття тощо), спускати без дозволу органу санітарного нагляду стічні води або інші рідини з дворів, промислових і комунальних та інших підприємств, якщо ці води здатні були заподіяти шкоду здоров'ю населення, тваринам і рослинам; мочити льон, коноплі та інші волокнисті рослини в штучних водоймах, у яких вода

призначалася для пиття, а також в озерах і ріках, якщо такі дії могли стати причиною погіршення здоров'я; створювати загородження на річках, які б спричиняли застій, засмічення, загнивання води; викопувати криниці без дозволу; виливати, закопувати в ґрунт речовини, які погіршували б або змінювали властивості ґрунтових вод, що були джерелом водопостачання. Фактично, постановою було визначено й контролюючі органи за використанням і охороною вод. Так вказувалося на окремі повноваження у сфері охорони вод Центральної санітарно-технічної ради та її місцевих органів – санітарно-технічних рад, а також виконавчих комітетів відповідних рад, яким надавалося право видавати обов'язкові постанови для санітарної охорони вод із врахуванням місцевих умов [82, ст. 286].

26 вересня 1925 р. Центральна санітарно-технічна рада прийняла постанову «Про норми спадних вод, які заборонено спускати у водоймища». Цією постановою, фактично, встановлювалися нормативи скидання стічних вод у водні об'єкти. Так води, що впадали у водоймища, не повинні були мати будь-який неприємний, різкий сморід та загнивати в зачиненому посуді протягом 7 днів при температурі 20<sup>0</sup> С; мати різко виражену кислотну або лужну реакцію, температуру вищу 30-40<sup>0</sup> С, яскраво виражений штучний колір, невластивий натуральному кольору води (болотяної, торф'яної), будь-які речовини, отруйні або шкідливі для людини, тварин, флори та фауни водоймищ та ін. Стічні води інфекційних лікарень і пошесних відділів не повинні були мати патогенних організмів, тому підлягали обеззаражуванню. Стічні води промислових підприємств, які могли бути джерелом різних інфекційних захворювань, також дезінфікували. Для цього органи санітарного нагляду забезпечували підприємства дезінфекційними матеріалами [83, ст. 61].

З метою охорони водних об'єктів у місцях забору води для централізованого водопостачання Центральна санітарна рада прийняла інструкцію «Про санітарну охорону джерел центрального водопостачання» від 31 грудня 1925 р. Відтак, у містах з чисельністю населення більше 50000 (Житомир, Катеринослав, Київ, Зінов'ївськ, Миколаїв, Одеса, Вінниця,



Кремінчук, Полтава та Харків), а також у містах з населенням менш 50000, але таких, що мали промислове значення (Артемівськ, Луганськ, Сталіно, Запоріжжя, Бердичів і Херсон), округові санітарно-технічні ради розробляли проект охоронної зони джерел центрального водопостачання. Детальний матеріал цього проекту з додатком плану передавався на розгляд і затвердження до РНК УСРР. Щодо інших населених пунктів і смуги відчуження залізничних шляхів та водного транспорту, де функціонувало центральне водопостачання, окружні санітарно-технічні ради розробляли проект постанови про охорону вод [83, ст. 72].

Згодом, 29 вересня 1929 р., на основі постанови РНК УСРР «Про санітарну охорону вод», Центральна санітарно-технічна рада прийняла інструкцію «Про зону санітарної охорони джерел центрального водопостачання міст, робітничих селищ і інших населених пунктів». Важливо те, що в місцях забору води для централізованого водопостачання населення, встановлювалася зона санітарної охорони. Характерно, що в інструкції було класифіковано таку зону на три види – суворого режиму, обмежень і нагляду. Наприклад, зона суворого режиму охоплювала водне джерело в місці забору води водогоном, водні споруди з територією, що безпосередньо до них прилягала. Вся територія, що входила у межі зони, з метою охорони огорожувалася. Проживання на території зони дозволялося, як виняток, службовцям і робітникам водогону, а вхід – лише за спеціальним дозволом завідувача водогону. На території заборонялося споруджувати будівлі, які не мали відношення до водогону, а власне будівництво проводилося з дозволу і під наглядом санітарного лікаря зони та технічного персоналу водогону. Зона обмежень охоплювала водне джерело водогону, інші водні джерела, які впливали на кількісний та якісний склад водного джерела і могли його забруднювати, а також прилеглу територію. Для запобігання забрудненню водних джерел і ґрунту в межах зони встановлювалися певні обмеження. Зона нагляду включала в себе територію, суміжну з зоною обмежень і територію, що зв'язана з зоною обмежень і зоною суворого режиму. В межах зони нагляду не встановлювалося ніяких обмежень,

а лише – посилений санітарно-епідеміологічний санітарний нагляд. Облік всіх зон санітарної охорони, загальний нагляд і керівництво роботою покладалися на окружні інспектури охорони здоров'я, медсануправи, які подавали щорічні звіти до НКОЗ УСРР [76, ст. 107].

Основним джерелом водопостачання у сільській місцевості були колодязі, які мали незадовільний санітарний стан. Наприклад, із 479 проведених аналізів води в сільській місцевості у 1923 р., аміак було виявлено в 18% проб, азотну кислоту – в 32% [125, с. 43]. З метою забезпечення якості питної води Центральна санітарно-технічна рада УСРР 18 липня 1929 р. прийняла «Санітарні правила щодо улаштування й догляду питних колодязів загального користування», які встановлювали вимоги до місця розташування, облаштування та експлуатації колодязів. Загальний нагляд за санітарним станом колодязів покладался на санітарно-благоустрою комісію сільської ради [76, ст. 75].

Для здійснення контролю за охороною водних об'єктів місцева інспектура охорони здоров'я або медсануправа призначали постійного санітарного лікаря зони санітарної охорони. Інструкцією встановлювався обсяг його повноважень. Наприклад, до обов'язків санітарного лікаря зони входило вивчення водозбірних басейнів джерел водопостачання; дослідження впливу підприємств, установ на склад водних джерел зони; здійснення обліку та контролю за роботою всіх споруд й установок з очищення стічних вод та утриманням свердловин; збір інформації про захворювання на водні інфекційні хвороби в межах зони санітарної охорони; проведення профілактичних заходів; контроль за санітарним станом споруд водогону та очисних споруд [144, с. 74–75].

Санітарного очищення потребували також території, які не мали каналізації. У зв'язку з цим Центральна санітарно-технічна рада прийняла постанову «Санітарні правила й норми збирання, усунення та знешкодження нечистот та покидьків по неканалізованих населених пунктах міського типу та неканалізованих районах міст, які мають каналізацію» від 17 вересня 1927 р. У

цих населених пунктах організовувалися вмістилища для побутових відходів у вигляді вигребів, смітєвих баків, помийниць, гнойових баків, вуличних урн. Постанова встановлювала нормативні вимоги до таких вмістилищ – вони повинні були зручними в користуванні, доступними для очищення, безпечними до розповсюдження інфекцій, мух і гризунів, не забруднювати ґрунт, повітря, воду. Регламентувалося і місце їх розташування. Так вони мали встановлюватися зручно для їх вивезення, далеко від житла та місць харчування і зберігання їжі. Наприклад, вигреби розміщувалися на відстані 1,5 м від будинків, а помийниці – на відстані 4 м від житла та не були глибші ніж 3 м, щоб не забруднювати ґрунтових вод. Вигреби та помийниці конструювалися з водонепроникних матеріалів, їх стінки і дно виготовлялися з дерева та шару глини, яку заливали смолою, або закладали цеглою з цементом. Стіни вигребів і помийниць іноді конструювалися з бетону та залізобетону. Унормовувалися також санітарно-технічні вимоги до смітєвих і гнойових баків, а також правила користування ними. Крім того, постановою встановлювалися санітарно-технічні вимоги до облаштування вбиралень загального користування. Всі громадські туалети повинні були облаштовуватися вентиляцією та ділитися на жіночий і чоловічий відділи. Постановою закріплювався порядок очищення вмістилищ для сміття, розміщення яких визначали місцеві санітарні органи. Так асенізаційні двори не можна було розміщувати в центральних або густонаселених районах міста, поблизу лікувально-санітарних, дитячих закладів, шкіл, казарм, вокзалів і місць приготування, вживання, продажу харчових продуктів, поблизу громадських водоймищ. Робітників асенізаційних дворів в обов'язковому порядку забезпечували душовими кабінами та спецодягом.

Всі приватні особи та установи, які мали на меті займатися вивозом сміття, повинні були отримати свідоцтво на право такої діяльності від місцевого органу комунального господарства. Свідоцтво видавалося лише після санітарного та санітарно-технічного огляду асенізаційного двору, про що складався відповідний акт. Для швидкого розкладу органічних речовин їх

вивозили на особливі місця знешкодження. Такі місця не повинні були забруднювати навколишнє середовище, тим більше, стати причиною розповсюдження хвороб серед людей. Вони розміщувалися далеко від населених пунктів, шляхів, джерел прісної води. Місця для знешкодження поділялися на декілька видів: для брудних і рідких господарських відходів; твердих відходів і відходів торговельно-промислових підприємств; снігу; відходів тваринного походження [86, ст. 160].

Кращого вимагав житлово-побутовий стан робітників та селян, адже не вистачало елементарного. Наприклад, за наслідками обстеження побуту робітників Донбасу, проведеного у 1923 р., від третини до половини обстежених не мали постільної білизни, а використовували замість неї верхній одяг [133, с. 176]. Разом з тим, бракувало речей домашнього вжитку, лазень. Робітники проживали в брудних умовах. Не випадково, 3 липня 1921 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про покращення побуту робітників». Було прийнято рішення використовувати поїзди-лазні та пральні загоны військового санітарного відомства для приведення житла робітників у належний санітарний стан. Був взятий курс на відбудову лазень і пралень у кожному місті [74, ст. 363].

Доречно зауважити, що стан забезпечення сіл лазнями був також критичний. Аналіз літератури вказує, що станом на 1922 р. лише 3 населені пункти із 145 мали лазні [125, с. 45]. Наприклад, за результатами обстеження 9 радгоспів Кременчуцької округи було виявлено, що лише 50,4% штатних працівників забезпечені житлом, інші, особливо сезонні та поденні, проживали в гуртожитках, казармах, бараках, палатках, хлівах, амбарах, конюшнях. Санітарно-побутові умови сільських мешканців були жахливі – лише 34,3% обстежених милися щотижня, інші – один раз на два тижні або на місяць; 37% мешканців мали індивідуальні ліжка; 43,3% – використовували верхній одяг як постільну білизну тощо [262, с. 99–100].

У таких умовах необхідно було проводити роз'яснювальну роботу серед населення з метою прищеплення правил гігієни та навчання санітарним

нормам. У 20-х роках актуальним став лозунг: «Санітарне законодавство не можливе без санітарної просвіти». Тому не дивно, що в другій половині 20-х років санітарна просвіта стала більш змістовною, формула «навчимо селян мити руки» переросла в проведення низки культурно-просвітницьких заходів. Розширювалося коло питань, охоплених санітарною просвітою – від протидії алкоголізму до санітарного благоустрою [120, с. 14–15].

У зв'язку з цим НКОЗ УСРР розіслав всім губздороввідділам циркуляри про необхідність читання лекцій для населення житлово-санітарними лікарями. Була визначена тематика лекцій: «Що таке житлова інспекція та що вона може здійснити для трудящих», «Житло і здоров'я», «Робітничі селища в західних країнах», «Гігієна населених пунктів», а також надавався перелік рекомендованої літератури [48, арк. 100].

Для поліпшення охорони здоров'я важливе місце мав медичний огляд населення, тому 6 червня 1923 р. НКОЗ УСРР направив усім губздороввідділам циркуляр про проведення обов'язкового медичного огляду осіб, які: працювали у місцях громадського користування, харчовій промисловості; проживали в казармах; відвідували дитячі установи, трудові школи. Медичному огляду підлягали безпритульні діти. Наприклад, діти, які проживали в інтернатах, підлягали медогляду один раз в місяць, а діти трудових шкіл і персонал інтернатів – двічі в рік. Дітей оглядали шкільні санітарні лікарі, тоді як медичні огляди застрахованих проводили лікарі робмеду. Медичні огляди працівників відбувалися на підприємствах та установах, а в разі неможливості – в лікарсько-санітарних установах у визначені для цього години, окремо від прийому хворих [48, арк. 33 зв.-34].

З метою охорони здоров'я на підприємствах створювалися пункти першої медичної допомоги постраждалим від нещасного випадку та при раптових захворюваннях згідно з положенням «Про пункти допомоги на підприємствах» від 27 жовтня 1927 р. Вони відкривалися окружними інспекціями охорони здоров'я і перебували в їхньому віданні та утриманні. Водночас, у лікувальному відношенні, пункти першої допомоги перебували під

керівництвом та опікою найближчої медичної установи, яка обслуговувала підприємство. Пункти першої допомоги організовувалися на підприємствах з кількістю працюючих від 200 до 250 осіб (залежно від умов виробництва, шкідливості та небезпеки праці). На підприємствах з кількістю працівників понад 500 осіб завідування пунктами першої допомоги могло покладатися на лікаря. На металургійних підприємствах, рудниках, заводах із шкідливими умовами праці з кількістю працюючих понад 350 осіб утворювалося декілька пунктів першої допомоги. Невеликим підприємствам, які розміщувалися в радіусі одного км, дозволялося організувати спільний пункт медичної допомоги. У випадках особливої потреби пункти першої допомоги організовувалися на підприємствах з невеликою кількістю працівників. В іншому разі медичну допомогу надавав працівник, який мав необхідну підготовку і доступ до аптечки першої допомоги.

Пункти першої допомоги розміщувалися обов'язково в центральній частині приміщення підприємства. Влада встановила вимоги як до приміщень підприємств, які мали бути просторими, освітленими, теплими, з хорошою вентиляцією, так і до пунктів першої допомоги. Останні повинні були мати спеціальні приміщення для медичного огляду і перев'язки, для перебування постраждалих від нещасного випадку, а також власні транспортні засоби для перевезення хворих до лікарняних установ. У випадку безперервного виробництва, якщо в кожній зміні працювало понад 500 осіб, пункт першої допомоги обслуговували лікар, медична сестра та санітар. При меншій кількості працюючих у зміні пункт забезпечувався лікарським помічником, фельдшером та медичною сестрою [46, арк. 936–937].

У всіх радгоспах, племгоспах та дослідних станціях, в яких працювало понад 250 найманих працівників, відповідно до інструкції НКОЗ УСРР «Про медично-санітарне обслуговування сільськогосподарських підприємств» від 3 червня 1929 р., також організовувалися пункти першої допомоги. Якщо ж працівників було значно більше, то організовувалися амбулаторії, а жінкам надавалась акушерська допомога. Всі інші підприємства обслуговувалися

найближчими лікувальними закладами. Навіть, якщо підприємства розташовувалися на відстані більшій, ніж 3 км., то лікар раз на тиждень виїжджав для проведення амбулаторного прийому та відвідування хворих вдома, видачі листка непрацездатності, направлення хворих до лікарні тощо. Інспектури охорони здоров'я забезпечували всі радгоспи аптечками [144, с. 161].

Ступінь забезпечення пунктами першої медичної допомоги різнився залежно від виробничої спеціалізації регіонів та в їх межах. Так, якщо підприємства гірничої та металургійної промисловості майже повністю забезпечувалися пунктами першої медичної допомоги (на 88%), то в радгоспах їх майже не було. Амбулаторну допомогу на місцях мали 22% радгоспів і колгоспів, тоді, як лікарську – 7% [133, с. 155–156].

Відзначимо те, що в 1928 р. НКОЗ УСРР спільно з Наркомпраці та ВРНГ прийняли положення про промислово-санітарних лікарів, які протидіяли професійним захворюванням та здійснювали санітарний нагляд за підприємствами харчової промисловості, житлом у робітничих селищах, проводили оздоровчі заходи, брали участь у розробці заходів, спрямованих проти поширення серед робітників соціальних та інфекційних хвороб тощо [137, с. 81–84].

Невід'ємною складовою інституту санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів були утримання і забій свійських тварин. Відносини у цій сфері потребували правового впорядкування, адже господарству критично загрожувало захворювання коней сапом, навіть були зареєстровані випадки зараження людей. У зв'язку з цим РНК УСРР 1 квітня 1921 р. поширила на територію УСРР дію постанови РНК РСФРР «Про боротьбу з сапом», відповідно до якої всі хворі сапом коні підлягали знищенню. Губернські земельні відділи взамін видавали здорових коней або виплачували відшкодування, сума якого встановлювалась військово-окружними нарадами. За коней, про захворювання яких було заявлено власниками, або які не мали зовнішніх ознак захворювання, відшкодовували повну вартість. Якщо власники

коней приховували його захворювання, то вони позбавлялися права на відшкодування. Дія декрету розповсюджувалась і на іншу свійську худобу, хвору сапом (ослів, мулів тощо) [74, ст. 157].

5 травня 1922 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про боротьбу з сапом», яка, фактично, відтворювала норми постанови РНК РСФРР [77, ст. 341]. Зараження сапом вимагало грамотної утилізації падалі та забою сільськогосподарських тварин, тому 22 липня 1921 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про утилізацію падалі», відповідно до якої тварини, що померли з причини зараження інфекційними хворобами (сапом, сибірською язвою, чумою тощо) не підлягали утилізації, їх закопували в землю разом з шкурами [74, ст. 380]. 27 липня 1921 р. РНК УСРР прийняла постанову «Про порядок забою скота», якою зобов'язала санітарні служби здійснювати перевірку м'яса, яке продавалося населенню [74, ст. 397].

Загалом у другій половині 20-х років стан забою свійських тварин був у незадовільному стані, бракувало спеціально обладнаних приміщень (407 в Україні), постачання м'яса на ринок на 60-70% здійснювалося не з боєнь, що спричинювало його зараження. Тому п'ятирічним планом НКВС передбачалося виділення 12 млн. 100 тис. крб. для будівництва боєнь у містах і близько 7 млн. з кошторису Наркомзему на їх будівництво в районах [1, с. 52].

Надзвичайно важливим завданням радянської влади було нормативно-правове врегулювання безпеки та якості харчових продуктів. Необхідно було вивчити склад продуктів, їх якість, умови виробництва, зберігання та продажу. У цьому контексті, передусім, необхідно назвати постанову РНК УСРР «Про санітарний нагляд за виготовленням, зберіганням і продажем харчових продуктів, смакових речовин і напоїв» від 12 лютого 1925 р., якою встановлювався санітарний контроль за масовим виготовленням, зберіганням, перевезенням, продажем і видачею харчових продуктів для громадського споживання. Санітарний контроль за бійнями, місцями для зберігання та огляду м'ясних продуктів, а також за молочними фермами здійснювався санітарними органами НКОЗ УСРР спільно з органами ветеринарно-санітарного нагляду.



Санітарні органи були уповноважені здійснювати контроль за місцями виготовлення, зберігання, продажу, видачу продуктів харчування, а також за способами їх виготовлення, зберігання, транспортування і пакування; вилучати зіпсовані, шкідливі, отруйні, фальсифіковані продукти харчування; контролювати стан здоров'я працівників і власників підприємств, що безпосередньо виробляли або продавали продукти. Представники органів санітарного контролю мали право вільно входити в приміщення промислових і торгових підприємств сфери харчування, пред'явивши необхідні документи. У тих випадках, коли обладнання та утримання таких приміщень не відповідало санітарним вимогам, а також у випадку виявлення неякісних продуктів, органи санітарного контролю складали в присутності власника (уповноваженого) акт у 2-х екземплярах з його підписом, в якому вказували вимоги та термін їх виконання, або притягували винуватців до кримінальної відповідальності. У разі відсутності власника (уповноваженого), акти складалися в присутності двох свідків або представника міліції. Один примірник складеного акта вручався власникові підприємства. Непридатні для споживання продукти харчування, які були виявлені на підприємствах, знищувалися засобами і коштом власника (уповноваженого) при обов'язковій участі міліції або доставлялися власником (уповноваженим) для знищення в місце, вказане органами санітарного контролю або міліцією, про що складався відповідний акт. Якщо неможливо було на місці визначити шкідливість для здоров'я або фальсифікацію продуктів харчування, органи санітарного нагляду брали зразки продуктів на безоплатне лабораторне дослідження, про що також складався відповідний акт.

Органам санітарного нагляду надавалося право вимагати від працівників та власників підприємств, які працювали у сфері харчування, свідоцтва про медичний огляд, відстороняти хворих на інфекційні захворювання (легеневий туберкульоз, черевний тиф, холеру тощо) від роботи. Вказівки органів санітарного контролю для власників промислових і торгових підприємств, які підпадали під чинність аналізованої постанови, були обов'язковими і їх

належало виконувати у вказаний строк. Їх невиконання тягло за собою відповідальність згідно з ст. 219 КК УСРР. Органи санітарного контролю мали право порушити справу у суді про припинення діяльності підприємств, які становили загрозу життю і здоров'ю працівників, а в екстрених випадках, навіть, припинити їх діяльність до вирішення справи у судовому порядку, про що негайно повідомляли органи санітарного контролю [82, ст. 61].

На розвиток цієї постанови було прийнято ряд інших нормативно-правових актів. Зокрема інструкцію про проведення виїмок матеріалів і продуктів для санітарного аналізу, затверджену НКОЗ УСРР 29 січня 1926 р. Інструкцією регламентувався порядок виїмки матеріалів і продуктів для проведення санітарного аналізу. При здійсненні такої виїмки складався акт, у якому вказувалися наступні дані: назва підприємства, установи та прізвище власника торговельного закладу; кількість взятого матеріалу; причина здійснення виїмки. Акт складався у формі, затвердженій НКОЗ УСРР, та підписувався санітарним лікарем і відповідальним представником підприємства. Матеріал, який відбирався для аналізу, разом з актом, направлявся до відповідної санітарної лабораторії. На пакетах і на етикетці склянок зазначалося місце отримання проби, дата і підпис особи, яка отримувала пробу. Лабораторії повинні були за 24 години, з моменту отримання проби, дати попередній висновок про якість продукту [84, ст. 3].

22 травня 1929 р. НКОЗ УСРР, Народний комісаріат торгівлі та ВРНГ УСРР прийняли «Правила, як органи санітарного догляду повинні бракувати харчові продукти та напої». Цими правилами нормувався порядок визнання харчових продуктів неякісними або фальсифікованими та вилучення їх з обороту. У такому разі продукти передавалися на технічні потреби, корм тваринам, удобрення землі або вивозилися на смітник, виливалися до каналізації, піддаючись денатурації. Денатурація відбувалася у торгових і промислових підприємствах за рахунок власників або осіб, у володінні яких вони були. Якщо ж виникали сумніви щодо придатності продуктів – їх зразки віддавали в лабораторію, відповідно до вказаної вище «Інструкції про

проведення виїмок матеріалів і продуктів для санітарного аналізу» від 29 січня 1926 р. Якщо власники продуктів, що вилучалися з обороту, заперечували правильність висновку лабораторії, то проби продуктів надсилалися коштом власника, за згодою органів санітарного нагляду, на дослідження до санітарно-бактеріологічного інституту, або до окружної санітарно-бактеріологічної лабораторії. Винні за невиконання зазначених правил притягувалися до відповідальності відповідно до Адміністративного кодексу УСРР [76, ст. 46].

З метою реалізації постанови РНК УСРР «Про санітарний нагляд за виготовленням, зберіганням і продажем харчових продуктів, смакових речовин і напоїв» у сфері безпеки і якості риби та рибних продуктів було видано 6 квітня 1926 р. інструкцію про санітарний нагляд за рибою і рибними продуктами під час навантаження та перевезення їх залізницею та водними шляхами, якою регламентувалися вимоги щодо транспортування і здійснення контролю за її якістю. Так під час навантаження риби проводилася попередня санітарна перевірка придатності транспорту для її перевезення, наявності холодильників, відповідності санітарним вимогам тари та якості продуктів. У випадку виникнення сумніву щодо якості риби, здійснювався її лабораторний аналіз та повідомлявся про це телеграфним способом одержувач. Перевізник не мав права приймати або видавати рибні вантажі без візи санітарної організації, а у разі виявлення зіпсованих продуктів відразу повідомляв санітарного лікаря. Органи санітарного контролю повинні були обстежувати рибні вантажі швидко та негайно, щоб не затримувати відправки або отримання вантажу. Контроль за виконанням цієї інструкції покладался на транспортні господарські та санітарні органи. Винних за невиконання її положень притягували до кримінальної відповідальності [84, ст. 35].

6 липня 1926 р. НКОЗ УСРР прийняв постанову «Про влаштування та санітарний стан рибно-засолювальних пунктів», якою встановлювалися вимоги до приміщень рибно-засолювальних пунктів та якості сировини. Зокрема рибно-засолювальні пункти повинні були мати окремі спеціальні приміщення для прийому риби, миття та патрання, соління, коптіння, зберігання,

розфасовки, а також для працівників і службовців. Всі майстерні повинні бути світлі, просторі, сухі та добре вентилявані. Крім того, встановлювалися норми щодо зручності приміщень для прибирання, справності приладдя, наявності питної води та водостоку для опадів і каналізації для води, утилізації сміття. Передбачалися також вимоги стосовно утримання вигрібних ям та зберігання твердих відходів. Сировина для виробництва повинна бути якісною та зберігатися у належних умовах. Рибу дозволено було промивати лише під біжучою водою, а коли партія товару відправлялася на погрузку, то супроводжувалася висновком санітарного лікаря про її якість. Встановлювалися санітарні вимоги до праці працівників рибно-засолювальних пунктів, які повинні були забезпечені милом, рушниками, умивальниками (з розрахунку 1 на 10). Їм заборонялося роздягатися, ночувати та харчуватися на робочому місці. Контроль за виконанням інструкції покладалася на органи Наркомпраці та НКОЗ УСРР. За порушення інструкції адміністрація підприємства притягувалася до кримінальної відповідальності [84, ст. 77].

Слід визнати, що проведені радянською владою заходи дали свої позитивні результати, про що було відмічено на Шостій Всеукраїнській санітарній раді, яка проходила 23-29 жовтня 1927 р., зокрема вказувалося, що завдяки посиленому нагляду та проведеному ремонту за останні два роки рибно-переробна промисловість на великих підприємствах значно поліпшилася. Однак, у незадовільному стані залишалися дрібні державні та приватні підприємства. З метою удосконалення роботи в цій сфері п'ятирічним планом ВРНГ передбачалося будівництво в Україні 3 консервних фабрик, 3 спеціальних рибних холодильників і 17 рибно-солільних пунктів з холодильними камерами [1, с. 52].

Громадське харчування у 20-х роках не набуло широкого розвитку. Так, станом на 1927 р., громадським харчуванням було охоплено лише 14,8% робітників промисловості [1, с. 52], не кажучи вже про його нерозвиненість у селах та школах. Разом з тим, ще 4 грудня 1925 р. Центральна санітарно-технічна рада прийняла постанову «Санітарно-технічні правила проектування

їдалень громадського користування», які встановлювали санітарно-технічні вимоги до їдалень громадського користування. Так кожна кімната повинна була мати винятково власне призначення і не обслуговувати одночасно кілька відділів. Скажімо, їдальня, яка відпускала 1000-2000 обідів в день, повинна мати наступні приміщення: при вході – тамбур; просторий вестибюль з гардеробною і касою; приміщення для умивальників; жіночу і чоловічу вбиральню для відвідувачів; залу для обідів, яка могла складатися з декількох кімнат; кухню з двома окремими кімнатами (для обробки м'яса і овочів); холодильне приміщення «Гард-Манже»; дві мийні кімнати (одна для столового, а друга для кухонного посуду); кімнату для продуктів, що продаються в буфеті; інвентарну кімнату; кімнату для столової білизни; кімнату для службовців, душі і вбиральні для них; контору, читальню; комору для сухих продуктів; зимні комори для м'яса, овочів, пива тощо; льодовню; комору для палива; бажано було мати терасу – для обідів влітку.

Санітарно-технічними правилами проектування їдалень громадського користування визначалися розміри усіх приміщень та вимоги до їх облаштування. Наприклад, залу для обідів бажано було робити з підвищеною стелею у центральній частині приміщення. Необхідно було, щоб підлога на кухні, заготівельній і мийній не пропускала воду, а в залах для обідів, читальнях, службовому приміщенні підлога була дерев'яна. В мийних улаштували схили на підлозі до трапів, які установлювалися для спуску води з поверхні підлоги. Стіни в приміщеннях кухні, зали для обідів, читальні, заготівельної, холодильні встановлювались висотою не менше 1,5 метра та облицьовувалися плиткою або фарбувалися світлою емаллю чи масляною фарбою. Проектуючи їдальню, необхідно було дотримуватись норм щодо освітлення, розміщення кухонних плит посеред кімнати та вмонтування чотирьох витяжок. Слід було дотримуватися також інших вимог, наприклад, об'єму казанів для їжі (не більше 25 відер), наявності в мийній гарячої та холодної води, відводу для брудної води, окремих відділів у холодильному приміщенні для м'яса, риби, молочних продуктів, охолодження готових

продуктів і окремого приміщення для льоду та ін. [83, ст. 71].

На основі постанови РНК УСРР «Про санітарний нагляд за виготовленням, зберіганням і продажем харчових продуктів, смакових речовин і напоїв» НКОЗ УСРР 20 серпня 1927 р. прийняв інструкцію, яка регламентувала порядок відкриття і санітарний стан їдалень, ресторанів, шинків та інших місць громадського харчування. Відповідно до цієї інструкції, перед відкриттям місць громадського харчування, власник повинен був отримати дозвіл від місцевого органу охорони здоров'я, якому передувало санітарний огляд приміщення. Місце громадського харчування не могло розташовуватися у підвальному приміщенні. Щодо освітлення, вентиляції, кількості кімнат, устаткування, то вони повинні були відповідати нормам, які встановлювалися санітарно-технічними правилами проектування місць громадського харчування. В інструкції була зазначена вимога щодо ізольованості приміщень для громадського харчування від житла. Передбачалося, щоб у місцях громадського харчування на столах стояли чиста вода та посуд для неї, а в закритій посудині – сіль і перець. Вперше закріплювалася заборона куріння в загальних залах для їжі. Куріння дозволялося лише в спеціально відведених для цього кімнатах. Харчові продукти, які виставлялися на продаж, накривалися ковпаком. Кожен відвідувач забезпечувався серветками, чистими столовими приборами та посудом (заборонявся дерев'яний і мідний). Всі працівники обов'язково проходили медогляд та повинні були мати спецодяг. В кожному закладі громадського харчування обов'язково був зошит для зауважень санітарного контролю. Винні у невиконанні інструкції притягувалися до кримінальної відповідальності, яка 9 грудня 1927 р. була замінена на адміністративну. Контроль за виконанням інструкції покладался на центральні та місцеві санітарні органи НКОЗ УСРР [86, ст. 147].

Для недопущення фарбування продуктів, фарбами, які можуть зашкодити здоров'ю людини, НКОЗ УСРР і Народний комісаріат юстиції УСРР 15 жовтня 1925 р. затвердили інструкцію «Про вжиття фарб для фарбування харчових і

смакових продуктів і напоїв». Для фарбування продуктів і напоїв категорично заборонялося використовувати мінеральні та кам'яновугільні фарби (анілінових та азобарвників). Дозволялося виготовляти фарбники лише натурального (рослинного або тваринного) походження, які повинні були зберігатися в упаковках із зазначенням про відсутність шкідливих домішок. Всі заклади і підприємства, що виготовляли фарбники, повинні були зареєструватися в окружних інспекціях охорони здоров'я, а новостворені – за тиждень до відкриття, для отримання письмового висновку від санітарного нагляду про придатність закладу виготовляти фарби. Винні в порушенні інструкції притягувалися до кримінальної відповідальності [83, ст. 73].

На розвиток постанови РНК УСРР «Про санітарний нагляд за виготовленням, зберіганням і продажем харчових продуктів, харчових речовин та продуктів», НКОЗ УСРР спільно з Народним комісаріатом торгівлі УСРР і Наркомземом УСРР 13 квітня 1928 р. прийняли постанову «Правила про санітарний стан і санітарний нагляд за молочними господарствами та закладами для збору та продажу молока й молочних продуктів». Адже, як свідчать дослідження вчених, умови отримання молока (доїння), його зберігання та поставки покупцям були у незадовільному стані. Не відповідав санітарним умовам посуд для доїння молока, при ревізії у ньому було виявлено високий вміст бактерій, іноді молоко фальсифікувалося [1, с. 51].

За результатами обстеження 312 молочних господарств з 489 коровами було виявлено зубожілий та антисанітарний стан цих господарств [14, с. 55]. Наприклад, лабораторні обстеження ринкового молока і того, що постачалося в лікувальні та дитячі заклади м. Суми, виявили чимало недоброякісних продуктів (у ринковому молоці – 61%, у молоці поставщиків – 37%) [270, с. 57].

За результатами обстеження шести ринків м. Харків було виявлено фальсифікованих проб молока від 12% до 39,2% [65, с. 62]. У зв'язку з незадовільними санітарними умовами доїння, зберігання та поставки молока заклади усіх форм власності, які виробляли молоко, були зобов'язані подати заяву до місцевих органів медико-санітарного та ветеринарно-санітарного

нагляду про проведення обстеження. При здійсненні обстеження органи медико-санітарного та ветеринарно-санітарного нагляду склали акт відповідності умов санітарним вимогам і вказували на потребу поліпшення роботи. Акт подавався до окружної здоровінспекції та до ветеринарного підвідділу окрземвідділу, а копія надавалася власнику підприємства. Відтепер молочні господарства та підприємства підлягали періодичному медико-санітарному та ветеринарно-санітарному огляду. Його висновки заносилися до відповідних книг, які зберігалися підприємством [251, арк. 66].

Відповідно до постанови НКОЗ УСРР «Інструкція про обов'язковий огляд робітників харчової справи», особи, які працювали на молочних підприємствах повинні були щомісяця проходити медогляд. Якщо хтось з працівників або тварин хворів на інфекційну хворобу, їх не допускали до виробництва, а власник негайно повідомляв про це органи медико-санітарного та ветеринарно-санітарного нагляду. Приміщення для молочних тварин повинні були відповідати правилам, які розробляли місцеві ветеринарні відділи. Цими правилами врегульовувалися вимоги щодо освітлення та розміру приміщення, облаштування стелі, стін і підлоги. Постановою врегульовувалося процедура доїння молока, а саме – вимога щодо чистоти рук, приміщення, посуду та його складу, спецодягу. Молоком і молочними продуктами дозволялося торгувати на базарах і ринках, або в спеціально відведених для цього місцях. Заборонялося здійснювати торговельну діяльність на вулицях та з підлоги. Заборонялося куштувати молоко з посуду, що використовувався для зберігання або виміру молочних продуктів. Осіб, які торгували молоком, піддавали обов'язковому медичному огляду. Нагляд за виконанням правил покладался на медико-санітарні та ветеринарно-санітарні органи. За невиконання зазначених правил, винні особи притягувалися до адміністративної або кримінальної відповідальності [89, ст. 83].

10 липня 1928 р. НКОЗ УСРР і Наркомзем УСРР затвердили «Правила про влаштування та санітарний стан сироварних і маслоробних заводів». Підприємства усіх форм власності та особи, які бажали відкрити сироварні,



маслоробні робочі заводи повинні були отримати дозвіл в органах інспектури охорони здоров'я і земвідділів. Правилами було встановлено санітарно-технічні вимоги до приміщень для прийому молока, їх оснащення вентиляцією, віконними сітками від комарів, вологостійкою підлогою. Крім того, закріплювалися норми до посуду для прийому молока, який повинен бути металевий, чистий, лужений. Приймати молоко дозволялося в металевому або скляному посуді. У виробничих приміщеннях заборонялося влаштовувати нічліг та житло. Встановлювалися норми гігієни для працівників, які повинні були працювати в чистій робочій формі, мити руки, не палити та не плювати на підлогу. Працівники підлягали попередньому та періодичному медогляду. Адміністрація повинна була повідомляти медико-санітарні органи про хворобу працівників. За невиконання цих правил винні притягувалися до адміністративної відповідальності [89, ст. 88].

У другій половині 20-років в УСРР технічно відсталою була хлібопекарська справа, що позначалося на якості продуктів. Механізація виробництва хліба перебувала в зародковому стані, діяло всього 4 заводи, на яких вироблявся, здебільшого, неякісний хліб. Населення лише на 35% забезпечувалося заводським хлібом, тому планувалося відкрити 29 механізованих заводів [1, с. 52]. Так, за результатами обстеження хлібопекарень міста Дніпропетровська, вказувалося на нерозвиненість цієї галузі через відсутність санітарного нагляду та обов'язкового лабораторного контролю [20, с. 68]. Невипадково, було встановлено санітарні правила для хлібопекарних підприємств, зокрема 27 вересня 1928 р. НКОЗ УСРР та Наркомпраці УСРР прийняли «Правила про влаштування й санітарний стан підприємств хлібопекарного промислу» [90, ст. 142].

Санітарний стан ковбасного виробництва також потребував нормативно-правового регулювання, про що наголошували лікарі. Так, за результатами обстеження ковбас харківського виробництва в 1927 р., вказувалося, що «необхідно встановити законодавчі норми облаштування та утримання ковбасних закладів» [65, с. 69]. Такі норми були прийняті 12 вересня 1929 р., а

саме – «Правила про влаштування та санітарний стан ковбасних підприємств». Вони встановлювали порядок облаштування приміщень, вимоги до матеріалу, з якого виготовлялося приладдя, а також технологію та процес виробництва цих харчових продуктів. порушники цих правил несли кримінальну або адміністративну відповідальність [76, ст. 89].

5 квітня 1928 р. ЦСТР УСРР прийняла постанову «Санітарні норми і правила для пралень громадського користування», відповідно до якої пральні промислового характеру, повинні були мати приміщення для приймання і видачі білизни, пральню, сушарню, прасувальню. Якщо в пральні працювало більше 10 осіб, то вона повинна була містити додаткові приміщення для сортування, підшиття і зберігання одягу, кімнату для персоналу, приміщення для душу та вбиральню. Постановою закріплювався перелік меблів і приладів, необхідних для облаштування пралень, а також вимоги щодо освітлення, вентиляції, облаштування стін, підлоги тощо [88, ст. 62].

5 липня 1929 р. Центральна санітарно-технічна рада УСРР прийняла постанову «Санітарні й спортивні норми та правила влаштування й устаткування басейнів на плавання». Вибір місця під басейн потрібно було узгоджувати з місцевими органами санітарного нагляду. Будинки, в яких розміщувалися басейни обов'язково повинні були мати вестибюль, зал очікування, роздягальню, душову, вбиральню, службові приміщення, котельню. Відкриті басейни забезпечувалися ще й додатковими приміщеннями. Постановою встановлювалися норми щодо водопостачання, каналізації, опалення, вентиляції, розміру басейнів. Наприклад, довжина басейну становила 25 метрів, глибина – від 1,5 м (для осіб які не вміють плавати) до 15 м (місце під вишкою, з якої здійснювалися стрибки) [76, ст. 62].

На засіданні 23 грудня 1926 р. РНК УСРР звернула увагу, що санітарно-профілактичну діяльність не можна трактувати як вузько урядову діяльність та вказала, що розвиток санітарно-профілактичної справи можна забезпечити лише шляхом спільної діяльності органів влади та підприємств, установ, організацій протягом декількох років. У зв'язку з цим окружні інспектури

охорони здоров'я за допомогою санітарних органів разом з зацікавленими організаціями повинні були здійснити впорядкування робітничих селищ та промислових підприємств, а їх органи – пов'язати ці заходи зі своїми виробничими та економічними планами [38, арк. 101].

Ця вказівка, фактично, була відображена в інструкції НКОЗ УСРР та Наркомпраці УСРР «Про обов'язковий медичний огляд робітників харчових підприємств і про порядок забезпечення їх в разі тимчасового усунення від роботи, у зв'язку з виявленням у них інфекційних хвороб» від 1 липня 1929 р., яка скасовувала інструкцію «Про обов'язковий огляд робітників харчової справи» від 23 червня 1926 р. Так працівники підприємств усіх форм власності, які виробляли, зберігали, продавали харчові продукти та напої, а також власники підприємств, безпосередньо зайняті виробництвом та торгівлею, підлягали попередньому та періодичним (раз в два місяці) медичним оглядам. Крім того, в інструкції закріплювався список хвороб, які були підставою для відсторонення працівників від роботи. Кожен працівник харчової сфери при прийомі на роботу повинен був надати свідоцтво медичної установи про відсутність у нього інфекційних хвороб. Дані про хвороби записувалися в індивідуальну картку працівника в двох примірниках. Одна з них знаходилася в медичній установі, а інша – на підприємстві. За порушення інструкції особи несли кримінальну або адміністративну відповідальність [76, ст. 59].

#### **Висновки до Розділу 4**

Відсутність кваліфікованого санітарного медперсоналу, масові епідемії, голод, загалом незадовільний санітарний стан країни визначали зміст нормативно-правового регулювання періоду непу. Воно, передусім, спрямовувалося на формування санітарних установ, підготовку медичного персоналу у галузі санітарії, ліквідацію масових епідемій (тиф, холера, малярія, скарлатина, дизентерія, віспа, чума тощо), встановлення санітарних правил поведінки для населення, прищеплення навичок гігієни, виробництво лікарських вакцин і сироваток, проведення лабораторних досліджень і масових щеплень населення. При цьому владою, переважно, застосовувалися командно-

адміністративні методи роботи, а саме: трудова повинність до медперсоналу, карантинні заходи на території масових епідемій, оподаткування населення та примусове залучення підприємств і громадських організацій для протидії епідеміям. Завдяки проведеним організаційно-правовим заходам органам охорони здоров'я вдалося не лише призупинити ріст епідеміологічних захворювань, але й суттєво покращити ситуацію у санітарній сфері.

Відбулося становлення та розвиток інституту забезпечення санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів. Його правове регулювання полягало у прийнятті нормативно-правових актів у цій галузі та стосувалося розробки державою єдиних санітарно-гігієнічних норм щодо очищення міст від комунально-побутових відходів і покидьків, охорони підземних і наземних вод від забруднення, загнивання, а також потрапляння до них збудників хвороб і шкідливих отруйних речовин, облаштування колодязів загального користування, утримання та використання жилих, громадських та промислових приміщень, забою свійських тварин, безпеки та якості харчових продуктів, обов'язкового медичного огляду працівників харчових підприємств тощо.

## ВИСНОВКИ

У висновках сформульовано найсуттєвіші результати, які є розв'язанням наукових задач дослідження, що полягають у розкритті закономірностей, напрямів, способів, особливостей правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.).

Проведене дисертаційне дослідження дало змогу зробити такі висновки:

1. Аналіз стану наукової розробки проблеми засвідчив, що в історико-правовій науці немає комплексного дослідження, присвяченого проблемі правового регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.). Основна увага дослідників звернена на вивчення окремих питань наукової проблеми в контексті історії України та історії медицини.

Дослідження виконане на основі репрезентативної джерельної бази. У роботі використано як неопубліковані, так і опубліковані джерела. Неопубліковані джерела представлені архівними документами. У висвітленні проблеми застосовано матеріали з центральних та регіональних архівосховищ України. Опубліковані джерела класифіковано на шість груп: нормативно-правові акти органів державної влади у сфері охорони здоров'я; матеріали офіційного діловодства органів управління охороною здоров'я, комуністичної партії, профспілкових та інших громадських організацій; статистичні збірники; довідники з питань соціального страхування та медичної допомоги застрахованим; тогочасна періодична преса; мемуарна література.

2. Методологією дослідження є система принципів, філософсько-світоглядних підходів і методів, які забезпечують усебічне та об'єктивне висвітлення проблеми правового регулювання охорони здоров'я УСРР (1921–1929 рр.). В основу роботи покладені методологічні принципи історизму, усебічності, об'єктивності дослідження. Світоглядну позицію автора визначили філософсько-світоглядні підходи (герменевтичний, аксіологічний, плюралістичний). Автор використовував такі методи дослідження: діалектичний, логічний (аналіз, синтез, індукція, дедукція), проблемно-

хронологічний, системний, історичної біографістики, статистичний, формально-юридичний та порівняльно-правовий.

3. Одним із ключових завдань УСРР було формування системи органів управління охороною здоров'я. Ця система ґрунтувалася на принципах єдності медико-санітарної організації, централізації управління та чіткої ієрархії. У системі органів управління охороною здоров'я НКОЗ УСРР відігравав роль центрального органу виконавчої влади, який забезпечував формування та реалізацію державної політики у сфері охорони здоров'я населення. Попри ринкові засади непу, радянська влада встановила державну монополію у сфері охорони здоров'я та одержавила медичну галузь.

4. Функціонування органів робітничої медицини позитивно позначилося на якості медичного забезпечення робітників та службовців. Медичне обслуговування означених категорій здійснювалося через самостійну мережу лікарняних та профілактичних установ, яку утримував окремий страховий фонд. Однак, із згортанням непу та взяттям курсу на модернізацію промисловості, влада зосередила усі важелі контролю за наданням медичної допомоги в руках органів охорони здоров'я, проголосивши ліквідацію відділів страхової медицини на місцях.

5. Становлення Українського товариства Червоного Хреста відбувалося в умовах одночасного функціонування на території України декількох червонохресних організацій, які більшовики шляхом об'єднання поставили на службу радянській владі. Над діяльністю червонохресної громадської організації УСРР було встановлено цілковитий державний контроль, який визначив мету, завдання, класові принципи організації товариства. Попри це, Українське товариство Червоного Хреста здійснювало широкомасштабну діяльність з охорони здоров'я населення, основними напрямками якої були: створення мережі медичних установ, протидія соціальним хворобам, дитячій безпритульності, надання лікарняної та фармацевтичної допомоги населенню тощо.

6. Голод, епідемії та господарська розруха зумовили домінування в

організації медичної діяльності таких адміністративних методів, як націоналізація лікувальних закладів, аптек, інших медичних установ та лікарського приладдя, а також мобілізації лікарів до заняття медичною діяльністю та мілітаризації медичних установ. Шляхом застосування зобов'язань та заборон радянській владі вдалося налагодити виробництво медикаментів та встановити контроль у цій галузі, розробити вимоги до відпуску ліків в аптеках, а також єдині кваліфікаційні вимоги щодо осіб, які займалися медичною діяльністю, окреслити професійні права та обов'язки медичних працівників. Здійснюючи підготовку медичного персоналу в умовах повоєнної розрухи, голоду та епідемій, держава встановлювала певні пільги лікарям та гарантувала їм матеріальне забезпечення.

7. Правові засади санаторно-курортної справи закріплювалися у законодавстві про охорону здоров'я, яким для забезпечення санаторно-курортного лікування та відпочинку робітників і службовців були націоналізовані усі санаторії та курорти. Обов'язковою умовою для направлення до санаторно-курортних установ було проходження соціального відбору, який особливо став відчутним наприкінці 1920-х рр., в умовах взяття курсу на модернізацію економіки, коли перевага надавалася лікуванню робітників провідних галузей промисловості.

8. Правове регулювання охорони здоров'я матері та дитини мало лікувальну, профілактичну та соціальну спрямованість. У медичну практику було впроваджено нові форми та методи охорони здоров'я матерів та дітей. Розвиток інституту охорони здоров'я матері та дитини забезпечувався організацією мережі різноманітних дитячих установ, жіночих та дитячих консультацій, залученням до їх фінансування не лише держави, але й громадських організацій та підприємств, наданням жінкам допомоги у зв'язку з народженням дітей тощо. Щоправда, рівень медичної та профілактичної допомоги визначався не тільки станом здоров'я матерів та дітей, але й їх соціальним статусом.

9. Відсутність кваліфікованого санітарного медперсоналу, масові епідемії,

голод, загалом незадовільний санітарний стан країни визначали напрями нормативно-правового регулювання у період непу. Зокрема: створення мережі санітарних установ; підготовка медичного персоналу у галузі санітарії; запобігання та ліквідація масових епідемій; проведення масових щеплень населення; виробництво лікарських вакцин і сироваток та проведення лабораторних досліджень; встановлення санітарних правил поведінки для населення; проведення санітарно-просвітницької роботи.

У правовому регулюванні запобігання епідеміям переважали імперативні норми, що встановлювали особливі умови праці медичних працівників і життєдіяльності населення та передбачали застосування таких заходів, як трудова повинність, карантинні заходи, додаткове оподаткування населення.

10. Правове регулювання санітарно-гігієнічного благополуччя територій і населених пунктів полягало у прийнятті нормативно-правових актів, які стосувалися розробки державою єдиних санітарно-гігієнічних норм щодо: очищення міст від комунально-побутових відходів; охорони підземних і наземних вод від забруднення, загнивання, а також потрапляння до них збудників хвороб і шкідливих отруйних речовин; облаштування колодязів загального користування; утримання та використання житлових, громадських та промислових приміщень; забою свійських тварин; безпеки та якості харчових продуктів; обов'язкового медичного огляду працівників харчових підприємств тощо;

11. Результати дослідження свідчать про необхідність удосконалення правового регулювання охорони здоров'я у сучасній Україні в таких напрямках: запровадження загальнообов'язкової державної соціальної страхової медицини, яка сприяла б підвищенню якості медичного обслуговування населення, впровадженню превентивних заходів з охорони здоров'я та поліпшенню фінансування цієї сфери; ширше залучення громадських організацій до охорони здоров'я населення з метою проведення ними просвітницької роботи, а також здійснення громадського контролю за використанням коштів, виділених на фінансування цих закладів; посилення державного контролю у сфері цінової



політики на ліки, уніфікація визначення вартості надання медичних послуг; посилення адміністративних санкцій до порушників права на охорону здоров'я; оперативність і своєчасність прийняття норм для реформування медичної галузі; систематизація законодавства у сфері охорони здоров'я, зокрема підготовка та прийняття Медичного кодексу України.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамова А. А. Состояние пищевого рынка Украины и организация санитарно-пищевого надзора / А. А. Адамова // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г. Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 50–55.
2. Адамська І. Г. Особливості функціонування системи охорони здоров'я УСРР в 1920-х роках / І. Г. Адамська // Часопис української історії. – К., 2011. – Вип. 19. – С. 24–31.
3. Андрусишин Б. Юридичні та фактичні підстави незалежності Української держави / Б. Андрусишин // Вісник Академії правових наук України : зб. наук. пр. / редкол. : В. А. Тацій та ін. – Харків : Право, 2012. – № 4 (71). – С. 114–122.
4. Андрусишин Б. І. У пошуках соціальної рівноваги. Нарис історії робітничої політики українських урядів революції і визвольних змагань 1917 – 1920 рр. / Б. І. Андрусишин. – К. : Федерація професійних спілок України, 1995. – 192 с.
5. Андрусишин Богдан. Проблема спадкоємності нашої державності / Богдан Андрусишин // Голос України. – 2012. – № 168 (5418). – 8 версеня. – С. 5.
6. Баевский И. Л. Дома отдыха, санатории, курорты и здоровье застрахованных / И. Л. Баевский. – [3-е изд.]. – М. : Вопросы труда, 1928. – 69 с.
7. Барит А. Социальное страхование при диктатуре пролетариата / А. Барит, Б. Милютин. – М. : Профиздат, 1932. – 61 с.
8. Басс Н. Б. Сборник действующего законодательства циркуляров и инструкций по социальному страхованию на Украине / сост. юрисконсульт Гл. упр. соц. страхования Украины / Н. Б. Басс ; [под. общ. ред. И. И. Фреймана]. – Харьков : Вопр. труда, 1926. – 499 с.
9. Баткіс Г. А. Перші кроки будівництва радянської охорони здоров'я

на Україні (1918–1922) / Г. А. Баткіс. – К. : «Держвидав УРСР», 1964. – 47 с. (мемуари, спогади).

10. Бондаренко В. Борьба з соціальними хворобами в радянській республіці. – Харків : Державне видавництво України, 1925. – 67 с.

11. Борисов Н. Дома отдыха Украины / Н. Борисов // Вопросы страхования. – 1928. – № 27. – С. 21.

12. Венеричні хвороби по округових містах України в 1927 р. (спроба соціально-гігієнічної аналізи міського венеризму) / [упорядн. С. А. Томілін]. – Харків : Центральне статистичне управління, 1928. – 77 с.

13. Вигдорчик Н. А. Теория и практика социального страхования. Вып. 3. Страхование на случай болезни в России / Н. А. Вигдорчик. – М. – Петроград : Книга, 1922. – 155 с.

14. Винаров И. О. Санитарная оценка молочного рынка в г. Мариуполе / И. О. Винаров // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г. Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 55–57.

15. Відчит товариства Українського Червоного Хреста за 1923/24 рік. – Харків : Український Червоний Хрест : Видання головної управи, 1925. – 45 с.

16. ВКП(б) и профсоюзы о социальном страховании: Сб. документов / [под общ. ред. Д. Антошкина]. – М. : Профиздат, 1934. – 182 с.

17. Восьмой всесоюзный съезд профсоюзов // Вопросы страхования. – 1929. – № 2. – С. 6.

18. Всесоюзная коммунистическая партия (большевиков) о социальном страховании. Сборник документов. Подготовили к изданию А. Таубер и И. Ахматовский. – М. : Профиздат, 1940. – 112 с.

19. Второй съезд профсоюзов Украины 3-8 ноября 1924 г.: Стенографический отчет. – Харьков : Изд-во ВУСПС, 1924. – 232 с.

20. Вульфович М. А. Хлебопечение по гор. Днепропетровску / М. А. Вульфович // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье

Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г. Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 65–68.

21. Гецов Г. Б. Охорона материнства і дитинства / Г. Б. Гецов. – К. : «Держвидав», 1926. – 150 с.

22. Гончаренко В. Д. Конституційне будівництво в Україні за часів нової економічної політики (1921-1929 рр.) / В. Д. Гончаренко // Вісник Національної академії правових наук України. – Харків : Право, 2015. – №2 (81). – С. 17–26.

23. Грибан О. Г. Створення Українським Червоним Хрестом системи санітарної освіти у 20-ті рр. ХХ ст. / О. Г. Грибан // Наукові записки Тернопільського педагогічного університету ім. В. Гнатюка . – 2014. – Вип. 2. – Ч. 3. – С. 39–42.

24. Гринзовський А. М. Санітарне законодавство України: генези та тенденції розвитку: дис ... док. мед. наук : 14.02.01 / Гринзовський Анатолій Михайлович. – К., 2015. – 523 с.

25. Гуревич М. Г. Состояние сельской медико-санитарной сети на Украине в середине лета 1923 года / М. Г. Гуревич // Профилактическая медицина. – 1924. – № 1–2. – С.5–9.

26. Державний архів Вінницької області (ДАВО), Ф. 1136. Могилів-Подільська окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 2. 1923-1930 рр., спр. 2. Циркуляри Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР; Центральної атестаційної комісії НКОЗ УСРР; розпорядження Подільського губерніального відділу охорони здоров'я; переписка з окружним военкоматом про бронювання медпрацівників, допризовну підготовку, роботу атестаційної комісії, 27 листопада 1923 р. – 12 лютого 1924 р., 74 арк.

27. ДАВО, Ф. 1136. Могилів-Подільська окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 2. 1923-1930 рр., спр. 13. Постанови ЦК ВКП (б); Циркуляри Народного комісаріату охорони здоров'я УСРР; ДПУ УСРР; розпорядження окружного военкомату; переписка з Народним комісаріатом охорони здоров'я

УСРСР, окружним виконкомом, районними інспектурами охорони здоров'я про роботу лікарняних установ і особистий склад, 13 вересня 1929 р. – 8 травня 1930 р., 119 арк.

28. ДАВО, Ф. 1136. Могилів-Подільська окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 2. 1923-1930 рр., спр. 4. Циркуляри Народного комісаріату фінансів ССРСР, Народного комісаріату охорони здоров'я УСРСР; резолюція по доповіді НКОЗ про робмеди; переписка з НКОЗ УСРСР про роботу медико-санітарних установ і облік медичних працівників, ведення і відправки секретного діловодства; відомості про стан лікарняних установ Могилів-Подільської інспектури охорони здоров'я за 1925 р., 15 вересня 1925 р. – 27 грудня 1926 р., 226 арк.

29. ДАВО, Ф. 155. Вінницька окружна каса соціального страхування, оп. 2. 1929-1930 рр., спр. 1. Циркуляри, розпорядження ЦК КП(б)У, Наркомату праці УСРСР, губкому КП(б)У, окрстрахкаси. Переписка з Наркоматом праці УСРСР, окрвідділом ДПУ про особовий склад та видачу допомоги. Списки особового складу окрстрахкаси за 1929 р., 4.01. – 27.12.1929 р., 124 арк.

30. ДАВО, Ф. 1993. Тульчинське окружне Аптекоуправління., оп. 1. 1924 – 1929 рр., спр. 34. Переписка про продаж медикаментів по Гайсинському сан розподільнику, 1 січня – 31 грудня 1928 р., 93 арк.

31. ДАВО, Ф. 2643. Гайсинська окружна інспектура охорони здоров'я., оп. 2. 1922-1924 рр., спр. 2 Переписка з Подільським губернським відділом охорони здоров'я, відділом охорони материнства і дитинства, завідуючими дитячими будинками з питань основної діяльності, 24 жовтня 1922 р. – 19 грудня 1923 р., 25 арк.

32. ДАВО, Ф. 2839. Брацлавський повітовий відділ охорони здоров'я., оп. 2. 1919-1922 рр., спр. 8. Циркуляр Народного комісаріату охорони здоров'я про створення відділу охорони здоров'я при повіт виконкомах і зуболікарську допомогу населенню УРСР, 27 травня – 13 червня 1919 р., 31 арк.

33. ДАВО, Ф. 772. Жмеринський повітовий відділ охорони здоров'я, оп. 1. 1920-1923 рр. спр. 7. Інструкції та постанови Наркомздоров'я,

20 листопада 1920 р. – 8 серпня 1921 р., 190 арк.

34. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 10. Циркуляри і інструкції Народного комісаріату охорони здоров'я, 19 січня – 28 червень 1925 р., 575 арк.

35. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 15. Циркуляри і інструкції Народного комісаріату охорони здоров'я, 2 травня – 30 грудня 1925 р., 1051 арк.

36. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 18. Циркуляри і розпорядження Народного комісаріату охорони здоров'я і доповіді окружних відділів охорони здоров'я, 1 січня – 30 вересня 1926 р., 659 арк.

37. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 19. Циркуляри і розпорядження Народного комісаріату охорони здоров'я і протоколи засідань президії Вінницького окрвиконкому, 20 червня – 30 листопада 1926 р., 429 арк.

38. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 26. Циркуляри і розпорядження Народного комісаріату охорони здоров'я, 30 червня – 30 грудня 1927 р., 608 арк.

39. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 40. Циркуляри і розпорядження Народного комісаріату охорони здоров'я, 16 вересня 1929 р. – 14 серпня 1930 р., 317 арк.

40. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 5. Циркуляри Народного комісаріату охорони здоров'я, 1 січня 1924 р. – 25 серпня 1925 р., 295 арк.

41. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 65. Наказ по окружному відділу охорони здоров'я і переписка з лікарнями про ремонт лікарень і медичному обслуговуванні населення, 7 січня – 17 жовтня 1929 р., 268 арк.

42. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 69. Постанови РНК про осіб, які мають право на

безоплатну медичну допомогу і про дитячу оздоровчу кампанію, 8 листопада 1926 р. – 24 вересня 1927 р., 125 арк.

43. ДАВО, Ф. 774. Вінницька окружна інспектура охорони здоров'я, оп. 1. 1923-1929 рр., спр. 7. Циркуляри і розпорядження Народного Комісаріату охорони здоров'я і відчити про діяльність губернського і окружного відділів охорони здоров'я, 4 січня – 1 грудня 1924 р., 270 арк.

44. ДАВО, Ф. 776. Літинський повітовий відділ охорони здоров'я, оп. 1. 1920-1923 рр., спр. 4. Заяви співробітників, 3 грудня 1920 р. – 20 грудня 1921 р., 189 арк.

45. ДАВО, Ф. 776. Літинський повітовий відділ охорони здоров'я, оп. 1. 1920-1923 рр., спр. 40. Циркуляри Наркомздоров'я, 19 травня – 9 грудня 1922 р., 94 арк.

46. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 21. Відомості на виплату заробітної плати співробітникам будинку грудної дитини, 1 листопада – 24 листопада 1923 р., 373 арк.

47. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 15. Доповідь про діяльність Жмеринського повітового відділу охорони здоров'я, 22 вересня 1920 р. – 3 листопада 1922 р., 43 арк.

48. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 227. Циркуляри і накази Народного комісаріату охорони здоров'я, 15 січня – 31 грудня 1923 р., 158 арк.

49. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів., оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 247. Данні про

лікувальні установи, кількість ліжок в лікарнях і кількість дільничних лікарів амбулаторій за 1925 р., 1925 р., 24 арк.

50. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 348. Прикази, циркуляри і інструкції НКОЗ, 1 лютого – 25 грудня 1922 р., 140 арк.

51. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 50. Циркуляри та розпорядження народного комісаріату охорони здоров'я, 1 січня – 28 листопада 1923 р., 122 арк.

52. ДАВО, Ф. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я подільського губернського виконавчого комітету ради робітничих, селянських і червоноармійських депутатів, оп. 2. 1920-1925 рр., спр. 7. Накази Народного комісаріату охорони здоров'я, 21 січня – 24 грудня 1924 р., 108 арк.

53. ДАВО, Ф. 97. Могилів-Подільське окружне аптечне управління., оп. 1. 1924-1930 рр., спр. 47. Балансові матеріали за 1924-1925 рр., 1924 р., 1925 р., 101 арк.

54. Данский Б. Г. Социальное страхование раньше и теперь / Б. Г. Данский. – [2-е изд.]. – М. : Вопросы труда, 1928. – 251 с.

55. Державний архів Харківської області (ДАХО), Ф. 1. Харківський губвиконком КП (б)У, оп. 1. 1919-1925 рр., спр. 520. Протоколи засідань пленуму, президіуму і комфракції Харківського губвиконкому, 2 січня – 29 грудня 1921 р., 193 арк.

56. ДАХО, Ф. 1. Харківський губвиконком КП (б)У, оп. 1. 1919-1925 рр., спр. 1268. Протоколи делегатських зібрань робітниць Червонозаводського району м. Харкова., 2 лютого – 1 грудня 1925 р., 42 арк.

57. ДАХО, Ф. 188. Бюро соціального страхування Харківського губернського відділу праці та його районні каси, оп. 4. 1922-1924 рр., спр. 1. – Циркуляри і протоколи губ страхкаси, 18.05. – 5.11.1923 р., 246 арк.



58. ДАХО, Ф. 190. Каральний підвідділ Харківського губернського юридичного відділу, оп. 1. 1920-1924 рр., спр. 1. Розпорядження і циркуляри медико-санітарного підвідділу карального відділу Нарком'юсту УССР., 3 травня – 28 червня 1920 р., 18 арк.

59. ДАХО, Ф. 203. Харківський губернський виконавчий комітет рад робітничих, сільських і червоноармійських депутатів м. Харків, оп.1. 1917-1925 гг., спр. 786. Протоколи засідань колегії і комісій Харківського губернського відділу охорони здоров'я, засідань завідуючих повітовими відділами охорони здоров'я, 31 грудня 1921 р. – 13 жовтня 1922 р., 207 арк.

60. ДАХО, Ф. 821. Відділ охорони здоров'я Харківського Губернського виконкому рад робітничих, сільських і червоноармійських депутатів, м. Харків, оп.1. 1919-1925 рр., спр. 98. Протоколи засідань малої колегії губернського відділу охорони здоров'я, 18 января 1920 р. – 17 октября 1921 р., 96 арк.

61. ДАХО, Ф. 855. Інспектура охорони здоров'я Харківського окружного виконкому рад робітничих, сільських і червоноармійських депутатів, м. Харків, оп.1. 1920-1931 рр., спр. 11. Документи про стан лікувальної мережі м. Харкова і розвитку медико-санітарної роботи (проекти резолюцій, тези), 26 листопада – 19 грудня 1924 р., 255 арк.

62. Дев'ятий Всеукраїнський з'їзд Радянських робітничо-селянських та червоноармійських депутатів. 3 жовтня 1925 року. Постанови та резолюції. – Харків, 1925. – 39 с.

63. Девятый съезд Коммунистической партии (большевиков) Украины. 6-12 декабря 1925 г.: Стенографический отчет. – Харьков : Пролетарий, 1926. – 395 с.

64. Демочко Г. Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я в Харкові : дис ... канд. істор. наук: 07.00.01 / Демочко Ганна Леонідівна. – Харків, 2011. – 295 с.

65. Демьяненко В. Н. Исследование колбас харьковского производства / В. Н. Демьяненко // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г.

Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 69-71.

66. Десятий з'їзд Комуністичної партії більшовиків України, 20 – 29 листопада 1927 року. Стенографічний звіт. – Харків : ДВУ, 1928. – 620 с.

67. Досягнення охорони здоров'я в Українській РСР ; за ред. П. Л. Щупика. – К. : «Держмедвидав», 1958. – 726 с.

68. Ефимов Д. И. О роли и значении консультации в системездравоохранения / Д. И. Ефимов // Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-тилетию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901-1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – С. 22–24.

69. Єфімов Д. І. 10 років охорони здоров'я робітників та селян / Д. І. Єфімов. – Харків : Наукова думка, 1929. – 29 с.

70. Єфімов Д. Завдання комітетів взаємодопомоги в справі охорони здоров'я на селі / Д. Єфімов. – Харків, 1925. – 18 с.

71. За здоров'я трудящих. Звіт секції охорони здоров'я. – Харків, 1930. – 68 с.

72. Загальна теорія держави і права : підручник для студ. юрид. вищ. навч. закладів / [Цвік М. В., Петришин О. В., Авраменко Л. В. та ін.] ; за ред. М. В. Цвіка, О. В. Петришина. – Харків : Право, 2009. – 584 с.

73. Залозний М. Ю. Теоретико-правове визначення поняття «курорт» / М. Ю. Залозний // Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Юридические науки». – Т. 23 (62). – № 1. – 2010. – С. 353–359.

74. Збір законів і розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1921 р. – Харьков : Вторая Советская типогр., 1921. – 703 с. – (Издание Народного Комиссариата Юстиции У. С. С. Р. Харьков, 1921г.).

75. Збірник Законів та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1929 рік. – Харків : Укрголовліт Друга друкарня ім. В. Блакитного Держтресту «Харполіграф», 1929. – 512 с. – (Офіційне видання Народного

комісаріату юстиції).

76. Збірник Законів та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1929 рік. – Харків : Укрголовліт Друга друкарня ім. В. Блакитного Держтресту «Харполігра», 1929. – 802 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

77. Збірник Законів та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1929 рік. – Харків : Укрголовліт Третя друкарня ім. т. Фрунзе Держтресту «Харполіграф», 1929. – 1172 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

78. Збірник медико-санітарного законодавства УРСР (1926–1928 рр.) ; за ред. Д. С. Кагана, С. Г. Рапопорта, С. Л. Сокольського. – Харків : «Наукова думка», 1929. – 392 с.

79. Збірник найголовніших директивних розпоряджень у справах охорони здоров'я (1929–1930 рр.). – Харків : «Наукова думка», 1930. – 100 с.

80. Збірник постанов та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1922-1923 рр. – Харьков : Літо-друкарня «Книгоспілки», 1922. – 1147 с. – (Видання Народнього Комісаріату Юстиції).

81. Збірник узаконень і розпоряджень робітничо-селянського уряду України 1923–1928 років. – Харків, 1928. – 150 с.

82. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1925 рік. – Харків : Друкарня ПУ УВО ім. М. Фрунзе, 1925. – 1785 с. – (Видання Народного комісаріату юстиції).

83. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1925 рік. – Харків : Друкарня ПУ УВО ім. М. Фрунзе, 1925. – 509 с. – (Видання Народного комісаріату юстиції).

84. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1926 рік. – Харків : Укрголовліт Урядова друкарня ім. т. Фрунзе, 1926. – 818 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

85. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду

України за 1926 рік. – Харків : Укрголовліт Урядова друкарня ім. т. Фрунзе, 1926. – 430 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

86. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1927 рік. – Харків : Укрголовліт друкарня ВУЦВКу «Червоний друк», 1927. – 820 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

87. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1928 рік. – Харків : Укрголовліт друкарня ВУЦВКу «Червоний друк», 1928. – 183 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

88. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1928 рік. – Харків : Укрголовліт Друга друкарня ім. В. Блакитного тресту «Харківдрук», 1928. – 227 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

89. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1928 рік. – Харків : Укрголовліт №7 Друга друкарня ім. В. Блакитного тресту «Харківдрук», 1928. – 204 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

90. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1928 рік. – Харків : Укрголовліт Друга друкарня ім. В. Блакитного тресту «Харківдрук», 1928. – 208 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

91. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України за 1919-1920 рр. – Харьков : Правительственная типография, 1921. – 790 с. – (Издание Народного Комиссариата Юстиции У. С. С. Р. Харьков, 1921г.).

92. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України: 4-е видання (офіційне) Народного Комісаріату Юстиції. – Харків : Друкарня УВО ім. М. Фрунзе, 1924. – 1052 с.

93. Звіт про діяльність бюро робмеду за 1925/26 рік. – Вінниця : Віндерждрукарня ім. Леніна, 1927 р. – 31 с.

94. Звіт про діяльність товариства Червоного Хреста УСРР за 1927/28 рік. – Харків : Наукова думка, 1929. – 64 с.
95. Звіт про діяльність Центрального комітету Червоного Хреста УСРР за 1925/26 рік. – Харків : Видання ЦКЧХ УСРР, 1927. – 67 с.
96. Звіт про діяльність Червоного Хреста УСРР за 1928/29 рік. – К. : Товариство Червоного Хреста УСРР : Наукова думка, 1929. – 64 с.
97. Здравоохранение в годы восстановления и социалистической реконструкции народного хозяйства СССР (1925–1940 гг.). Сборник документов и материалов. – М. : «Медицина», 1973. – 328 с.
98. Инструкция о порядке распределения, выдачи и учёта путёвок на курорты, в санатории и дома отдыха фабрично-заводскими и местными комитетами. – М. : [Б. м.], 1935. – 8 с.
99. Інструктивні матеріали по ОЗДП / [упоряд.: А. Л. Альтман, А. З. Бандуровський]. – Харків : Медвидав, 1934. – 247 с.
100. Інструкція про порядок видачі застрахованим лікарняних листків. – Харків : Ворошиловець, 1937. – 14 с.
101. Каган Д. С. 15 років радянської охорони здоров'я на селі / Д. С. Каган. – Харків : «ДВОУ Медвидав», 1932. – 44 с.
102. Каган С. С. Охорона народного здоров'я в УРСР / С. С. Каган. – К. : «Пролетарська правда», 1939. – 48 с.
103. Каган Д. Десять років керівництва (1917–1927). Матеріали до характеристики медично-санітарної справи на Київщині / Д. Каган. – К., 1928. – 106 с.
104. Караваев В. В. Пособия по болезни / В. В. Караваев. – [Изд. 2-е]. – М. : Труд и книга, 1927. – 35 с.
105. Каракаш Д. Ф. З історії розвитку охорони здоров'я в Харківській губернії – Харківській області / Д. Ф. Каракаш // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні ; під ред. канд. мед. наук К. Ф. Дупленко. – К. : Державне медичне видавництво УРСР, 1957. – С. 140–181.
106. Каранович С. Профессиональные права и обязанности

медицинского работника / С. Каранович, С. Черняк. – М. : Издательство Наркомздрава РСФСР, 1927. – 240 с.

107. Керимов Д. А. Методология права : предмет, функции, проблемы философии права / Керимов Д. А. – М. : Изд-во СГУ, 2008. – 521 с.

108. Кодекс законів про охорону здоров'я УСРР. Проект. – Харків : Видання НКОЗу, 1935. – 86 с.

109. Кольнер Р. Ю. Дитяча смертність на Україні і боротьба з нею / Р. Ю. Кольнер. – Харків : Держвидав, 1930. – 62 с.

110. Котляр М. Президиум ВУСПС о положении медпомощи застрахованным на Украине / М. Котляр // Вопросы страхования. – 1926. – №7. – С. 8–9.

111. Крюков В. К. Санитарная организация Украины к X-летию Октября / В. К. Крюков // Профилактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 21–33.

112. Кузьмінець Н. П. Організація охорони материнства і дитинства на Поділлі на початку 1920-х рр / Н. П. Кузьмінець // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Історія. – 2012. – Вип. 20. – С. 208–212.

113. Кузьмінець Н. П. Охорона здоров'я в Україні в першій половині 1920-х років: історичний аспект / Н. П. Кузьмінець // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Історія. – 2014. – Вип. 22. – С. 49–54.

114. Кульбашна О. А. Кодифікація українського трудового законодавства у період непу / О. А. Кульбашна // Університетські наукові записки. – 2011. – №. 2. – С. 199–203.

115. Лебедев Д. В. Створення міністерств народного здоров'я та опікування Української держави, Директорії Української Народної Республіки і їхня діяльність (квітень 1918 - серпень 1921 рр.) : дис. ... канд. юрид. наук : 12.00.01 / Лебедев Дмитро В'ячеславович. – К., 2014. – 203 с.

116. Левина Н. Аборты в подполье: секреты частной жизни / Н. Левина // Родина. – М., 1999. – № 1. – С. 49.

117. Лейзерман Л. Й., Паулі С. Л. Остання епідемія малярії на Україні / Л. Й. Лейзерман, С. Л. Паулі // Профілактична медицина. – 1929. – № 3–4. – С. 27–39.
118. Ленинские декреты по здравоохранению 1917-1921 гг. – М. : «Медицина», 1970. – 158 с.
119. Литовченко Т. А. Військово-оборонна діяльність українського товариства червоного хреста у 1918 – 1939 роках: дис ... канд. істор. наук : 20.02.22 / Литовченко Тарас Адольфович. – К., 2006. – 182 с.
120. Лифшиц Я. И. Этапы развития санитарного просвещения / Я. И. Лифшиц // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г. Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 12–17.
121. Ліберман І. Охорона здоров'я у п'ятиріччі / І. Ліберман. – К. : «Господарство України», 1931. – 64 с.
122. Лукомский М. Я. Строительство рабочей медицины / М. Я. Лукомский. – М. : Вопросы страхования, 1924. – 171 с.
123. Марзеев А. Н. Воспоминания санитарного врача: авторський вариант ; под ред. А. М. Сердюка. – К. : Деркул, 2008. – 287 с.
124. Марзеев А. Н. Санитарная организация на Украине / А. Н. Марзеев // Профілактическая медицина. – 1928. – № 12. – С. 15–19.
125. Материалы о социально-гигиеническом состоянии украинской деревни. – Харьков : Типография У.В.О. им. Фрунзе, 1923 г. – 68 с.
126. Материалы по статистике социального страхования на Украине. Под ред. проф. Э. М. Кагана. – Вып. I. – Харьков : Издание Главного управления социального страхования на Украине, 1927. – 148 с.
127. Материалы по статистике социального страхования на Украине. Под ред. И. И. Фреймана и проф. Э. М. Кагана. – Вып. II. – Харьков : Издательство «Вопросы труда», 1927. – 205 с.
128. Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні ; за ред.

К. Ф. Дупленко. – К. : «Держмедвидав», 1957. – 385 с.

129. Медицинская помощь застрахованным в 1925/26 году. – Харьков : Научная мысль, 1927. – 94 с.

130. Мельничук О. А. Соціальне страхування в Радянській Україні (20 – 30-ті рр. ХХ ст.) / О. А. Мельничук. – Вінниця : «Едельвейс і К», 2009. – 372 с.

131. Милютин Б. Т. Санаторно-курортная работа страховых касс / Б. Т. Милютин. – М. : Вопросы труда, 1928. – 31 с.

132. Мичник З. О. Консультации и охрана младенчества / З. О. Мичник // Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-летию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901-1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – С. 52–58.

133. Мовчан О. М. Повсякденне життя робітників УСРР. 1920-ті рр. / О. М. Мовчан. – К. : Інститут історії України НАН України, 2011. – 312 с.

134. Мовчан Ольга. Медичне обслуговування робітників УСРР. 1920-ті рр. / Ольга Мовчан // Проблеми історії України: факти, судження, пошуки. – К. : Інститут історії України НАН України, 2006. – Вип.15. – С. 19-64.

135. Мурашова О. П. Заходи радянської влади у сфері охорони здоров'я в Україні у 1920 – 1930-х рр. / О. П. Мурашова // Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія : Історія. – 2015. – Вип. 23. – С. 55–60.

136. Немченко Л. П. Опыт построения бюджета по социальному страхованию. – М. : Вопросы труда, 1925. – С. 21.

137. Николаев И. И. Права и обязанности врача в УССР / И. И. Николаев, С. Г. Рапопорт. – Харьков : Научная мысль, 1930. – 156 с.

138. О дополнительной разверстке курортных коек Цусстраха. Циркуляр НКТ СССР от 5 апреля 1924 г. // Вопросы страхования. – 1924. – №14. – С. 43.

139. О санаторно-курортной кампании. Циркуляр НКП УССР от 15 марта 1923 г. // Вопросы страхования. – 1923. – №18. – С. 44.

140. Об изменении и дополнении декрета о социальном обеспечении рабочих и служащих на случай временной и постоянной утраты



трудоспособности Постановление СНК УССР от 2 февраля 1922 г. // Вестник социального обеспечения. – 1922. – №1–3. – С. 58.

141. Одинадцятий Всеукраїнський з'їзд Рад робітничих, селянських та червоноармійських депутатів: Стенографічний звіт. – Харків : Вид-во Оргвідділу ВУЦВК, 1929. – 769 с.

142. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України від 19 листопада 1992 р. № 2801-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – № 4. – Ст. 19.

143. Остапенко Д. О. Соціальне страхування промислових робітників України (середина ХІХ ст. – лютий 1917 р.): дис. ... канд. іст. наук : 07.00.01 / Остапенко Дмитро Олександрович. – Харків, 1998. – 170 с.

144. Охорона здоров'я в УРСР: Основні закони та урядничі розпорядження ; за ред. М. Спаського, С. Сокольського. – Київ – Харків : Медичне видавництво, 1932. – 260 с.

145. Очередные задачи по врачебному контролю и медпомощи застрахованным // Вопросы страхования. – 1928. – №14. – С. 2.

146. Очерки истории медицинской науки и здравоохранения на Украине ; под ред. Д. П. Петрова, В. Д. Братуся, К. Ф. Дупленка. – К. : Госмедиздат УССР, 1954. – 440 с.

147. П'ятирічний план розвитку охорони здоров'я ; за ред. Д. Кагана. – Харків : «Держмедвидав УРСР», 1931. – 78 с.

148. Писемский Г. Ф. Консультация для беременных при Киевском клиническом институте / Г. Ф. Писемский, Б. О. Изаксон // Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-тилетию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901–1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – С. 232–242.

149. Показания и противопоказания к лечению на украинских курортах / [В. О. Альперович, Е. А. Черников, Е. М. Брусиловський и др.]. – Харьков : Научная мысль, 1928. – 80 с.

150. Правова ідеологія і право України на етапі становлення

тоталітарного режиму (1929-1941). – К. : Інститут держави і права ім. В. М. Корецького НАН України, 2001. – 220 с.

151. Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення : Закон України від 24 лютого 1994 р. № 4004-ХІІ // Відомості Верховної Ради України. – 1994. – № 27. – Ст. 218.

152. Про захист населення від інфекційних хвороб : Закон України від 06 квітня 2000 р. № 1645-ІІІ // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 29. – Ст. 228.

153. Про курорти : Закон України від 05 жовтня 2000 р. № 2026-ІІІ // Відомості Верховної Ради України. – 2000. – № 50. – Ст. 435.

154. Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів : Закон України від 23 грудня 1997 р. № 771/97-ВР // Відомості Верховної Ради України. – 1998. – № 19. – Ст. 98.

155. Промышленность и рабочий класс Украинской ССР в период восстановления народного хозяйства (1921-1925 гг.). Сборник документов и материалов. – К. : Политиздат Украины, 1964. – 593 с.

156. Рабочая медицина на Украине в 1924/25 г. (отчет рабмеда Н.К.З.У.), 1926 г. – 31 с.

157. Резолюция по докладу тов. Федера «Итоги и перспективы в работе Охматдета на Украине» // Тезисы и резолюции VI Всеукраинского съезда охраны материнства и детства, 8-13 ноября 1925 г. – [Б. м.]. – [Б. р.]. – С. 3–8.

158. Санатории, курорты и дома отдыха // Вопросы страхования. – 1929. – № 9. – С. 5.

159. Сборник действующего законодательства по медико-санитарному и аптечному делу в УССР (декреты, постановления, циркуляры, инструкции, положения, приказы и пр.) ; под ред. С. Г. Рапопорта, С. Л. Сокольского. – Харьков, 1926. – 667 с.

160. Сборник постановлений и распоряжений по социальному страхованию. – Харьков : Уполнаркомтруд РСФСР при СНК УССР, 1923. – 332 с.

161. Сборник постановлений, утвержденных Народным Комиссариатом Здравоохранения УССР / Народный комиссариат здравоохранения. – Харьков : Типография Наркомздрава, 1922. – 80 с.

162. Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-тилетию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901–1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – 334 с.

163. Сенюта І. Законодавче забезпечення права на охорону здоров'я в Україні: історико-правовий огляд // Вісник Львівського університету. Серія юридична. – Львів, 2004. – Вип. 39. – С. 59–68.

164. Сенюта І. Я. Право на медичну допомогу: деякі теоретико-практичні аспекти / І. Я. Сенюта // Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення). Матеріали ІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції, 17-18 квітня 2008, м. Львів. – С. 277–283.

165. Синани М. С. Некоторые данные из отчетов 6-ти одесских акушерско-гинекологических консультаций за 1925 год / М. С. Синани, Е. И. Морозова // Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-тилетию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901-1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – С. 263–267.

166. Систематический сборник важнейших декретов 1917–1920. – М. : [Б. и.], 1920. – 246 с.

167. Скловский Е. Л. Каких успехов можно достигнуть в деле призрения грудных детей в закрытых детских домах при современных наших знаниях? / Е. Л. Скловский // Сборник работ по охране материнства и младенчества, посвященный 25-тилетию Одесской «Капли молока» (Центральная консультация). 1901–1926 гг. – Одесса : Издание инспектуры охраны материнства и детства, 1927. – С. 88–95.

168. Собрание узаконений и распоряжений рабоче-крестьянского

правительства України за 1919. – К. : Т-во "Печатня С. П. Яковлева", 1919. – 580 с. – (Офіційне видання Народного комісаріату юстиції).

169. Социальное страхование в 1924-1925 гг. Материалы к страховой компании. – М. : Вопросы труда, 1925. – 118 с.

170. Социальное страхование на Украине в 1925-1926 гг. – Харьков : Изд. НКТ УССР, 1927. – 123 с.

171. Соціяльне страхування на Україні у 1927-1928 рр. (Статистичні та фінансові матеріали. – Харків : Питання праці, 1929. – 131 с.

172. Стефанчук Р. О. Особисті немайнові права фізичних осіб (поняття, зміст, система, особливості здійснення та захисту) : [монографія] / Р. О. Стефанчук ; [відп. ред. Я. М. Шевченко]. – К. : КНТ, 2008. – 626 с.

173. Стеценко В. Ю. Адміністративно-правове забезпечення запровадження в Україні обов'язкового медичного страхування : автореф. дис. ... д-ра юрид. наук : 12.00.07 / В. Ю. Стеценко ; Харк. Нац. ун-т внутр. справ. – Харків, 2010. – 40 с.

174. Стеценко В. Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні: тези до нормативно-правового забезпечення / В. Ю. Стеценко // Публічне право. – 2013. – № 2. – С. 57-63.

175. Стеценко С. Г. Юридическая регламентация медицинской деятельности в России (исторический и теоретико-правовой анализ) : автореф. дисс. ... д-ра юрид. наук : 12.00.01 / С. Г. Стеценко. – СПб., 2002. – 56 с.

176. Стеценко С. Г. Медичне право України / С. Стеценко, В. Стеценко, І. Сенюта. – К. : Вид-во «Правова єдність», 2008. – 507 с.

177. Тезисы доклада т. О. Шапиро. Диспансеризация в области охраны материнства и младенчества // Тезисы и резолюции VI Всеукраинского съезда охраны материнства и детства, 8-13 ноября 1925 г. – [Б. м.]. – [Б. р.]. – С. 39–48.

178. Тезисы доклада тов. Поповой. План работы на селе по охране материнства и младенчества // Тезисы и резолюции VI Всеукраинского съезда охраны материнства и детства, 8-13 ноября 1925 г. – [Б. м.]. – [Б. р.]. – С. 8–17.

179. Тезиси доклада тов. Приваловой «Методы диспансерной работы ОЗД» // Тезиси и резолюции VI Всеукраинского съезда охраны материнства и детства, 8-13 ноября 1925 г. – [Б. м.]. – [Б. р.]. – С. 72–75.

180. Тезиси и резолюции VI Всеукраинского с'езда охраны материнства и детства: 8-13 ноября 1925 г., Харьков. / Народный комиссариат здравоохранения. – Харьков : Укрголовлит, 1925. – 81 с.

181. Тезиси, принятые съездом по докладу т. Гурария и содокладу тов. Гольдвассера «Охрана здоров'я юных пионеров» // Тезиси и резолюции VI Всеукраинского съезда. – С. 75–80.

182. Теорія держави і права. Академічний курс : підручник / [за ред. О. В. Зайчука, Н. М. Оніщенко]. – К. : Юрінком Інтер, 2006. – 688 с.

183. Терованесов А. М. Історико-правові передумови впровадження системи медичного страхування в Україні [Електронний ресурс] / А. М. Терованесов // Правничий часопис Донецького університету. – 2013. – № 1. – С. 286–293.

184. Терованесов А. М. Становлення медичного страхування в умовах розвитку непу на території України [Електронний ресурс] / А. М. Терованесов // Правничий вісник Університету «КРОК». – 2014. – Вип. 19. – С. 51–55.

185. Терованесов А. М. Становлення законодавства про медичне страхування у Центральній та Східній Україні у двадцяті роки ХХ століття [Електронний ресурс] / А. М. Терованесов // Форум права. – 2013. – № 2. – С. 543–548.

186. Ткаченко І. В. Організація санітарної служби та головні напрямки діяльності санітарних закладів України у 20-ті роки ХХ ст. / І. В. Ткаченко // Гілея (науковий вісник) : зб. наук. праць / [гол. редактор В. М. Вашкевич]. – К., 2008. – Вип. 15. – С. 60–67.

187. Ткаченко І. В. Охорона здоров'я в Україні в роки нової економічної політики: соціально-історичний аспект : дис. ... канд.. іст. наук : 07.00.01 / Ткаченко Ірина Владиславівна. – Черкаси, 2009. – 231 с.

188. Томілін С. А. Спроба санітарного опису України / С. А. Томілін. –

Харків : ЦСУ, 1928. – 67 с.

189. Трефилов И. М. Страховик. Справочник по вопросам социального страхования и медицинской помощи застрахованным / И. М. Трефилов. – [2-е изд.]. – М. : Вопросы труда, 1927. – 428 с.

190. Усенко И. Б. Первая кодификация законодательства Украинской ССР / И. Б. Усенко ; АН УССР Ин-т государства и права. – К. : Наук. думка, 1989. – 120 с.

191. Устав Украинского общества Красного Креста. Утвержденный 4-го января 1922 г. / Всеукраинский Центральный Исполнительный Комитет Совета Рабочих, Крестьянских и Красноармейских депутатов. – Харьков, 1922. – 27 с.

192. Федотова Е. Н. Аборты и борьба с ними / Е. Н. Федотова // Профилактическая медицина. – 1927. – № 7. – С. 81.

193. Федотова О. Охорона материнства і дитинства на Україні / О. Федотова – Харків : «Наукова думка», 1930. – 32 с.

194. Фрейман І. І. Збірка правил про забезпечення застрахованих порядком соціального страхування / І. І. Фрейман. – Харків : Питання праці, 1929. – 270 с.

195. Хорош І. Д. Розвиток охорони здоров'я на селі в УРСР (1918–1929 рр.) / І. Д. Хорош. – К. : «Здоров'я», 1969. – 172 с.

196. Хорошін М. Г. Алкоголізм та венеричні хвороби / М. Г. Хорошін. – Харків, 1930. – 16 с.

197. Центральный державный архив вищих органів влади і управління України (ЦДАВО), Ф. 1. Всеукраїнський Центральный Виконавчий Комітет Рад робітничих, солдатських і червоноармійських депутатів (ВУЦВК), оп. 2, 1920-1925 рр., спр. 2145. Вісник товариства Українського Червоного Хреста №4 та лист Головної управи товариства, травень – 26 червня 1924 р., 64 арк.

198. ЦДАВО, Ф. 1. ВУЦВК, оп. 2, 1920-1925 рр., спр. 2978. Протоколи засідань Президії Центрального комітету товариства Українського Червоного Хреста та акти обслідування членом центральної ревізійної комісії його діяльності за січень 1926 р., 8 жовтня – 5 червня 1926 р., 86 арк.

199. ЦДАВО, Ф. 1. ВУЦВК, оп. 2, 1920-1925 рр., спр. 308. Листування з Народним комісаріатом і Харківським губернським відділом охорони здоров'я з питань охорони здоров'я, 17 січня – 26 грудня 1921 р., 232 арк.

200. ЦДАВО, Ф. 1. ВУЦВК, оп. 2, 1920-1925 рр., спр. 3909. Протоколи засідань Українського курортного управління. Звіт Українського курортного управління про діяльність українських курортів за 1924 р., 6 січня – грудень 1925 р., 37 арк.

201. ЦДАВО, Ф. 2. Рада Народних комісарів УРСР (РНК УРСР), оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 150. Листування з НКОЗ УСРР про допомогу в організації й роботі установ охорони здоров'я, фінансуванні їх, забезпеченні медичним персоналом та поліпшенні його становища, 5 лютого – 17 грудня 1921 р., 94 арк.

202. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 151. Листування з НКОЗ УСРР про боротьбу з епідеміями тифу, холери, чуми, санітарне обслуговування біженців в дорозі, місячні статистичні зведення НКОЗ про рух епідемічних захворювань, 12 січня – 31 грудня 1921 р., 59 арк.

203. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 152. Лист з НКОЗ УСРР про роботу курортів, постачання продовольства та фінансування їх, 26 квітня – 14 грудня 1921 р., 45 арк.

204. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 153. Листування з НКОЗ УСРР Всеукраїнською надзвичайною комісією по боротьбі з епідеміями, про надання медичної допомоги хворим напівробітничих центральних і місцевих установ, надсилку їх на курорт та з інших питань, 11 січня – 16 грудня 1921 р., 63 арк.

205. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 477. Звіт НКОЗ УСРР про свою діяльність (копія) і листування з ним про заходи по боротьбі з епідеміями на Україні та фінансування центральних і губернських медичних установ 31 грудня 1921 року – 18 грудня 1922 р., 155 арк.

206. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 2. 1920-1923 рр., спр. 481. Бюлетні та звернення Всеукраїнської та губернської надзвичайних протиепідемічних

комісій про епідемічні захворювання на Україні та про боротьбу з ними 3 січня – 15 вересня 1922 р., 27 арк.

207. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 3. 1924-1925 рр., спр. 1019., Листування з НКЗ УСРР і Головним Управлінням ЧХ УСРР про затвердження штатів губ соцзабезпечення, боротьбу з безробіттям, фінансування ЧХ і з інших питань 25 січня – 4 квітня 1924 р., 19 арк.

208. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 3. 1924-1925 рр., спр. 242., Справа про виконання положення «Про губернські відділи соцзабезпечення охорони здоров'я», 6 лютого – 9 травня 1924 р., 18 арк.

209. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 3. 1924-1925 рр., спр. 89., Документи про утворення Головної курортної управи при РНК УСРР (витяги з протоколів, засідань, листування), 24 березня – 5 грудня 1924 р., 22 арк.

210. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 4. 1925-1927 рр. спр. 287., Документи про розгляд проекту Статуту товариства УЧХ (проект статуту, висновки, протоколи та інші), 27 червня – 4 листопада 1925 р., 83 арк.

211. ЦДАВО, Ф. 2. РНК УРСР, оп. 4. 1925-1927 рр. спр. 331. Справа про розгляд проекту постанови РНК УСРР про діяльність УЧХ 4 серпня 1925 р. – 4 лютого 1926 р., 28 арк.

212. ЦДАВО, Ф. 2605., Всеукраїнська рада професійних спілок, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 1081. Матеріали діяльності Центрального відділу робітничої медицини Наркомздоров'я УРСР, 26.01. – 27.11.1924 р., 132 арк.

213. ЦДАВО, Ф. 2605., Всеукраїнська рада професійних спілок, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 813. Обіжники Уповнаркомпраці, Наркомсоцзабезу УСРР, 1.03.1922 р. – 10.08.1923 р., 435 арк.

214. ЦДАВО, Ф. 2605., Всеукраїнська рада професійних спілок оп. 3. 1928-1933 рр., спр. 1598. Відомості про виконання бюджету органами соцстраху за п'ятирічку з 1928 р. по 1932 р., 1933 р., 26 арк.

215. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 1211. Документи Всеукраїнської наради з робітничої медицини (тези доповідей, резолюції, положення), 27 березня 1923 р., 97 арк.



216. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 1641. Звіт про роботу Наркомпраці УСРР за 1923/24 р., 1924 р., 162 арк.

217. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 17. Протоколи засідань колегії Наркомпраці УСРР, стенограма засідання I-го Всеукраїнського з'їзду профспілок, резолюції 3-го Всеукраїнського з'їзду відділів праці, 1919 р., 173 арк.

218. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 203. Листування з наркоматами УСРР про врегулювання пенсійної справи і соціальне страхування робітників, 2.05. – 17.08.1919 р., 211 арк.

219. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 204. Листування з наркоматами УСРР, товариствами і організаціями м. Харкова про страхування робітників від нещасних випадків, виплату пенсій та з інших питань соціального страхування, 10.01. – 21.08.1919 р., 254 арк.

220. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 207. Листування з Київським і Харківським окружними товариствами про їх роботу, 14.01. – 14.06.1919 р., 112 арк.

221. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 2585. Постанови, доповідні записки ВУЦВК і РНК УСРР про забезпечення застрахованих і членів їх родин медичною допомогою, 3.12.1926 р. – 6.08.1927 р., 50 арк.

222. ЦДАВО, Ф. 2623. Народний комісаріат праці УРСР, оп. 1. 1919-1933 рр., спр. 3683. Директиви до першого п'ятирічного плану Наркомпраці УСРР з питань соціального страхування, праці, освіти та матеріали до них, 1928 р., 400 арк.

223. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 137. Циркуляри і постанови Головоцстраху УСРР, 1.01.1923 р. – 30.09.1924 р., 355 арк.

224. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 224. Циркуляри і положення Головоцстраху УСРР, 1924 р., 157 арк.

225. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 272. Стенографічні звіти з'їздів і нарад Рабмеду і Головоцстраху УСРР, 19.10.1924 р. – 6.06.1925 р., 436 арк.

226. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 364. Постанови Української ради соціального страхування, план роботи Головоцстраху, звіт про роботу і переписка із будинками відпочинку та санаторіями, 1925/1926 р., 367 арк.

227. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 370. Протоколи засідань Всеукраїнської ради соціального страхування, 5.08.1926 р. – 10.01.1927 р., 392 арк.

228. ЦДАВО, Ф. 2851. Головне управління соціального страхування при НКП УСРР, оп. 1. 1922-1923 рр., спр. 918. Протоколи засідань Української ради соціального страхування, 12.01. – 27.12.1929 р., 148 арк.

229. ЦДАВО, Ф. 337. Українська державна загальнопланова комісія при економічній економічній нараді (Укрдержплан), оп. 1. 1925-1927 рр., спр. 3229. Звіт українського курортного управління про діяльність за 1924/25 р., 1925 р., 96 арк.

230. ЦДАВО, Ф. 337. Укрдержплан, оп. 1. 1925-1927 рр., спр. 878. Звіти відділу робітничої медицини Наркомздоров'я УСРР про його діяльність за 1922/23 і 1924/25 рр. та плани роботи на 1925/26 і 1926/27 рр., 1925 р., 135 арк.

231. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1140. Листування з губерніальні ями охорони здоров'я і відомості про рух холерних захворювань в Україні, 20 березня – 6 листопада 1922 р., 56 арк.

232. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1164. Звіти Санітарно-епідеміологічного відділу про діяльність, 1 жовтня 1921 року – 31 грудня 1922 р., 193 арк.

233. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1241. Протоколи засідань Колегії Наркомздоров'я УРСР, 9.01 – 25.12.1922 р., 393 арк.

234. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1262. Штатний розпис охматдиту і листування з наркоматами, відомствами і установами про його діяльність, 2 січня – 31 грудня 1922 р., 359 арк.

235. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1669. Накази, циркуляри і розпорядження санепідвідділу, 3 січня – 31 грудня 1923 р., 256 арк.

236. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1689. Статистичні відомості про рух інфекційних захворювань на Україні, 15 січня – 30 серпня 1923 р., 42 арк.

237. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 1781. Циркуляри охматдиту губ відділам охорони здоров'я, 3 січня – 29 грудня 1923 р., 55 арк.

238. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 2013. Циркуляри НКОЗ УСРР за 1921 р., 4 січня – 24 грудня 1921 р., 180 арк.

239. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 298. Положення про відділи охорони материнства і дитинства (Охматдит), 6.05. – 10.05. 1920 р., 76 арк.

240. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 3. Матеріали про організацію і діяльність Наркомздоров'я УРСР, 4.04. – 11.07. 1919 р., 47 арк.

241. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 311. Телеграми губвідділам охорони здоров'я, 12.06 – 17.12.1920 р., 65 арк.

242. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 315. Протоколи засідань колегії Наркомздоров'я

УРСР, 5.04. – 1.10.1920 р., 69 арк.

243. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 32. Протоколи засідань Колегії Наркомздоров'я УРСР, 1.01. – 1.12.1920 р., 18 арк.

244. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 525. Листування про роботу товариства Українського Червоного Хреста, 1.01. – 12.07. 1921 р., 12 арк.

245. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 562. Циркуляри НКОЗ УРСР, 26.01. – 14.12.1921 р., 79 арк.

246. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 638. – Матеріали по боротьбі з холерою, 17 березня – 30 грудня 1921 р., 304 арк.

247. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 1. 1919-1923 рр., спр. 89. Постанови, циркуляри, інструкції і положення відділів НКОЗ і Головвійськсанупра, 10.01 – 31.12. 1920 р., 76 арк.

248. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 1249. Листування про організацію праці фармацевтичних установ, 3 жовтня 1925 р. – 30 вересня 1926 р., 119 арк.

249. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 1370. – Листування з окрінспекціями охорони здоров'я по проведенню літньої ясельної кампанії, 10 листопада 1925 р. – 31 серпня 1926 р., 127 арк.

250. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 1867. Циркуляри та інструкції підвідділам робітничої медицини губвідділів охорони здоров'я, 30.01. – 30.12.1923 р., 133 арк.

251. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 2347. Звіти та доповіді відділів Наркомздоров'я УРСР, 14 грудня 1927 р. – 1928 р., 121 арк.

252. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 605. Доповіді, протоколи і постанови про діяльність установи робітничої медицини, 1925 р. – 28 червня 1926 р., 246 арк.

253. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 747. Звіти про діяльність окружних підвідділів охматдиту за 1925 р., 1925 р., 246 арк.

254. ЦДАВО, Ф. 342., Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, оп. 2. 1924-1927 рр., спр. 789. Звіти і доповіді відділів Наркомздоров'я УРСР про діяльність підвідомчих їм лікувальних установ, 1925 р., 342 арк.

255. ЦДАВО, Ф. 348., Народний комісаріат соціального забезпечення УРСР, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 572. Документи про роботу Управління соціального страхування (обіжники, інструкції, протоколи, висновки, листування), 7.02. – 16.09. 1922 р., 78 арк.

256. ЦДАВО, Ф. 348., Народний комісаріат соціального забезпечення УРСР, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 770. Документи про створення фонду соціального страхування, 18.04. – 5.10.1922 р., 28 арк.

257. ЦДАВО, Ф. 348., Народний комісаріат соціального забезпечення УРСР, оп. 1. 1920-1925 рр., спр. 796. Документи про збирання внесків до фонду соціального страхування, 2.01. – 4.06.1923 р., 246 арк.

258. Центральний державний архів громадських об'єднань України (ЦДАГО), Ф. 1. Центральний комітет комуністичної партії України, оп. 1. 1920-1922 рр., спр. 91. Протокол і стенограма пленуму ЦК КП(б)У з додатковими матеріалами, 22.05. – 24.05.1922 р., 98 арк.

259. ЦДАГО, Ф. 1. Центральний комітет комуністичної партії України, оп. 6. 1922 р., спр. 29. Протоколи Політбюро ЦК КП(б)У, 13.01. – 29.06.1922 р., 456 арк.

260. Ціборовський О. М. На варті здоров'я: Історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я в Україні / О. М. Ціборовський. – К. : Факт, 2010. – 440 с. : іл.

261. Четвертий Всеукраїнський з'їзд профспілок 1–8 грудня 1928 р.:

Стенографічний звіт. – [Б. м.] : Укр. робітник, [Б. р.]. – 448 с.

262. Шестой Всеукраинский санитарный совет и третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению : тезисы и материалы [«Научная мысль»], (23-29 октября 1927 г.) / Народный комиссариат здравоохранения УСРР – Харків, 1927 г. – 160 с.

263. Штейнберг А. П. Лекарственная помощь застрахованным / А. П. Штейнберг // Вопросы страхования. – 1922. – №3. – С. 7.

264. Штейнберг А. П. Медицинская помощь застрахованным: Краткое руководство для работников профсоюзов и страховых организаций / А. П. Штейнберг. – М. : Вопросы страхования, 1923. – 138 с.

265. Штейнберг А. П. Социальное страхование (Краткие итоги, задачи и перспективы) / А. П. Штейнберг. – М. : «Труд и книга», 1924. – 33 с.

266. Штейнберг А. П. Страховые кассы и медпомощь / А. П. Штейнберг. – М. : Вопросы страхования, 1926. – 127 с.

267. Щупик П. Л. Охорона здоров'я на Україні / П. Л. Щупик. – К. : «Здоров'я», 1966. – 28 с.

268. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) та ін. – К. : «Укр. енцикл.», 2002. – Т. 4 : Н–П. – 720 с.: іл.

269. Юридична енциклопедія: В 6 т. / Редкол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) та ін. – К. : «Укр. енцикл.», 2003. – Т. 5 : П–С. – 736 с.: іл.

270. Яременко А. Л. Снабжение г. Сум молоком и санитарная его оценка / А. Л. Яременко // Шестой Всеукраинский санитарный совет и Третье Всеукраинское совещание по санитарному просвещению, 23-29 октября 1927 г. Тезисы и материалы. – [Б. м.] : Изд-во «Научная мысль». Учр. Наркомздравом УСРР, 1927. – С. 57–60.

271. George V. Socialism, Social Welfare and the Soviet Union / V. George, N. Manning. – London; Boston and Henley : Routledge, 1980. – 349 p.

272. Goldman W. Z. Women, the State and Revolution : Soviet Family Policy and Social Life, 1917-1936 / W. Z. Goldman. – Cambridge : Cambridge University Press, 1993. – 351 p.

273. Koenker D. P. Republic of Labor: Russian Printers and Soviet Socialism, 1918-1930 / D. P. Koenker. – Ithaca and London: Cornell University Press, 2005. – 343 p.

274. Madison B. O. Social welfare in Soviet Union / B. O. Madison. – Stanford : Stanford University Press, 1968. – 309 p.

275. Manning N. Russia: revolution or evolution? / N. Manning, N. Davidova // International Social Policy: Welfare Regimes in the Developed World / Pete Alcock und Gary Graig (Eds.). – London : Macmillan, 2001. – P. 203–220.