

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

На правах рукопису

**ЛЕБЕДЄВ Дмитро В'ячеславович**

УДК 354.53(091)(477)"1918.04/1921.08"(043.3)

**СТВОРЕННЯ МІНІСТЕРСТВ НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА  
ОПІКУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ,  
ДИРЕКТОРІЇ УКРАЇНСЬКОЇ НАРОДНОЇ РЕСПУБЛІКИ І ЇХНЯ  
ДІЯЛЬНІСТЬ (1918-1921 рр.)**

Спеціальність 12.00.01 – теорія та історія держави і права; історія політичних і  
правових учень

**Дисертація**  
на здобуття наукового ступеня  
кандидата юридичних наук

Науковий керівник –  
**АНДРУСИШИН Богдан Іванович**,  
доктор історичних наук,  
професор

Київ – 2014

## ЗМІСТ

<b>ВСТУП</b> .....	3
<b>РОЗДІЛ 1 СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ</b> .....	10
1.1. Історіографія та джерельна база дослідження.....	10
1.2. Історико-правовий аспект проблеми.....	20
Висновки до розділу 1.....	38
<b>РОЗДІЛ 2 СТВОРЕННЯ І ДІЯЛЬНІСТЬ МІНІСТЕРСТВА НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОПКУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ</b> .....	44
2.1. Організаційно-правові основи функціонування міністерства.....	44
2.2. Нормотворча діяльність.....	67
2.3. Нормативно-правове регулювання діяльності МНЗтаО і його структурних підрозділів.....	91
2.4. Впровадження урядом нормотворчих напрацювань у практику охорони здоров'я населення.....	111
Висновки до розділу 2.....	122
<b>РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ДОБИ ДИРЕКТОРІЇ УНР</b> .....	126
3.1. Створення і діяльність МНЗтаО за часів Директорії УНР.....	126
3.2. Історичний досвід політико-правового функціонування МНЗтаО Української держави, Директорії УНР і можливості його використання у реформуванні сучасної системи охорони здоров'я в Україні.....	143
Висновки до розділу 3.....	170
<b>ВИСНОВКИ</b> .....	176
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	181
<b>Додатки</b> .....	198

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Крокуючи шляхом утвердження державної незалежності та соборності, виконуючи узяті на себе зобов'язання перед інституціями Європейського Союзу, Україна, зрештою, постала перед геополітичним вибором – остаточно визначитися із своїми зовнішньополітичними орієнтирами. Підписання у 2014 р. Договору про асоціацію з Європейським Союзом завершили тривалу епопею багатовекторності, що лежала в основі багатолітньої національної парадигми України на зовнішній арені. На порядок денний нині виходить гармонізація українського та законодавства Європейського Союзу в усіх галузях вітчизняного права.

Недалека минувшина, а саме доба Української революції 1917–1921 рр. засвідчує, що державницький шлях нашої країни перебував у тісному зв'язку з державами Західної Європи. Вплив Німеччини та Австро-Угорщини, з якими Українська Центральна Рада 9 лютого 1918 р. підписала Берестейський мирний договір і дозволила розташувати їхній військовий контингент на своїй території, безперечно, прискорив процеси у різноманітних сферах суспільних відносин в Україні, не залишивши осторонь і охорону здоров'я та соціальний захист. Саме тому виникає потреба у виявленні та аналізі правового забезпечення організаційних засад створення та діяльності міністерств народного здоров'я та опікування (далі – МНЗтаО) Української держави та Директорії УНР (1918–1921 рр.).

Вітчизняні вчені достатньо плідно працюють над тематикою організації та становлення різноманітних інститутів законодавчої, виконавчої та судової влади в період діяльності національних урядів доби Української революції 1917–1921 рр., у тому числі у сфері освіти, науки, культури. Проте, історики українського права досі не актуалізували проблематику правового забезпечення та діяльності МНЗтаО. Відтак, пропоноване дисертаційне дослідження має на меті заповнити існуючу прогалину у вітчизняній

історично-правовій науці. Вбачаємо за доцільне виокремити досвід формування, діяльності та правового регулювання одного із вищих центральних органів влади, який безпосередньо забезпечує охорону найціннішого, що є в людини – її здоров'я та життя.

Аналіз практики організації охорони здоров'я та соціального захисту населення Української держави і Директорії УНР має не лише науково-теоретичне, пізнавальне, а й соціально-політичне та практичне значення. У такий спосіб набуває нового звучання досвід діяльності МНЗтаО у 1918–1921 рр., який варто враховувати в процесі реформування системи охорони здоров'я на сучасному етапі розвитку України.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційне дослідження виконано відповідно до наукових досліджень Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова за загальною темою «Дослідження проблем гуманітарних наук (правознавство)», затвердженою вченою радою НПУ імені М. П. Драгоманова від 22 грудня 2006 р. (протокол № 5) у рамках комплексної науково-дослідної теми «Дослідження проблем гуманітарних наук», яка ухвалена вченою радою НПУ імені М. П. Драгоманова 31 січня 2008 р. (протокол № 7).

**Мета і задачі дослідження.** Метою дисертаційного дослідження є комплексний історично-правовий аналіз організаційно-правових засад функціонування Міністерств народного здоров'я та опікування Української держави та Директорії УНР, здійснення оцінки політико-правових наслідків їхньої діяльності та можливість застосувати цей досвід у процесі реформування одного із центральних органів влади – Міністерства охорони здоров'я України.

Для реалізації поставленої мети були визначені такі задачі:

- *проаналізувати* історичну, правову, публіцистичну, іншу літературу за темою дослідження, класифікувати і типологізувати її за науковими напрямками та школами;

- *з'ясувати* причини та передумови реорганізації Головної медико-санітарної управи та Департаменту опікування, діючих у складі Міністерства внутрішніх справ Української Народної Республіки;

- *визначити* організаційно-правові засади створення та правового забезпечення діяльності МНЗтаО у 1918–1921 рр.;

- *здійснити* порівняльний аналіз діяльності відповідних структур двох центральних органів охорони здоров'я, що функціонували в період конституційної монархії (доба Української держави) та республіки (доба Директорії УНР), *з'ясувати* ефективність кожної із них;

- *охарактеризувати* особливості впровадження законодавчими та виконавчими органами влади нормативно-правових актів, ухвалених Українською державою та Директорією УНР у практику охорони здоров'я;

- *виявити* основні підзаконні акти, якими регулювалася діяльність МНЗтаО, та їхній зміст, *з'ясувати* їхню відповідність тогочасним потребам українського населення.

**Об'єктом дослідження** є діяльність вищих органів Української держави та Директорії УНР у сфері організації та нормативно-правового забезпечення функціонування системи охорони здоров'я в Україні у 1918–1921 рр.

**Предметом дослідження** є створення Міністерств народного здоров'я та опікування Української держави, Директорії УНР і їхня діяльність.

**Методологічна основа дослідження** базується на ідеях і положеннях, відображених системою філософських, загальнонаукових і спеціальних методів дослідження. Дисертація підготовлена на засадах методологічного плюралізму, що полягає у необхідності використання всього методологічного інструментарію.

Завдяки використанню діалектичного методу в дослідженні показані взаємозв'язок і динаміка розвитку охорони здоров'я та соціального захисту населення і нормативно-правового регулювання у цій сфері (підрозділи 1.1, 1.2, 2.1, 2.3, 3.1, 3.2).

З метою розкриття теми дисертації, а також, виходячи з характеру поставлених задач, в основу роботи покладено формально-юридичний метод наукового дослідження, який надає можливість акцентувати увагу на суто юридичному аспекті функціонування міністерств, виокремити його політичні й моральні аспекти, а також здійснити аналіз юридичного змісту відповідних правових актів (підрозділи 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2).

Метод історичного аналізу забезпечив визначення генези правового регулювання охорони здоров'я та соціального захисту населення (підрозділи 1.1, 1.2, 2.1, 2.4, 3.1, 3.2).

Суттєве значення мало також застосування методу системного аналізу, який дав можливість сформулювати уявлення як про нормативно-правову базу, що регулювала діяльність міністерств, так і про їхню роботу у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення. Крім того, цей метод дозволив розглядати систему охорони здоров'я як відносно самостійну підсистему державного механізму (підрозділи 2.1, 2.3, 3.1, 3.2).

У роботі також використано методи прогнозування та моделювання з метою обґрунтування практичних рекомендацій, які могли б бути використані у процесі реформування системи охорони здоров'я України. (підрозділи 2.3, 3.1, 3.2). Широкого застосування у дослідженні знайшли і прийоми формальної логіки: аналіз, синтез (підрозділи 1.1, 1.2, 2.1, 2.2, 2.3, 3.1, 3.2).

**Наукова новизна** отриманих результатів полягає у тому, що дисертація є одним із перших у вітчизняній історично-правовій науці комплексним дослідженням організаційно-правових засад створення та функціонування міністерств народного здоров'я Української держави і Директорії УНР, у частині виявлення ефективності діяльності та підвищення їхнього правового статусу, закладення політико-правових основ у розвиток вітчизняної охорони здоров'я та соціального забезпечення.

Найбільш суттєві результати дослідження, які були отримані автором особисто і характеризують його наукову новизну, полягають:

*уперше:*

- *проведено* класифікацію масиву історіографічної літератури, визначені пріоритетні напрямки розвитку сучасної історично-правової науки у межах дисертаційної проблематики, які передбачають розширення горизонтів подальшої дослідницької роботи в напрямку поглиблення знань про діяльність міністерств народного здоров'я Української держави, Директорії УНР в умовах її перебування в еміграції;

- *розкрито* стан правового забезпечення розбудови системи охорони здоров'я за доби Української Центральної Ради у 1917–1918 р., який характеризується як малоефективний і недостатній для повноцінного функціонування відповідного відомства;

- *доведено*, що однією із особливостей становлення центрального і місцевих органів охорони здоров'я та соціального захисту в Українській державі гетьмана П. Скоропадського стала фактична реанімація губернських лікарських управлінь, санітарних рад, санітарних бюро колишньої Російської імперії з одночасною їх адаптацією, відповідно до нових умов життя;

- *здійснено* порівняльний аналіз діяльності МНЗтаО Української держави та Директорії УНР, в результаті чого з'ясовано, що у зв'язку із частими переїздами, зміною керівництва, нестабільною політичною ситуацією, окупацією України більшовицькими військами Російської Федерації, МНЗтаО Директорії УНР працювало менш ефективно, ніж у період Української держави;

*удосконалено:*

- *оцінку* нормотворчої діяльності МНЗтаО Української держави, яку визнано достатньо фаховою, спираючись на зміст запропонованих до ухвалення законопроектів, у тому числі про перегляд лікарсько-санітарного законодавства, підготовленого за участі практиків відповідними комісіями та секціями;

- *позицію* щодо активного включення органів місцевого самоврядування в процес створення та діяльності МНЗтаО Української

держави, здійснення контролю та участі у розробленні планів розвитку системи охорони здоров'я та соціального захисту;

*набули подальшого розвитку:*

- *положення* про те, що контингент військ Четверного Союзу та його командування напряду не втручалися в діяльність МНЗтаО Української держави, проте вищий адміністративний апарат міністерства просував ідею про необхідність використання у своїй роботі досвіду охорони здоров'я країн Західної Європи.

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

- науково-теоретичному – для поглиблення знань та створення необхідної теоретичної бази у питанні подальшого розвитку вітчизняних досліджень у цій сфері;

- практичному – для удосконалення існуючих і розробки нових нормативних актів у галузі організації охорони здоров'я населення України. Основні результати дисертації можуть використовуватись у діяльності державних органів України (Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики і праці), органів місцевого самоврядування;

- навчальному процесі – при розробці і викладанні спеціальних курсів з правознавства, історії держава і права України, медичного права, при підготовці методичних та навчальних посібників.

**Апробація результатів дослідження.** Положення і висновки даної наукової роботи обговорювались і були схвалені на засіданні кафедри теорії та історії держава і права Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Окремі положення дисертації оприлюднені автором у доповідях на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях:

Міжнародній науковій конференції «Шості юридичні читання. Правова культура, правова свідомість і право» (22–23 квітня 2010 р., м. Київ, НПУ імені М. П. Драгоманова; тези опубліковані); Міжнародній науковій



конференції «Сьомі юридичні читання. Культура і право на початку XXI століття» (19–20 травня 2011 р. м. Київ, НПУ імені М. П. Драгоманова; тези опубліковані); Міжнародній науково-практичній конференції «Право як ефективний суспільний регулятор» (6–7 квітня 2012 р., м. Львів, Західноукраїнська організація «Центр правничих ініціатив»; тези опубліковані); Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медичного права» (29 березня 2013 р., м. Одеса, Міжнародний гуманітарний університет; тези опубліковані); III Всеукраїнській науково-практичній конференції «Правоосвітницька діяльність юридичних клінік на базі вищих навчальних закладів» (16–17 травня 2013 р., м. Дніпропетровськ, Національний університет імені Олеся Гончара; тези опубліковані); Міжнародній науковій конференції «Дев'яті юридичні читання. Політико-правова реформа в Україні: історія, сучасність, перспективи» (28–29 травня 2013 р., м. Київ, НПУ імені М. П. Драгоманова; тези опубліковані); II Всеукраїнській науково-практичній конференції «Актуальні проблеми медичного права» (28 березня 2014 р., м. Одеса, Міжнародний гуманітарний університет; тези опубліковані); Міжнародній науковій конференції «Десяті юридичні читання. Юридична освіта і наука в Україні: традиції та новації» (15–16 травня 2014 р., м. Київ, НПУ імені М. П. Драгоманова; тези опубліковані). Самостійним напрямком апробації результатів дослідження є участь дисертанта у засіданні Перших українських педагогічних студій «Освіта і культура як запорука сталого демократичного розвитку суспільства» (13–15 січня 2012 р., м. Київ).

**Публікації.** Основні результати дослідження викладено у 16 публікаціях, 8 з яких опубліковані у фахових виданнях, перелік яких затверджено МОН України, у тому числі 1 зарубіжній, та у 8 матеріалах і тезах доповідей на наукових конференціях.

## РОЗДІЛ 1 СТАН ДОСЛІДЖЕННЯ РОЗБУДОВИ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

### 1.1. Історіографія та джерельна база дослідження

Більш як за двадцять років становлення та розвитку незалежної Української держави інтерес до проблеми Української революції 1917–1921 рр. не згасає. Встановлено, що вченими Я. Калакурою, В. Капелюшним, В. Коцуром, В. Солдатенком розроблена концепція періодизації історіографії проблеми. Джерелознавчим та історіографічним проблемам української історії доби визвольних змагань і державотворення (1917–1921 рр.) присвячені монографії П. Губи, Б. Андрусишина, В. Капелюшного, П. Гай-Нижника, Р. Пирога та ін. [37, с. 441].

Створено окремі ґрунтовні комплексні дослідження, присвячені українським державотворчим процесам 1917–1921 рр. й істориками права, серед яких слід назвати праці Ю. Шемшученка, О. Копиленка, В. Кульчицького, О. Мироненка, В. Румянцева та ін.

Значну групу праць становлять дослідження про різні функції Української держави (1918 р.), серед яких слід виокремити публікації В. Верстюка, О. Ресента, С. Мякоти, Ф. Проданюка, С. Кульчицького, Ж. Дзейко, С. Литвина, Т. Андрусика, Т. Осташко та ін. [2, с. 114].

Падіння царизму і розвиток національного руху активізували у їхній російсько-українській лояльності етнічний сегмент, піднесення патріотичних почуттів як морально-психологічної підстави будівництва Української держави [79, с. 53].

П. Скоропадський у спогадах дав розлогі оцінки діяльності міністрів, включаючи й національно-ідентифікаційні характеристики. На його думку «українці», «галичане», «українцы галицкой закваски» були уособленням політичних сил самостійного спрямування з рельєфною антиросійською налаштованістю. Зауважимо, що визначення «російські українці», до яких

відносив і себе, у тексті спогадів зустрічаються у сенсі «наддніпрянські» чи «підросійські» і водночас толерантні до Росії [109, с. 183].

Здобутки радянської історіографії, як відзначає О. Реєнт, «відповідали рівню засвоєння доступних архівних джерел, жорстко регламентованому згори методичному інструментарієві, надмірній ідеологізації історичної науки засекреченістю цілих документальних пластів, обмеженістю публікаційних можливостей» [103, с. 304]. Поряд із розробкою революційно значущих тем повністю замовчувалася, за окремими винятками, реалізація соціальної політики гетьманського уряду.

Б. Андрусин підкреслює, що до цього часу слабо висвітленим залишається сам процес формування, персональний склад, аналіз механізму діяльності вищих органів влади та управління Української держави (1918 р.), які відповідали за становлення та функціонування соціально-трудова сфери життєдіяльності, тобто стосовно таких корінних питань як організація праці, заробітної плати, соціального страхування, охорони здоров'я, охорони праці, покращення житлових умов, боротьба з безробіттям тощо [2, с. 114].

Однак історики права не такі активні в дослідженні Української революції. І це думка не лише автора. Той же А. Красніцький вважає, що, якщо історики, осмислюючи феномен Української революції, створили десятки ґрунтовних монографій, узагальнюючих колективних праць, в тому числі й історіографічного характеру, то правознавцями такого масштабного наукового доробку ще не створено» [51, с. 641]. Він також звертає увагу і на відсутність ґрунтовної узагальнюючої праці про особливості національного державотворення за доби Гетьманату, створеної правознавцями [51, с. 642]. Не можна не погодитися і з точкою зору М. Капелюшної: «Відсутність у науковому доробку сучасних правознавців комплексних монографічних досліджень з історії українського державотворення і правотворення, становлення державно-правових ідей в Україні, їх еволюції, ґрунтовного аналізу вітчизняного досвіду щодо спроб їх практичного втілення, в тому числі і в державотворчих процесах 1917–1921 рр., є свідченням нагальної

потреби в активізації творчих зусиль вчених у вивченні цієї важливої проблеми, що має як науково-теоретичне, так і практичне значення» [38, с. 634].

Аналіз законотворчої діяльності урядових структур Гетьманату здійснювали О. Копиленко та М. Копиленко. Їх монографія фактично стала першою спробою узагальнити тогочасний досвід національного державотворення з позицій юристів-фахівців [48, с. 108].

Реорганізація органів центрального апарату та місцевого самоврядування у квітні-грудні 1918 р. надає досвід формування в Україні влади, що ґрунтувалася на авторитетних засадах. Особливого значення цей досвід набуває на сучасному етапі вітчизняного державотворення, коли знову постає необхідність реформування місцевих органів влади і надання їм більш широких повноважень і фінансових можливостей. Так, 8 квітня 2013 р. Кабінет міністрів України схвалив Концепцію реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні. Суть реформи полягає у розмежуванні повноважень між органами виконавчої влади та органами місцевого самоврядування, удосконалення взаємодії між ними.

За таких умов не можна нехтувати досвідом у цій сфері гетьманської доби, тим більше, що багато проблем, котрі супроводжують розвиток системи місцевих органів державної адміністрації та самоврядування у сучасній Україні, є аналогічними протиріччям у поступі місцевого апарату доби Української держави П. Скоропадського [62, с. 124].

Аналізуючи результати досліджень радянських істориків, слід наголосити на тому, що вони, не маючи належного доступу до закритих архівних фондів та перебуваючи під впливом тогочасної ідеології, не могли об'єктивно висвітлити різні аспекти внутрішньої політики Української держави. Процеси, що відбувалися в Україні у 1918 р., вони змушені були розглядати через призму присутності на її території австрійсько-німецьких військ і боротьби народних мас проти них та гетьманського режиму.

Ситуація у системі охорони здоров'я України керівництвом галузі та дослідниками її проблеми сьогодні оцінюється як складна. Реформування охорони здоров'я в Україні передбачає, насамперед, підготовку нової генерації керівників галузі державного, обласного та місцевого рівнів, які б мали ґрунтовну підготовку з проблем вироблення державної політики і стратегії у сфері охорони здоров'я, управління в умовах децентралізації галузі, володіли новими підходами до економіки та фінансування, ресурсозберігаючими технологіями, технологіями структурної перебудови галузі з пріоритетом первинної медичної допомоги на засадах сімейної медичної практики, управління якістю медичної допомоги тощо [101, с. 3].

До виникнення Української держави 1918 р. більше трьох сторіч Україна була розірвана між Австрійською, згодом Австро-Угорською та Російською імперіями, позбулася власної державності, її еліта перейшла на службу до інших народів, а мова й культура насильно асимілювалися у культурі титульних націй.

Історична доля України склалася таким чином, що українці, у тому числі науковці й діячі медицини, упродовж сторіч не мали можливості працювати і творити для своєї держави.

Але тривала відсутність української державності, формальна відсутність національних шкіл – не аргументи, якими можна підтвердити, що соціальна медицина в Україні не розвивалася. Вона існувала і розвивалася на притаманних нашій землі, нашому народові матеріальній базі, духовному багатстві та інтелектуальному потенціалі. Бо, як сказав один з наших відомих вчених, історик та державний діяч, який мав також медичну освіту, професор І. Огієнко: «Українська історія, – це вона одна оживляє нас, українців, і дає нам цілющу силу спрямувати до тієї Правди, якої ми прагнемо всі. Це вона одна воскрешає народ...». За історично справедливих обставин багато що, включаючи медицину, було б в Україні іншим, але щодо української медицини, то вона існувала і розвивалася [101, с. 14].

Розквіт української культури та науки, який почався під час Української національної революції 1917–1921 рр., призвів до того, що значна кількість медичних товариств в Україні очолилася свідомими українськими національними силами, а також і до українізації цих товариств. Українські медичні товариства разом із Всеукраїнською Академією Наук та вищими медичними школами в Україні брали активну участь у подальшому опрацюванні української медичної термінології, а на форумах цих товариств все більше і більше українських вчених-медиків почали виступати з доповідями українською мовою.

Державне утворення у формі Гетьманату, яке постало в Україні у 1918 р., потребувало кардинальної зміни правлячої еліти, особливо її вищого ешелону. Формування персонального складу Ради Міністрів забезпечило прихід до влади етнічних українців, нащадків української шляхти, представників інтелігенції, які здебільшого сповідували територіальний патріотизм і ліберально-консервативні цінності.

Перший період існування радянської влади в Україні позначився тим, що «совєтська медицина», очолювана напівграмотними фельдшерами, студентами з незавершеною медичною освітою та надісланими з Москви партійними функціонерами, у більшості росіянами, існувала сама по собі, а лікарська українська громадськість проводила свою професійну, громадську та наукову працю самостійно. Як приклад, можна навести, що у січні 1918 р. при Київському Советі Робітничих Депутатів (Совдеп) була створена спеціальна трійка для керування справами охорони здоров'я, яка складалася з фельдшера Подкамінера, студента-медика Уріна та курсистки-медички Масальської. Радянська влада була занадто зайнята організацією адміністративного апарату в Україні, господарськими проблемами та боротьбою з повстанцями, щоб багато уваги приділяти медичним справам [59, с. 10].

Причини низького рівня дослідження проблеми охорони здоров'я за доби правління П. Скоропадського треба шукати в самій політичній системі

радянського суспільства, обмеженості творчої свободи науковців, відсутності доступу до повноцінної документальної бази та панування єдиних для всіх суспільних дисциплін штампів в оцінці діяльності урядових структур Української держави.

Окремо слід назвати виданий у 1994 р. у Львові за сприяння Лікарської комісії при Науковому товаристві ім. Т. Г. Шевченка та Українського лікарського товариства Північної Америки в Чикаго (США) бібліографічний довідник «Українські лікарі». Зібрав та опрацював його матеріали Павло Пундій – директор бібліотеки Українського лікарського товариства Північної Америки [99, с. 327].

У довіднику висвітлюються проблеми діяльності урядових структур Гетьманату в галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення. Автор, порівнюючи діяльність УНР та Української держави, зазначав, що «окреме ж Міністерство здоров'я і суспільної опіки постало за гетьмана України Павла Скоропадського у травні 1918 р.», причому окремо зупинився на умовах діяльності міністерства, наголосивши, що «... програмова праця Міністерства здоров'я на території України була важча і складніша, ніж можна уявити» [99, с. 320]. Серед негативних чинників, що гальмували розбудову галузі, автор назвав відсутність медикаментів, проблеми з підбором кадрів, поширення різних епідемій та ін. Не залишився поза увагою вченого і той факт, що впровадженню державної мови в роботі міністерства та інших медичних структур мав сприяти україномовний «Вістник Міністерства народного здоров'я та опікування».

В Україні сьогодні не існує комплексного наукового дослідження діяльності Міністерств народного здоров'я та опікування в Українській державі та Директорії УНР. З огляду на це, перед нами стояло завдання заповнити цю прогалину. При дослідженні згаданої вище проблематики нами було використано як опубліковані, так і неопубліковані джерела.

Оскільки основою законодавчої бази МНЗтаО стали нормативні акти колишньої Російської імперії, нами були досліджені «Статут лікарський»,

«Статут громадської опіки» та «Положення про місцеві самоврядування», вміщені у «Зводі Законів Російської імперії» (СПб, 1892, 1905).

У збірнику «Конституційні акти України 1917–1920 рр.» проаналізовані «Грамота до всього українського народу» та «Закон про тимчасовий державний устрій» – основні законодавчі акти Гетьманату, які фактично заклали основи нового державного ладу.

В той же час слід наголосити, що основу дослідження склали все-таки архівні документи, які зберігаються у державних центральних та обласних архівах. Зокрема, у Центральному державному архіві вищих органів влади та управління України (далі – ЦДАВО України) опрацьовано 12 фондів, у Центральному державному історичному архіві України (далі – ЦДІА України) – 2, у державних архівах Вінницької, Житомирської, Київської, Хмельницької (м. Кам'янець-Подільський) областей – 18. Загалом проаналізовано документи 32 фондів 6 архівних установ.

Залежно від походження матеріали були поділені на 5 груп. Першу склали документи урядових структур (міністерств, департаментів, комітетів); другу – документи місцевих органів виконавчої влади губернського рівня; третю – матеріали органів місцевого самоврядування; четверту – документи громадських організацій: комітетів, спілок, товариств тощо; п'яту – особисті фонди діячів Гетьманату. Слід зауважити, що більшість фондів установ та діячів Української держави ще донедавна перебували у закритих сховищах. Тож архівні матеріали якщо й використовувалися, то фрагментарно і часто тенденційно.

Зокрема це стосується і матеріалів фонду Міністерства народного здоров'я та державного опікування Української держави (ф. 1035), з якого гриф «Таємно» було знято лише в 1992 р. Проте саме в цьому фонді й зосереджується основний масив документів, що найбільш повно відображують політику і практику Гетьманату у сфері охорони здоров'я та соціального захисту.



За змістом документи ЦДАВО України можна умовно поділити на кілька груп. Першу склали офіційні документи – закони, законопроекти, обіжники, циркуляри, накази, доповідні записки, протоколи засідання ради міністра НЗтаО, постанови, які розкривають зміст державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального захисту, вміщені у фондах Ради Міністрів Української держави (ф. 1064), Міністерства народного здоров'я та опікування (ф. 1035), Міністерства фінансів (ф. 2199), Міністерства народного здоров'я та опікування Української Народної Республіки (ф. 1604).

Загалом виявлені в архівах документи дали змогу встановити головні закономірності розвитку охорони здоров'я та опікування населення за доби Гетьманату. При цьому слід наголосити на певних труднощах, пов'язаних із опрацюванням документів: по-перше, матеріали розпорошені по фондах різних архівів; по-друге, виклад подій у них зводиться до констатації та позбавлений будь-якого аналізу, подекуди трапляються розбіжності в датуванні окремих подій, назв установ та ін.

Законодавчі та нормативні акти Української держави друкувалися в офіційному виданні гетьманського уряду – «Державному вістнику». Через те його матеріали стали об'єктом нашої особливої уваги при написанні даної роботи: вони дали можливість скласти загальну картину основних напрямків внутрішньої політики Гетьманату, визначити її пріоритети. На шпальтах «Державного вістника» були опубліковані постанови Ради Міністрів Української держави про фінансування органів та закладів охорони здоров'я, заходи з боротьби проти епідемічних захворювань, допомогу українським військовополоненим та ін. Тут же був вміщений «Закон про тимчасовий розпис посад та нових окладів губернських лікарських управлінь» від 28 вересня 1918 р. «Державний вістник» також друкував постанови Ради Міністрів про кадрові призначення в системі МНЗтаО. Аналіз законодавчих актів, вміщених у «Державному вістнику», дав можливість створити достатньо повну картину про правову базу становлення системи охорони здоров'я та соціальної опіки в Українській державі.

Окремо потрібно виділити єдиний номер часопису «Вістник МНЗтаО» – офіційного видання Міністерства народного здоров'я та опікування, який вийшов у липні 1918 р. На його шпальтах були опубліковані накази П. Скоропадського, міністра народного здоров'я та державного опікування, матеріали Першого Всеукраїнського з'їзду лікарів (жовтень 1917), звіти про наради завідувачів губернськими санітарними бюро від 22-25 травня 1918 р., «зубних лікарів» (липень 1918 р.), висвітлювалася хроніка діяльності МНЗтаО, вівся перелік популярної медичної літератури для сільських лікарів, друкувалися новини в галузі охорони здоров'я європейських країн. У цьому ж номері було вміщено і «Проект статуту Міністерства».

Радянське джерелознавство, по суті, залишило поза увагою розбудову охорони здоров'я та державного опікування за часів правління П. Скоропадського та Директорії УНР.

Натомість значний пласт документальних збірників стосувався перш за все боротьби народних мас проти айстро-німецької окупаційної влади. Серед них зокрема слід назвати такі збірники документів: «Під гнітом німецького імперіалізму (1918 рік на Київщині)», «Німецько-австрійська інтервенція на Україні», «Крах германской оккупации на Украине (по документам оккупантов)». Найбільш повне зібрання документів, у яких висвітлено події в Україні протягом 1918–1920 рр., містить монументальний тритомний збірник «Гражданская война на Украине 1918–1920 гг.» (К., 1967). Незважаючи на те, що у цих роботах відсутні документи, які стосуються теми даного дослідження, їх важливість для аналізу політичної ситуації в Українській державі не викликає сумніву. З цією метою нами опрацьовані також документи, опубліковані у збірнику з історії Національної Академії Наук України та ювілейному збірнику «Останній гетьман».

Надзвичайно важливим джерелом стали періодичні видання – преса українських та російських політичних партій, органів місцевої влади та самоврядування тощо.

Проблеми охорони здоров'я та соціального захисту не оминали увагою і друковані органи політичних партій та часописи громадських об'єднань: «Нова рада» (орган партії соціалістів-федералів), «Робітнича газета» (орган ЦК Української соціал-демократичної робочої партії), «Вісті Всеукраїнського Союзу хліборобів-демократів», «Народна воля» (Орган ЦК Всеукраїнської ради селянських депутатів). Зокрема важливу інформацію з теми дослідження містять матеріали, надруковані у газеті «Нова рада». Серед них – відгуки на діяльність МНЗтаО, полемічні статті про нараду завідуючих губернськими санітарними бюро від 22-25 травня 1918 р., висвітлення становища українських полонених у концентраційних таборах іноземних держав, умови життя дітей-біженців та ін.

Видання російської інтелігенції – «Русский голос» та «Киевская мысль» – теж друкували матеріали про становище медичних закладів, умови праці лікарів, діяльність «комітетів увічних воїнів» та ін.

З проголошенням незалежності України стали доступними для широкого загалу архівні фонди, які пролили світло на події майже столітньої давнини і дали поштовх для нових наукових досліджень. Так, заслуговує на увагу монографія Я. Радиша «Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування». У підручнику «Медичне право України» авторами С. Стеценком, В. Стеценко, І. Сенютою висвітлені сучасні дані з медичного права – нової навчальної дисципліни, галузі правової науки. В одному з розділів наведено історично-правовий огляд нормативно-правового регулювання охороною здоров'я на теренах України. Варто відзначити праці С. Коника, який у своєму дисертаційному дослідженні «Становлення вищих та центральних органів виконавчої влади Української держави 1918 р.» показав будову виконавчої влади у сфері соціальної політики як у центрі, так і на місцях. Проте вчений не ставив за мету дослідити діяльність саме МНЗтаО. У роботі він значну увагу приділяв роботі міністерств народної освіти та мистецтва, сповідань і праці. Л. Жванко висвітила основи державної політики у галузі соціального забезпечення,

розкрила процес створення органів соціального забезпечення та політику щодо незахищених верств населення, таких як діти, інваліди, біженці, військовополонені, показала проблему поширення епідемій та боротьби з ними. О. Колосова присвятила свої дослідження питанням правового регулювання соціального забезпечення у Наддніпрянській Україні у 1917–1921 рр. Використані у нашому дослідженні і матеріали наукових праць з історії соціальної медицини О. Ціборовського («Охорона здоров'я в УНР за часів Директорії» та ін.).

Все вищезгадане зумовило необхідність комплексного використання джерел різних груп, які й склали основу концепції дослідження соціальної політики Української держави та Директорії УНР у галузі охорони здоров'я та соціальної опіки.

## **1.2. Історико-правовий аспект проблеми**

Розв'язання такого важливого питання, як побудова демократичної, правової держави, неможливе без критичного аналізу та ґрунтовного вивчення попереднього досвіду державотворення. Кожен етап розвитку держави бере свій початок з минулого і має його відбиток у формі сталих традицій, звичаїв, суспільної думки тощо.

У Конституції України, прийнятій на п'ятій сесії Верховної Ради 28 червня 1996 р., однією з передумов її прийняття названо «багатовікову історію українського державотворення». Український народ, як зазначають дослідники української державності, упродовж своєї тисячолітньої історії створив кілька державних утворень [56, с. 33].

А саме:

- Середньовічну феодальну державу Київську Русь (IX–XIII ст.);
- Галицько-Волинську державу (XII–XIV ст.);
- Українську козацьку державу, Гетьманат (XVII–XVIII ст.);

- Українську Народну Республіку та Українську державу (1917–1920 рр.);

- Державу Україна (з 24 серпня 1991 р.).

Будь-яка соціальна система перебуває у стані безперервного руху, і всі процеси, що відбуваються всередині неї, пов'язані певною хронологічною логікою. Для пізнання системи державного управління взагалі та системи державного управління охороною здоров'я зокрема необхідно дослідити її історично, тобто проаналізувати її тенденції розвитку. Це передусім пов'язано з тим, що цілі і завдання, інструментарій та інституційні форми управління охороною здоров'я з часом змінюються, однак принципові підходи до державного управління галуззю багато в чому постійні та універсальні.

Серед передової частини наших співвітчизників, які упродовж багатьох століть вносили до становлення та розвитку ідей державного управління і свій доробок, було багато представників медичної науки й практики [102, с. 178].

Точкою відліку для історично-правового екскурсу обирають зазвичай X ст., що обумовлено низкою причин, основною з яких є поява «Руської Правди» – першого писаного зводу законів руського права. Серед нормативно-правових актів, що регулюють питання медичної діяльності у Київській Русі, виділяють основні: «Церковний Устав» Володимира Святославовича та «Руську Правду». «Церковний Устав», який складається з чотирьох розділів, у четвертому містить положення про «церковних людей», до яких належали й лікарі. Лікарі монастирських лікарень розглядались як прошарок населення держави – «церковні люди», а лікарні належали до церковних закладів [113, с. 64].

Як свідчать джерела, у Київській Русі медична допомога була трьох видів: народна, монастирська та світська (міська). Норми «Руської Правди» регламентували світську медицину, «Церковний Устав» – монастирську медицину, а народна визначалась морально-етичними нормами.

Упродовж XIII та першої половини XVII ст. українські землі були у складі різних держав: у 1240 р. Київ захопили орди Батия; у 1349 р. польські

феодала захопили Галицько-Волинське королівство, а угорські – Закарпатську Русь; у 1362 р. основна частина розрізнених українських земель включно з Києвом була підкорена Великим князівством Литовським. Невдовзі, у 1569 р., Велике князівство Литовське об'єдналося з Королівством Польським в єдину державу – Річ Посполиту. Литовці прийняли католицьку віру. Литовські й українські землі потрапили під польський політичний, економічний і духовний вплив. [9, с. 46].

Відсутність української державності у цей період призвела до того, що урядування взагалі та регламентація медичної діяльності зокрема на українських теренах здійснювалися на підставі чинного законодавства титульних націй.

У середині XVII ст. Річ Посполита вже повністю контролювала Україну та почала жорстку експансію, спрямовану на окатоличення й асиміляцію українців. Український народ піднявся на боротьбу. Його військовим оплотом стала Запорізька Січ. Як відомо, у результаті Визвольної війни (1648–1654 рр.) постала незалежна українська держава.

Цікавим було медичне забезпечення на Запорозькій Січі, де життя козаків здебільшого минало у походах і бойових сутичках. Медичну допомогу запорозьким козакам при різних ушкодженнях і захворюваннях надавали засобами народної медицини. Зокрема, козаки вміли пускати кров, виривати зуби, виготовляти пластирі для лікування ран, накладати лещата при переломах тощо.

Із походів запорозькі козаки поверталися з багатьма пораненнями. Саме з цієї причини були засновані козацькі шпиталі. Найвідоміші були при Трахтемирівському, Межигірському та Лебединському монастирях [9, с. 46].

У першій половині XVII століття вагомий внесок у розвиток державного підходу до охорони здоров'я зробив митрополит Петро Могила (1596–1647). Він був відомим діячем православної церкви та просвіти, заснував Києво-Могилянську академію (1633), у стінах якої проводилось і медичне навчання. У повсякденному житті вихованців академії велике

значення надавалося дотриманню правил гігієни, що було відображено навіть у статуті навчального закладу [101, с. 18].

Гордістю української соціальної медицини був І. Данілевський, який після навчання у Києво-Могилянській академії і медичному університеті за кордоном, захистив дисертацію на тему: «Про найкраще медичне управління», присвячену проблемі організації охорони народного здоров'я.

І. Данілевський одним із перших поставив питання про те, що держава і уряд мусять взяти на себе обов'язок піклуватися про здоров'я людей. Він підкреслював вирішальне значення профілактичної медицини і державної охорони здоров'я. І. Данілевський закінчує свою дисертацію словами: «Вилікування хвороб, знищення їх причин треба чекати не від лікарів та аптекарів, а лише від державної влади». Вчені галузі соціальної медицини вважали його одним із перших ідеологів, що обґрунтував необхідність державного втручання у справу охорони здоров'я населення. Проте до реалізації його ідей пройшло не одне десятиліття, а до створення першого міністерства охорони здоров'я – не одне століття [163, с. 69].

У 1654 р. гетьман України Богдан Хмельницький, як відомо, уклав військову угоду з Московським царством. З того часу процес організації та керівництва охороною здоров'я в Україні нерозривно пов'язується з особливостями історичного розвитку України у складі Російської держави, що протягом віків позначилось на її політичному, економічному та суспільному житті, у тому числі на медичній справі та управлінні нею [122, с. 171].

Зародження санітарно-епідеміологічного законодавства своїм корінням сягає часів перших законодавчих актів, які вже мали чітку санітарно-гігієнічну спрямованість. Так, у 1716 р. указом Петра I була організована Медична канцелярія, яка керувала не тільки медичною, а й санітарною діяльністю в Росії [18, с. 208]. У 1721 р. Медична канцелярія була перетворена у Медичну колегію, якій як об'єкти управління, безпосередньо підпорядковувалися всі лікарі, лікарні, шпиталі, учбові заклади (шпитальні школи) і аптеки.

Дещо пізніше нову форму державного управління – адміністративно-територіальну – започаткував розподіл Російської держави на губернії у 1755 р. Його результатом стало заснування (і то лише у містах) перших державних органів управління медичною справою – «Приказів громадської опіки», яким підпорядковувалися міські лікарні для цивільних, аптеки, богодільні, притулки для сиріт і психічно хворих, тобто заклади по наданню допомоги обмеженим верствам населення. Правлячі кола розширювали обсяг повноважень «Приказів громадської опіки», проте водночас регламентували їх діяльність різноманітними правилами та положеннями. Спочатку, розраховуючи на активну працю у цих структурах на громадських засадах представників місцевої адміністрації, уряд врешті-решт змушений був створити штати канцелярій. У цілому ж закладений в основу організації «Приказів громадської опіки» принцип адміністративної колегіальності значно гальмував усі благодійні починання. Так, застосування принципу самофінансування призвело до того, що замість проблем медичного та благодійного характеру на перше місце вийшли фінансово-кредитні та підприємницькі операції. «Общественное призрение» у кошторисах земств було віднесене до необов'язкових видатків. Саме недостатність грошового забезпечення стала однією з основних причин слабкості обох цих інституцій [84, с. 11].

Наприкінці XVIII ст. розпочалась певна децентралізація управління медичною справою – на місцях створювалися губернські лікарські управи (1797 р.), яким Медична колегія делегувала функції безпосереднього оперативного управління медичною частиною (цивільною і військовою) в межах губернії. Вказане поклало початок новому в Росії та Україні адміністративно-відомчому принципу управління медичною справою, яка підпорядковувалась як Медичній колегії, так і губернатору, а також вперше дозволило запровадити посади лікарів (інспектора-керівника управи, оператора-хірурга та акушера) до складу губернського адміністративного апарату та заклало підвалини становлення системи управління медичною



справою на регіональному рівні. Реформа управління медичною справою кінця XVIII ст. призвела і до реорганізації самої Медичної колегії.

Початок XIX ст. ознаменувався проведенням державної реформи центральних органів управління: скасуванням колегій і запровадженням у 1802 р. нової, на європейський зразок, форми державного галузевого управління – міністерств. Проте, ліквідувавши в кінці 1804 р. Медичну колегію, уряд не створив відповідного міністерства, а управління медичною справою передав одному з підрозділів Міністерства внутрішніх справ – Експедиції державної медичної управи [122, с. 271].

Важливим здобутком цього періоду було передусім відкриття у 1805 р. першого на Східній Україні Харківського університету, у складі якого з 1806 р. діяв і медичний факультет. У 1834 р. засновано університет Св. Володимира у Києві, а у 1841 р. відкрито на його базі медичний факультет. У 1894 р. поновлено медичний факультет Львівського університету; у 1900 р. відкрито медичний факультет Новоросійського університету, що діяв в Одесі з 1865 р. Названі вище чотири навчальні заклади відіграли значну роль у розвитку медичної науки, освіти і практики [166, с. 107].

Щодо організаційно-правових засад регулювання медичної діяльності в цей період, то, як відомо, на початку XIX ст. на території України, як і в усій Російській імперії, впроваджуються елементи медичної поліції. В повітових містах встановлюється посада повітового лікаря. На нього покладалися такі основні обов'язки, як організація боротьби з епідемічними хворобами, надання швидкої медичної допомоги та заготівля лікарських трав.

Подальші реформи державного управління медичною справою супроводжувались її розподілом на цивільну та військову (1805), частковою децентралізацією – підпорядкуванням лікарських управ безпосередньо губернаторам (1812), централізацією – реорганізацією Експедиції державної медичної управи у вищий орган управління – Медичний департамент Міністерства внутрішніх справ (1829), який проіснував майже століття, до

1917р. Результатом проведених реорганізацій стало поступове набуття лікарськими управами поліцейсько-бюрократичного характеру [122, с. 572].

Реформування системи державного управління медициною в цей період відбувалось за такими напрямками:

- посилення ролі і значення держави у питаннях регулювання організації і надання медичної допомоги;

- удосконалення підходів щодо надання права на заняття медичною та фармацевтичною діяльністю;

- поліпшення законодавчо обумовленої вертикальної підпорядкованості управлінських структур охорони здоров'я. У ХІХ ст. у Російській імперії починають функціонувати три організаційно-правові рівні охорони здоров'я: на місцях діяли повітові та міські лікарі – перша інстанція, потім – лікарські управи, і насамкінець – вища інстанція – Медична рада, що інспектувала лікарські управи;

- керівництво медициною представниками, які мали медичну освіту.

Водночас, перетворення у системі вищої медичної освіти передбачало:

- перепідпорядкування усіх вищих медичних навчальних закладів одному відомству (це завдання було вирішено шляхом передачі усіх вищих медичних навчальних закладів до управління Міністерства народної освіти);

- втілення в життя єдиного державного стандарту у сфері лікарської освіти [113, с. 67].

Одним із важливих напрямів реорганізації медичної діяльності було запровадження земської медицини. Її виникнення безпосередньо пов'язане із земською реформою 1864 року. Імператор Олександр ІІ затвердив «Положення про губернські та повітові земські заклади», у результаті чого з'явилися нові форми місцевого самоврядування – земства. Основним завданням земської медицини було забезпечення рівного доступу до медичної допомоги всього населення держави, у першу чергу сільського. Важливими законодавчими новелами земської медицини були:

- діяльність з надання медичних послуг сільському населенню;

- плановість у проведенні заходів медичного забезпечення населення;
- універсальність медичної допомоги, що надається одним земським лікарем;
- поєднання лікувальної та профілактичної діяльності закладів охорони здоров'я;
- безоплатність надання медичної допомоги.

Правовому забезпеченню земської медицини слугували посадові правила для медиків, посадові інструкції для лікарів, фельдшерів та повитух, в яких закріплювалися їхні обов'язки, зокрема жити на своїй ділянці, щоденно зранку приймати хворих, повідомляти про будь-які інфекційні захворювання і тощо [113, с. 68].

Як результат земської реформи, друга половина XIX ст. в Росії та Україні ознаменувалася переданням влади на місцях новим органам самоврядування – губернським і повітовим земствам, тобто надання певної автономії в управлінні при збереженні необмеженої влади правлячої верхівки. Земства заклали в Україні основи якісно нової організації медичної допомоги – земської медицини, яка була системою медико-санітарного обслуговування сільського населення на основі самоврядування.

Земська медицина потребувала формування нових органів управління медичною справою, які б відповідали її новим завданням. Їх функціональне визначення та структура будувались у відповідності з «Положенням про губернські і повітові земські заклади», в результаті чого медичні заклади опинились у подвійному підпорядкуванні: за напрямком діяльності – місцевим (губернським і повітовим) земським зібранням як вищим органам влади, а з адміністративно-господарських питань – земським управам як виконавчим органам. Суттєву роль в управлінні земською медициною, особливо на початковій його стадії, відігравали повітові та губернські санітарні (медичні) ради, а також з'їзди лікарів як колективні дорадчі органи.

В умовах земства вперше з'явилися усі необхідні, з сучасної точки зору, елементи системи управління: суб'єкт (губернські і повітові земські

зібрання, губернські і повітові земські управи), об'єкт (мережа лікувальних, санітарних та інших земських закладів) і блок наукового регулювання (губернські санітарно-статистичні бюро, губернські і повітові з'їзди лікарів).

Проте завершеною такою системою управління визнати не можна, оскільки земства, як органи місцевого самоврядування, існували лише на рівні губерній та повітів при відсутності їх у волостях, а найголовніше – не мали представництва на державному рівні. Оскільки уряд не делегував земствам свободи і самостійності, їхні управлінські рішення вимагали додаткового затвердження губернатором або міністром внутрішніх справ і могли бути легко скасованими.

Земська реформа сприяла також формуванню системи міського самоуправління. Відповідно до «Городского положения» (1870) міські думи – виборні органи громадського управління, і міські управи – виконавчі органи, отримували порівняно широку самостійність у вирішенні місцевих питань і стосовно «народного здоров'я» зокрема [122, с. 272].

Ще одним нормативно-правовим актом був Лікарський статут, що увійшов до Зводу Законів Російської імперії 1875 р., який визначав обов'язки і професійну кваліфікацію інспекторів.

Незабаром після зародження земської медицини для багатьох земських лікарів стало очевидним, що одними лише лікувальними засобами з безперервними епідеміями, колосальною захворюваністю і жахливою смертністю населення не впоратися. Відоме положення М. І. Пирогова – «Майбутнє належить медицині запобіжній» – стало прапором для найбільш прогресивної частини українських лікарів. У 1885 р. в Україні було створено Пироговське Медичне Товариство. Типовою для цього товариства була гуманітарна настанова, боротьба за волю лікарської думки, боротьба за покращення медичного обслуговування широких народних мас і ліберальне ставлення до політичних та національних проблем.

У кінці XIX століття в Україні створюється низка амбулаторій, диспансерів, санаторіїв, курортів. Протитуберкульозні амбулаторії були

зорганізовані у Києві, Харкові, Одесі, Сімферополі. Санаторії існували в Алушці, Бердянську, Кам'янець-Подільському [59, с. 7]. Відомим своїми лікувальними водами та грязями був курорт Березовські мінеральні води у Харківській губернії.

Організація медичної справи в різних регіонах України мала свої відмінності. Медична справа в Західній Україні століттями підпорядковувалася законам Речі Посполитої і Австро-Угорської імперії. При цьому управління нею в Галичині послідовно пройшло шлях від фізикової (управної) форми (1772) і керівництва Львівською медичною школою («Колегіум медикум», 1773), через запроваджені у Львові в різні роки айстро-угорським урядом санітарну (медичну) комісію (1773), Медичну колегію (1776), Медичну комісію (1784), до централізованого управління відповідним департаментом Міністерства внутрішніх справ Австро-Угорщини (1870) і Крайовою радою здоров'я [122, с. 573].

Реформи у галузі охорони здоров'я на Наддніпрянщині йшли як через удосконалення апарату державного управління, так і залучення громадськості та місцевого самоврядування – земського і міського – до вирішення проблем охорони здоров'я і медичної допомоги. Можливо, вони не були такими глибокими, як хотіли прогресивні діячі того часу, але в них простежувалось зростання ролі держави і суспільства у цій справі [162, с. 59].

Організація охорони здоров'я до 1903 р. була у віданні Приказів громадської опіки. Законом від 2 квітня 1903 р. Прикази були скасовані, а медичні заклади передавалися спеціальним губернським і повітовим комітетам на основі введеного «Положення про керування «земським господарством».

Губернські комітети склалися із завідувачів губернськими урядовими установами, губернського і повітових предводителів дворянства, міського голови губернського міста, голови управи у справах місцевого господарства і двох гласних від кожного повіту.

Ніяких виборів у комітети, по суті, не було. Головою комітету був губернатор. Губернські комітети розпочали свою діяльність у 1904 р. Завідування всіма медичними справами в усіх повітах було сконцентровано у губернському комітеті. Для безпосереднього відання ними (щодо організації охорони здоров'я, організації медичних дільниць, лікарень, складання доповідей) губернські комітети заснували при управах санітарні бюро. Проіснували губернські комітети до 1911 р., коли їх замінили земськими установами за законом 1890 р. [38, с. 80]. Організація та управління медичною справою визначалися Лікарським статутом.

Головне управління цивільними медичною і ветеринарною галузями належало Міністерству внутрішніх справ, але в його складі було створено Медичну раду, яка стала найвищою лікарсько-вченою установою для розгляду питань охорони народного здоров'я, лікувальної справи та судово-медичної експертизи. Це був колегіальний орган, який складався з голови, обов'язкових і дорадчих членів та секретаря. Голова Ради призначався з числа осіб, які мали вчений ступінь доктора медицини.

Попередньому розгляду Медичної ради належали всі заходи з питань охорони народного здоров'я та організації медичної справи, а також урядові розпорядження у лікарсько-санітарній галузі, що мали загальне значення. Вона давала висновки у лікарсько-санітарних справах, які вносилися різними відомствами, порушувала питання про загальні заходи, що торкалися охорони народного здоров'я, про зміни і доповнення до чинного законодавства.

У цей час лікарні різних відомств у своїй діяльності керувались відповідними положеннями, прикладом яких можуть слугувати «Правила про завідування лікарськими закладами, утримуваними за рахунок земських зборів, у губерніях, в яких запроваджено положення про управління земським господарством» [162, с. 63].

Тогочасне законодавство регламентувало умови приймання хворих до лікарень громадського опікування. Суть справи в тому, що при створенні земських і міських громадських управлінь прикази громадського опікування

були ліквідовані і їхні функції перейшли до цих управлінь. Проте забезпечення населення лікарняною допомогою для земських та міських управлінь було лише їхнім правом, а не обов'язком [162, с. 63].

Реформування медичної освіти в Україні на початку ХХ століття йшло у таких напрямках. Перший з них полягав в опрацюванні української наукової і медичної термінології, створенні медичних навчальних закладів з українською мовою викладання. Ця робота була вкрай необхідна для проведення підготовки лікарів та інших медичних працівників українською мовою, для видання навчальної та наукової літератури і спеціальної періодичної літератури.

Другий напрямок реформування медичної освіти полягав у її наближенні до потреб практичної охорони здоров'я.

Роботу з опрацювання української медичної термінології розпочали українські лікарі-патріоти, об'єднані в національні медичні організації.

В Австро-Угорщині, де не було заборони української мови і розвивалась освіта рідною мовою, першими в цьому напрямку почали працювати українські лікарі Галичини. Тут ще у 1873 р. за допомогою патріотів з Великої України було засновано найстарішу українську наукову установу – Наукове товариство ім. Шевченка (НТШ) – прообраз майбутньої Національної академії наук України. Математично-природничо-лікарська секція (МПЛС) НТШ, створена з ініціативи професора І. Верхрадського, стала першим українським науковим товариством, яке об'єднало українських лікарів на західних землях. У 1898 р. перші дійсні члени НТШ-лікарі створили при МПЛС Лікарську комісію, яку очолив доктор Ф. Сельський-Щасний, а його заступником став доктор Є. Озаркевич [161, с. 86].

На Наддніпрянщині така робота розпочалась лише під час Першої російської революції. Коли у 1906 р. царський уряд видав нові «Тимчасові правила про друк», що послабили заборони української мови, встановлені Валуєвським циркуляром і Земським указом, група київських учених створили Українське наукове товариство (УНТ), головним завданням якого

було «допомагати розробленню і популяризації українською мовою різних галузей науки». Серед перших 16 членів УНТ були також лікарі й науковці М. Галин, Ф. Вовк, О. Корчак-Чепурківський. На першому засіданні УНТ 29 квітня 1907 р. його головою було обрано видатного українського історика, керівника кафедри Львівського університету, голову Наукового товариства ім. Т. Шевченка професора М. Грушевського. А у травні 1907 р. на засіданні під головуванням приват-доцента гістолога О. Черняхівського було створено математично-природничу секцію для математичних, природничих і лікарських наук з метою «організації наукової роботи взагалі і у спеціальному приложенні до українського народу». Згодом було створено медичну секцію УНТ.

Медична секція приділяла особливу увагу проблемі створення української медичної термінології. Цю роботу очолили М. Галин і О. Корчак-Чепурківський. Внаслідок проведеної роботи М. Галин підготував і видав перший «Російсько-український словник» (Київ, 1920) та «Медичний латинсько-український словник» (Прага, 1926) [13, с. 159].

Члени медичної секції УНТ були не лише патріотами України, шанувальниками рідної мови, а й фахівцями у галузі медицини, справжніми представники української інтелектуальної еліти, які заклали основи української медичної термінології, науково-медичної літератури, медичної освіти і науки українською мовою.

У Російській імперії, до якої належала тоді Україна, провісником державної охорони здоров'я виступив Г. Рейн. Він брав активну участь у громадському житті України. Будучи головним уповноваженим товариства Червоного Хреста у справі боротьби з холерою, Г. Рейн очолив цю роботу в південних губерніях України. У 1910 р. з його подання було створено Міжвідомчу комісію для перегляду лікарсько-санітарного законодавства під його ж головуванням.

Ця комісія опрацювала законопроект про створення Головного управління державної охорони здоров'я (ГУДОЗ) на правах самостійного



міністерства і його периферійних органів. У проекті державні завдання управління формувалися так: у ГУДОЗі зосереджено найвище завідування справою охорони народного здоров'я і найвище керівництво у лікарському і санітарному відділенні, усіма заходами, які спрямовані на підняття рівня здоров'я населення.

18 липня 1916 р. на аудієнції у царській ставці Г. Рейну вдалося одержати позитивну резолюцію Миколи II на указі про утворення з 11 вересня Головного управління державної охорони здоров'я і Ради головноуправляючого. «Прогресивний блок» Державної Думи, до якого входили прогресивні націоналісти, кадети та земські лікарі, був проти цього закону і Г. Рейн 22 лютого 1917 р. відкликав законопроект. Проте саме він став ініціатором створення Міністерства охорони здоров'я в Російській імперії. Доцільно зазначити, що Г. Рейн 17 років пропрацював професором кафедри акушерства і жіночих хвороб Київського університету [163, с. 72].

Внаслідок низки обставин того часу структура Міністерства охорони здоров'я вперше виникла в Австро-Угорщині і першим міністром народного здоров'я став видатний біохімік і український громадсько-політичний діяч І. Горбачевський. Він народився на Галицькому Поділлі, закінчив Тернопільську гімназію, потім медичний факультет Віденського університету. І. Горбачевський працював професором Чеського університету в Празі, обирався деканом медичного факультету, а у 1902–1903 рр. – ректором університету. З 1906 р. І. Горбачевський був обраний президентом Віденської Найвищої санітарної ради. Протягом 1911–1918 рр. він був керівником Математично-природничо-лікарської секції Наукового товариства ім. Шевченка (НТШ) [163, с. 70].

Лютнева революція в Російській імперії і створення в Києві у березні 1917 р. Української Центральної Ради відкрили нову сторінку в історії України. Проголошення Української Народної Республіки та її становлення потребувало від українських національних сил великого напруження і гігантських зусиль. Виникла необхідність вирішення економічних та

соціальних проблем, проведення реорганізації та реформи правової системи, системи освіти, науки і культури. У колі перерахованих проблем важливе місце посіло створення системи охорони здоров'я населення України.

Серед українських лікарів було чимало національно свідомих патріотів, які боролися за самостійну Україну і з піднесенням зустріли революцію та відновлення української державності. Поруч із лікарями-політиками до будівництва Української держави і системи охорони здоров'я приступило багато лікарів-професіоналів та громадських діячів, що сформувалися у лавах земської, міської й університетської медицини і зробили свій внесок у становлення і розвиток соціальної медицини.

Участь українських лікарів у державному відродженні та розбудові самої державності широка і всебічна. Українські лікарі не обмежувались у своїй праці суто фаховою, організаційно-оздоровчою діяльністю чи роботою в медично-науковому секторі державного будівництва. Вони брали активну участь у політично-громадянському відродженні України [61, с. 280].

Так, вже при утворенні Центральної Ради до її першого складу увійшли вчені-лікарі: акушер-гінеколог О. Крупський, фтизіатр А. Журавель, хірург Ю. Вороний.

З ініціативи Спілки українських лікарів 12 жовтня 1917 р. у Києві було проведено Всеукраїнський лікарський з'їзд, на якому були широко представлені лікарські та фельдшерські організації України. Перелік заслуханих на ньому доповідей свідчить про соціально-медичну спрямованість і намагання лікарів створити в Україні сучасну систему охорони здоров'я: «Загальний стан реформи медико-санітарної справи на Україні» (Є. Дяченко), «Утворення медико-санітарної справи на Україні» (Б. Матюшенко), «Організація судових лікарів в українських судових установах», «Організація подачі медичної допомоги селянам на Україні» (О. Супруненко), «Справа розповсюдження гігієнічних відомостей на Україні» (М. Кудрицький). На з'їзді було створено Всеукраїнську спілку лікарів і обрано її тимчасову Президію [13, с. 67].

Після Лютневої революції 1917 р. у Києві постає перша Спілка українських лікарів, яка потім перетворилась у Всеукраїнську спілку українських лікарів. Організаторами і активними учасниками цих товариств були Є. і О. Черняхівські, О. Крупський, О. Корчак-Чепурківський, М. Нещадименко, М. Левитський, В. Удовенко, П. Кучеренко, О. Тижненко, Є. Лукасевич, Д. Одрина, А. Барбар, А. Собкевич, І. Липа, М. Левицький, Б. Матюшенко, О. Пучківський, О. Білоус, В. Наливайко, Л. Гиренко, І. Тесленко, М. Галин, В. Радзимовська та інші. Багато з них стали будівничими системи охорони здоров'я незалежної Української Народної Республіки і Української держави. Здобуття незалежності активізувало роботу українських лікарів з опрацювання української медичної термінології, розвитку української медичної преси, української медичної освіти і науки.

У 1917–1919 рр. в Україні спостерігалася складна військово-політична ситуація. Вона відтворювала зміни, обумовлені боротьбою за владу між Тимчасовим урядом Росії і Українською Центральною Радою, яка домоглась від нього важливих для України поступок; між останньою і радянською владою, проголошеною 12 грудня 1917 р. 1 Всеукраїнським з'їздом Рад (Харків); між радянською владою і гетьманським урядом, а потім Директорією, Добровольчою армією Денікіна й іноземними окупантами. Влада в Україні, яка перетворювалася в арену не лише громадянської війни, а й іноземної інтервенції, неодноразово переходила від однієї суспільно-політичної сили до іншої, що призводило до двовладдя [52, с. 3].

Формуючи власні управлінські структури, Центральна Рада в управлінні медично-санітарною справою спочатку наслідувала приклад Тимчасового уряду Росії, який своїм вищим медично-адміністративним органом проголосив Центральну лікарсько-санітарну Раду. Результатом цього стало створення в Києві Крайової (у розумінні державної української) лікарсько-санітарної Ради – першого органу управління медично-санітарною справою автономної України [52, с. 3] На 1 Крайовому лікарсько-санітарному з'їзді 15 жовтня 1917 р. після доповіді лікаря Н. Малигіна «Про

лікарсько-санітарний устрій на Україні при новому її державному будівництві на демократичних засадах» з'їзд прийняв резолюцію, у якій наголошувалось, що «весь лікарсько-санітарний устрій... повинен будуватися на тих же, напрацьованих громадською медичною думкою, демократичних основах, на яких раніше будувалась земська медицина». Як відомо, основними її принципами були, зокрема, безкоштовність медичної допомоги, її загальна доступність, профілактичний напрямок, участь громадськості у будівництві системи медично-санітарної допомоги, а у галузі управління – принцип самоврядування, який Українська Центральна Рада вважала доцільним запровадити на теренах автономної України.

З доповіддю «Утворення Крайового медично-санітарного органа при Секретаріаті Української Центральної Ради» (перший уряд автономної України) на з'їзді виступив декан медичного факультету Українського Народного університету проф. О. Корчак-Чепурківський [52, с. 4].

Після доповідей д-рів О. Корчак-Чепурківського та Б. Матюшенка з'їзд ухвалив проект статуту медично-санітарної Ради України. Проект статуту наділяв її такими повноваженнями:

- Новий орган має завданням об'єднання та погодження медично-санітарної діяльності всіх інституцій на території України, а також поділ медично-санітарних функцій між окремими інституціями.

- Рада подає свої пропозиції щодо поділу державних коштів між різними інституціями для боротьби з пошестями та на санітарію взагалі, а також розробляє плани боротьби з пошестними хворобами.

- Рада видає загальні накази та інструкції щодо складу та порядку роботи місцевих медично-санітарних Рад на підставі повідомлень від місцевих органів самоврядування.

- До складу Ради входять представники від медично-санітарних губерніальних Рад дев'яти губерній по 5 осіб і від міських об'єднаних медично-санітарних Рад Києва, Одеси та Харкова також по 5 представників. Громадські та урядові інституції, медичні спілки, медичні факультети тощо

делегують також своїх представників до Ради. Представники обираються на один рік і повинні збиратись не менше, як один раз на три місяці. Рада може кооперувати до себе нових членів та організовувати комісії для розроблення спеціальних питань при медичному відділі Генерального Секретаріату Внутрішніх Справ.

- Виконавчим органом Крайової медично-санітарної Ради є медично-санітарний відділ при Генеральному Секретаріаті Внутрішніх Справ, складений з 3-х членів, яких вибирає Рада, а одного з них Генеральний Секретар призначає директором відділу [93, с. 28].

Генеральний Секретаріат затвердив Статут Крайової медично-санітарної Ради, яка стала першим державним органом охорони здоров'я України.

Після проголошення незалежності України розпочався складний, багатогранний та неповторний процес побудови держави, що включав в себе формування інститутів влади та громадянського суспільства. Першочерговим завданням у цьому процесі було утвердження такої моделі державного управління, яка б захищала інтереси громадян, суспільства та держави. Щоб вирішити його, необхідно було реформувати усі сфери державного управління, у тому числі і органи виконавчої влади України.

Становлення органів виконавчої влади всіх рівнів в Україні, визначення принципів, підходів, методів та пріоритетів у державному будівництві передбачало досягнення конкретних результатів. Передусім це пов'язано із проведенням адміністративної реформи, основний зміст якої полягав у наближенні діяльності державних органів до потреб сучасного суспільного розвитку.

Особлива увага у формуванні та становленні системи державного управління приділяється саме центральним органам виконавчої влади, які, забезпечуючи виконавчу та розпорядчу функцію, здійснюють практичне виконання нормативно-правових актів держави.

З часом Крайова медично-санітарна Рада була перетворена у Головну медично-санітарну Управу при Генеральному Секретаріаті внутрішніх справ.

18 квітня 1918 р. з ініціативи українських лікарів, що працювали у Російському Червоному Хресті, було скликано перший в історії України з'їзд Українського Червоного Хреста (УЧХ), на якому членами ЦК УЧХ було обрано Є. Лукасевича, Б. Матюшенка та В. Наливайка. Пізніше УЧХ став автономною одиницею МНЗтаО.

Оскільки в УНР з листопада 1917 р. по квітень 1918 р. питаннями медичного забезпечення та державного опікування, як і до цього в Російській імперії, займалося Міністерство внутрішніх справ, гетьман Павло Скоропадський і Рада Міністрів, визнавши, що такі напрями діяльності функціонально не належать до компетенції цього органу влади, 25 травня 1918 р. прийняли закон про перепідпорядкування Головної медико-санітарної управи і Департаменту державного опікування Міністерства внутрішніх справ і всіх підлеглих установ до вперше створеного Міністерства народного здоров'я і опікування [45, с. 26].

Доба Української Народної Республіки (1917–1921 рр.) та Гетьманату (квітень-грудень 1918 р.) – це якісно новий етап пошуку та реалізації моделей державного управління.

Таким чином, протягом тривалого історичного періоду в Україні був накопичений значний досвід у розбудові охорони здоров'я, створенні правових засад її функціонування, кращі здобутки яких були використані в період Української держави у 1918 році.

## **Висновки до розділу 1**

Більш як за двадцять років становлення та розвитку незалежної України інтерес українських вчених до проблеми Української революції 1917–1921 рр. не згасає. Провідними вченими розроблена концепція періодизації

історіографії проблеми. Присвячені монографії джерелознавчим та історіографічним проблемам української історії доби визвольних змагань і державотворення (1917–1921 рр.). Значну групу праць становлять дослідження про різні функції Української держави, Директорії УНР. Підкреслюється, що до цього часу слабо висвітленим залишається сам процес формування, персональний склад, аналіз механізму діяльності вищих органів влади та управління Української держави (1918 р.), які відповідали за становлення та функціонування соціально-трудої сфери життєдіяльності, тобто стосовно таких корінних питань як організація праці, заробітної плати, соціального страхування, охорони здоров'я, охорони праці, покращення житлових умов, боротьби з безробіттям тощо.

До виникнення Української держави 1918 р. більше трьох сторіч Україна була розірвана між Австро-Угорською та Російською імперіями, позбулася власної державності, її еліта перейшла на службу до сильніших, державних народів, а мова й культура насильницьки асимілювалися у культурах титульних націй. Історична доля України склалася таким чином, що українці, у тому числі науковці й діячі медицини, упродовж сторіч не мали можливості працювати і творити для своєї держави. Але тривала відсутність української державності, формальна відсутність національних шкіл – не аргументи, якими можна заперечити, що соціальна медицина, організація охорони здоров'я в Україні не розвивалися.

Однак, доводиться констатувати, що, незважаючи на необхідність вивчення історичного минулого нашого народу з метою врахування здобутків Української держави, Директорії УНР в цій царині при проведенні реформи системи охорони здоров'я в сучасній Україні, сьогодні не існує комплексного наукового дослідження діяльності міністерств народного здоров'я та опікування Української держави та Директорії УНР.

Оскільки основою законодавчої бази МНЗтаО стали нормативні акти колишньої Російської імперії, нами були досліджені «Статут лікарський»,

«Статут громадської опіки» та «Положення про місцеві самоврядування», вміщені у «Зводі Законів Російської імперії» (СПб, 1892, 1905).

В той же час слід наголосити, що основу дослідження склали все-таки архівні документи, які зберігаються у державних центральних та обласних архівах. Зокрема у Центральному державному архіві вищих органів влади та управління України (далі – ЦДАВО України) опрацьовано 12 фондів, у Центральному державному історичному архіві України (далі – ЦДІАУ) – 2, у державних архівах Вінницької, Житомирської, Київської, Хмельницької (м. Кам'янець-Подільський) областей – 18. Загалом проаналізовано документи 32 фондів 6 архівних установ.

Законодавчі та нормативні акти Української держави друкувалися в офіційному виданні гетьманського уряду – «Державному віснику». Аналіз законодавчих актів, вміщених у «Державному віснику», надавав можливість створити правову базу становлення системи охорони здоров'я та соціальної опіки в Українській державі.

Окремо потрібно виділити єдиний номер часопису «Вістник МНЗтаО» – офіційного видання МНЗтаО. На його шпальтах були опубліковані накази П. Скоропадського, міністра народного здоров'я та державного опікування, висвітлювалася хроніка діяльності МНЗтаО.

З проголошенням незалежності України стали доступними для широкого загалу архівні фонди, які пролили світло на події майже столітньої давнини і дали поштовх для нових наукових досліджень. Так, заслуговує на увагу монографія Я. Радиша «Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування». У підручнику «Медичне право України» авторами С. Стеценком, В. Стеценко, І. Сенютою висвітлені сучасні дані з медичного права – нової навчальної дисципліни, галузі правової науки. В одному з розділів наведено історично-правовий огляд нормативно-правового регулювання охороною здоров'я на теренах України. Варто відзначити праці С. Коника, який у своєму дисертаційному дослідженні «Становлення вищих та центральних органів виконавчої влади Української



держави 1918 р.» показав будову виконавчої влади у сфері соціальної політики як у центрі, так і на місцях. Проте вчений не ставив за мету дослідити діяльність саме МНЗтаО. У роботі він значну увагу приділяв роботі Міністерств народної освіти й мистецтва, сповідань і праці. Л. Жванко висвітила основи державної політики у галузі соціального забезпечення, розкрила процес створення органів соціального забезпечення та політику щодо незахищених верств населення, таких як діти, інваліди, біженці, військовополонені, висвітила проблему поширення епідемій та боротьби з ними. О. Колосова присвятила свої дослідження питанням правового регулювання соціального забезпечення у Наддніпрянській Україні у 1917–1921 рр. Використані у нашому дослідженні також матеріали наукових праць з історії соціальної медицини доктора медичних наук О. Ціборовського.

Все вищезгадане зумовило необхідність комплексного використання джерел, які й склали основу концепції дослідження соціальної політики Української держави та Директорії УНР у сфері керівництва та організації охорони здоров'я та соціальної опіки.

Упродовж багатьох століть українські землі були у складі різних держав. Відсутність української державності у цей період призвела до того, що урядування взагалі та регламентація медичної діяльності зокрема на українських теренах здійснювалися на підставі чинного законодавства титульних націй.

Організація медичної справи в різних регіонах України мала свої відмінності. Медична справа в Західній Україні століттями підпорядковувалася законам Речі Посполитої і Австро-Угорської імперії. При цьому управління нею в Галичині послідовно пройшло шлях від управної форми (1772 р.) і керівництва Львівською медичною школою (1773 р.), через запроваджені у Львові в різні роки австро-угорським урядом санітарну (медичну) комісію (1773 р.), Медичну колегію (1776 р.), Медичну комісію (1784 р.), до централізованого управління відповідним департаментом

Міністерства внутрішніх справ Австро-Угорщини (1870 р.) і Крайовою радою здоров'я.

Реформи у галузі охорони здоров'я на Наддніпрянщині йшли як через удосконалення апарату державного управління, так і через залучення громадськості та місцевого самоврядування – земського і міського – до вирішення проблем охорони здоров'я і медичної допомоги. Можливо, вони не були такими глибокими, як хотіли прогресивні діячі того часу, але в них простежувалось зростання ролі держави і суспільства у цій справі.

У Російській імперії, до якої належала тоді Україна, провісником державної системи охорони здоров'я виступив Г. Рейн. Будучи головним уповноваженим товариства Червоного Хреста у справі боротьби з холерою, Г. Рейн очолив цю роботу в південних губерніях України. У 1910 році з його подання було створено Міжвідомчу комісію, яка опрацювала законопроект про створення Головного управління державної охорони здоров'я (ГУДОЗ) на правах самостійного міністерства і його периферійних органів. Хоча даний законопроект і не був прийнятий, ініціатором створення Міністерства охорони здоров'я у Російській імперії вважається саме Г. Рейн.

Лютнева революція в Російській імперії і створення в Києві у березні 1917 р. Української Центральної Ради відкрили нову сторінку в історії України. Проголошення Української Народної Республіки та її становлення потребувало від українських національних сил великого напруження і гігантських зусиль. Виникла необхідність вирішення економічних та соціальних проблем, проведення реорганізації та реформи правової системи, системи освіти, науки і культури. У колі перерахованих проблем важливе місце посіло створення системи охорони здоров'я населення України.

Розквіт української культури та науки, який почався під час Української національної революції 1917–1921 рр. призвів до того, що значна кількість медичних товариств в Україні була очолена свідомими українськими національними силами, а також і до українізації цих товариств.

Державне утворення у формі Гетьманату, яке постало в Україні у 1918 р., потребувало кардинальної зміни правлячої еліти, особливо її вищого ешелону. Формування персонального складу Ради Міністрів забезпечило прихід до влади етнічних українців, нащадків української шляхти, представників інтелігенції, які здебільшого сповідували територіальний патріотизм і ліберально-консервативні цінності.

Формуючи власні управлінські структури, Центральна Рада в управлінні медично-санітарною справою спочатку своїм вищим медично-адміністративним органом проголосила Центральну лікарсько-санітарну Раду. Однак згодом медичне забезпечення та державне опікування було покладено на Міністерство внутрішніх справ. Гетьман П. Скоропадський і Рада Міністрів 25 травня 1918 р. прийняли закон про перепідпорядкування Головної медико-санітарної управи і Департаменту державного опікування Міністерства внутрішніх справ і всіх підлеглих установ до вперше створеного Міністерства народного здоров'я та опікування.

## РОЗДІЛ 2 СТВОРЕННЯ І ДІЯЛЬНІСТЬ МІНІСТЕРСТВА НАРОДНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОПІКУВАННЯ УКРАЇНСЬКОЇ ДЕРЖАВИ

### 2.1. Організаційно-правові основи функціонування міністерства

Система охорони здоров'я та громадського опікування, яка дісталася у спадок Українській державі Павла Скоропадського, почала формуватися ще за часів Російської імперії як наслідок реалізації положень ряду ліберальних реформ другої половини XIX ст. Однак створити єдиний керівний орган, який би спрямовував і координував діяльність закладів охорони здоров'я та соціального захисту, за царизму так і не вдалося.

Не змінилася докорінно ситуація й за Центральної Ради. Далі створення Головної медико-санітарної управи та департаменту опікування (січень 1918 р.) Секретарства внутрішніх справ вона не пішла. При цьому в галузі охорони здоров'я та соціального захисту залишилися чинними нормативно-правові акти законодавства Російської імперії – «Статут громадської опіки» та «Статут лікарський» від 1892 р. [26, с. 64].

В УНР з листопада 1917 р. по квітень 1918 р. питаннями медичного забезпечення та державного опікування населення, як і до цього в Російській імперії, займалося Міністерство внутрішніх справ. Гетьман Павло Скоропадський і Рада Міністрів, визначивши, що такі напрями діяльності функціонально не належать до компетенції цього органу влади, 25 травня 1918 р. прийняли закон про створення Міністерства народного здоров'я та опікування [45, с. 26].

Таким чином, державне управління охороною здоров'я, розроблення і реалізацію соціальної політики за правління гетьмана П.Скоропадського з 25 травня до 26 грудня 1918 р. здійснювало МНЗтаО, яке мало статус вищого керівного і координуючого урядового органу з усіх питань, що стосувалися охорони здоров'я та опікування в різних галузях державного управління і місцевого самоврядування Української держави у 1918 р.

Тимчасово, до надання статусу міністерства, 4 липня 1918 р. було підготовлено законопроект, згідно з яким МНЗтаО визнавалось «вищим керуючим і доглядаючим органом по всіх справах, які торкаються охорони народного здоров'я та опікування в різних галузях державного та громадського управління, і об'єднує згідно з єдиним державним планом усі заходи відносно народного здоров'я та опікування. Усі медико-санітарні і піклувальні громадські та приватні інституції мають підлягати компетенції Міністерства, і всі розпорядження Уряду відносно цих інституцій переводяться виключно через Міністерство народного здоров'я та опікування» [157, с. 147].

Відповідно інші міністерства втрачали право управління створеними ними закладами охорони здоров'я. У «Положенні» наголошувалося, що їх нерухоме та рухоме майно так само, як і прибутки та державні кредити, спеціальні збори та відрахування, переходили у відання МНЗтаО [26, с. 67].

Міністром було призначено активного члена Української Народної Громади, створеної Павлом Скоропадським, лікаря-фармаколога Всеволода Юрійовича Любинського (1840–1920 рр.), родом з Київщини, безпосереднього учасника гетьманського перевороту.

Хоча українські партії звинувачували гетьманський уряд та окремих його членів у нехтуванні українською мовою і особливо протестували проти призначення В. Любинського міністром, він та його відомство відзначалось особливо уважним ставленням до українських національних проблем, особливо до мовних, і до формування персоналу міністерства, який складався переважно з національно свідомих людей. Товаришем міністра було призначено доктора Є. Яковенка. Водночас Державний Секретаріат уряду нагадував чиновникам усіх міністерств, що державною мовою є українська, і вимагав її використання у діловодстві та листуванні [157, с. 147].

До компетенції В. Любинського належало загальне керівництво та організація роботи МНЗтаО, участь у засіданнях Ради Міністрів Української держави та різних урядових нарадах, головування на форумах з питань

охорони здоров'я тощо. Прийоми відвідувачів та урядовців міністерства В. Любинський здійснював на підставі розкладу, затвердженого Радою міністра 12 вересня 1918 р.

Важливо наголосити й на тому, що на міністра покладалися обов'язки «законодавчої роботи відносно охорони народного здоров'я». Зокрема, він міг звертатися із законодавчими ініціативами до вищих органів влади Української держави, а за відсутності їх рішень чи ухвалених в установленому порядку законів – врегульовувати питання, пов'язані зі сферою охорони здоров'я та соціального захисту, власними обіжниками, циркулярами, постановами [26, с. 68].

Що ж стосується законопроектів інших міністерств, які мали стосувалися охорони здоров'я та опікування, то вони могли бути внесені на розгляд уряду лише з висновками міністра народного здоров'я та опікування.

Для реалізації програмних положень та завдань МНЗтаО вже під час своєї діяльності формувало власну структуру та місцеві представництва. Особливістю цього процесу стало поєднання новостворених органів різних рівнів, успадкованих від УНР та Російської імперії, але реформованих до вимог часу [45, с. 27].

Згідно з наказом МНЗтаО від 7 липня 1918 р. було затверджено штат міністерства в кількості 50 осіб, який згодом розширився до 498 осіб.

Структура МНЗтаО станом на 24 вересня 1918 р. за основними напрямками його діяльності мала такий вигляд: Міністр, Рада міністра, чотири департаменти (медичний, санітарний, державного опікування та департамент загальних справ). Також до складу центрального апарату міністерства на правах окремих відділів входили: інформаційно-видавничий, статистичний, судової медицини і медичної експертизи, медичної освіти, санітарно-технічний та інформаційне бюро [26, с. 68].

У міністерства були такі повноваження:

- з питань народного здоров'я: а) розроблення лікарсько-санаторного законодавства, б) вище керівництво діяльністю органів управління

лікарською, санітарною, фармацевтичною, судово-медичною частинами і державним опікуванням, в) заходи боротьби з пошесними і соціальними хворобами (сухоти, пранці і пияцтво), г) заходи з фізичного виховання населення, д) догляд за санітарними умовами праці, керівництво заходами, спрямованими проти професійних захворювань, е) вище керівництво і догляд за санітарно-технічним станом міст, сіл і взагалі осель, ж) санітарна охорона і удосконалення лісничих місцевостей, з) збирання, розроблення і оголошення статистичних відомостей про рух населення, його захворюваність та смертність, і) погодження і об'єднання зусиль урядових та загальногромадських установ з охорони народного здоров'я і розвитку лікарської та санітарної справи, к) допомога загальногромадським інституціям в їх заходах з охорони народного здоров'я і розвитку лікарсько-санітарної і санітарно-технічної справи, л) вищий догляд за виконанням санітарного законодавства у лікарській і санітарній справах, м) піклування про розвиток спеціально-медичних шкільних закладів всіх типів, які здійснювали підготовку осіб для практичної медичної та санітарної діяльності, н) завідування установами, котрі знаходяться при МНЗтаО.

- з питань опікування: а) розроблення загального плану та законопроектів щодо державного опікування і заходів соціальної допомоги, б) погодження, координування і фінансова та інша допомога органам самоврядування у справі опікування та соціальної допомоги, в) вище керівництво у сфері охорони матерів, немовлят, боротьба з дитячою смертністю і охорони дитинства взагалі, г) вище керівництво допомогою покаліченим взагалі і військовим покаліченим зокрема, а також у відновленні втраченої працездатності, д) боротьба з жебрацтвом, е) сприяння освіті працівників опікування та соціальної допомоги через утворення відповідних шкільних закладів, ж) вищий нагляд за виконанням органами самоврядування, котрі фінансує міністерство, законодавства і своїх обов'язків у справі приватної благодійності, а також збирання, обробка і опублікування відомостей про стан опікування і соціальної допомоги у державі, з)

керівництво діяльністю органів опікування, котрі належать до відання міністерства [158, с. 146-147].

До складу Ради Міністра входили: товариш міністра; члени ради міністра, яких за поданням міністра призначав гетьман; директори департаментів, віце-директори департаментів, начальники окремих відділів міністерства, начальник фармацевтичного відділу медичного департаменту; фахівці міністерства, а також спеціалісти, запрошені міністром. До компетенції Ради належали: розгляд загального плану розвитку міністерства та окремих важливих і принципових питань з державного управління у цій сфері; опрацювання усіх законопроектів, які вносилися міністром на затвердження Радою міністра; розгляд кандидатур для затвердження їх на посади фахівців, лікарів, урядовців для доручень і вищих урядовців міністерства, починаючи з начальників відділів [42, с. 24].

Центральне місце серед департаментів Міністерства належало департаменту лікарської допомоги та шпитальних справ, створеному на основі Головної медико-санітарної управи Секретаріату внутрішніх справ Центральної Ради. У липні 1918 р. рішенням Ради міністра його було перейменовано на «медичний». Департамент опікувався розвитком та діяльністю мережі лікувальних, санаторно-курортних та фармацевтичних закладів. Згідно з наказом В. Любинського від 8 травня 1918 р. директором департаменту був призначений Б. Матюшенко [132, арк. 38]. Медичний департамент складався з таких відділів: лікарських закладів та медичних справ, фармацевтичного, санаторно-курортного, постачання і канцелярії.

1. Відділ лікарських закладів (нач. – В. Зелінський). До відання відділу належали: а) облік і нагляд за діяльністю лікарських закладів, громадських і приватних; б) керівництво лікарськими закладами Української держави; в) розроблення законодавчих норм будівництва і облаштування, функціонування і управління лікарськими закладами; г) облік і догляд за діяльністю приватних та громадських організацій, які надавали лікарську допомогу населенню (Червоний Хрест, благодійні товариства); д) облік осіб з вищою, середньою і



нижчою медичною освітою; е) розроблення законодавчих норм про права і обов'язки медичного персоналу; ж) догляд за професійною діяльністю медичного персоналу держави і захист його професійних прав.

2. Фармацевтичний відділ (нач. – Л. Морейніс). До відання відділу належали: а) справи адміністративного нагляду за всіма аптечними інституціями Української держави і поліпшення постачання ліками. У перспективі передбачались реорганізація управлінь і удосконалення нагляду за аптечно-фармацевтичною справою, б) встановлення відповідного типу аптек і збільшення їх кількості, в) справи щодо створення умов для розвитку хіміко-фармацевтичної промисловості, г) періодичний перегляд аптечної такси, д) видання фармакопеї, е) справи з реформування фармацевтичної освіти.

3. Санаторно-курортний відділ (нач. – С. Корженівський). Його завданнями були: а) дослідження всіх курортних багатств Української держави; б) створення умов для санаторно-курортного лікування інвалідів, що поверталися з полону.

4. Відділ постачання (нач. – О. Новіков). Перед ним ставилось завдання постачання всього необхідного установам МНЗтаО, органам місцевого самоврядування, а також здійснення контролю за витратами поставлених матеріалів.

Канцелярія департаменту відала: а) персональним складом департаменту, б) веденням грошової звітності, в) придбанням і відпуском через господарчий відділ Міністерства всіх необхідних для роботи канцелярських і господарських речей, г) впровадженням поточного листування [73, с. 148].

- Санітарний департамент (Директор – О. Корчак-Чепурківський). Санітарний департамент включав: санітарно-гігієнічний, санітарно-епідемічний відділи, відділ санітарної просвіти, а також відділ фізичного виховання.

1. Санітарно-гігієнічний відділ. До його відання належали: а) розроблення загальних санітарних норм та підготовка матеріалів для розроблення законопроектів, що мали на меті охорону народного здоров'я і запобігання порушенням вимог загальної гігієни і санітарної техніки, професійної гігієни та попередженню інфекційних і соціальних хвороб; б) загальне керівництво організацією санітарної справи в державі; в) загальний нагляд за виконанням санітарних законів і обов'язкових санітарних постанов всіма інституціями та особами у державі; г) розроблення планів, проектів та кошторисів, оздоровчих робіт, які мають загальнодержавне значення; д) відання справами з виконання міжнародних конвенцій, з санітарних питань; е) управління справами із запобігання соціальних хвороб (пранців, сухот, пияцтва) і боротьба з ними; ж) керівництво справами із запобігання і боротьби з професійними хворобами та із санітарної охорони праці; з) відання справами діяльності державних санітарно-гігієнічних і бактеріологічних лабораторій та інститутів, а також справами субсидування державою таких закладів.

2. Санітарно-епідемічний відділ (нач. – І. Ільницький). До його відання входило: а) керівництво справами із запобігання та боротьби з інфекційними хворобами; б) відання справами санітарної охорони кордону; в) надання державної фінансової допомоги органам місцевого самоврядування для організації санітарного догляду та запобігання і боротьби з епідемічними хворобами.

3. Відділ санітарної просвіти (нач. – Ю. Меленевський). Завданнями відділу були: утворення постійних музеїв і пересувних медично-гігієнічних виставок, а також популяризація серед населення медичної літератури, проведення санітарної агітації в часописах.

4. Відділ фізичного виховання. Він здійснював: а) керівництво справами фізичного виховання населення, як в школі, так і за її межами; б) керівництво справами шкільної гігієни [73, с. 149].

- Що ж до департаменту опікування (директор – Ю. Вітте), то він складався із 5 відділів: опіки інвалідів, опіки дітей, опіки дорослих, справ приватної благодійності, звітного відділу та канцелярії.

1. Відділ зі справ опікування покалічених вояків (нач. – Н. Ліберман). Він відав справами постачання покаліченим воїнам протезів, опікуванням божевільних, сліпих, глухонімих та вояків, що потребували звичайного догляду, справами загальної освіти покалічених вояків та їх професійного навчання, організацією трудової і юридичної допомоги, організацією юридичної допомоги покаліченим воякам.

2. Відділ зі справ опікування дітей (нач. – В. Герасимович). Він забезпечував допомогу кожній дитині, яка потребувала громадської допомоги. Перехід від факультативної системи опікування до системи державного обов'язкового опікування відділ передбачав проводити поступово, шляхом зосередження нагляду і керівництва всією справою опікування в центрі – у департаменті державного опікування. На місцях справу опікування дітьми мали здійснювати органи місцевого самоврядування за допомогою рад опікування і дільничних попечительств.

Перед відділом ставились такі завдання: 1) Розробка законів: а) про охорону материнства, б) про охорону дитинства, в) про опікування покинутих дітей, г) про догляд за дітьми, що віддані на виховання, д) про боротьбу з дитячою смертністю, е) про боротьбу з дитячою злочинністю і опікування морально-дефективних дітей, ж) про права позашлюбних і шлюбних дітей, з) про опікування фізично-дефективних дітей, і) про допомогу хронічно хворим дітям. 2) Утворення мережі установ безпосередньої допомоги, тобто хліборобських притулків і колоній, ясел-притулків, санаторіїв, патронажів і т.д. Відділ також опікувався створенням пологових притулків, захистів для вагітних, для матерів, бюро праці для матерів, кас взаємодопомоги і кас страхування материнства. 3) Підготовка фахівців з опіки дітей, зокрема з боротьби із дитячою смертністю і охорони материнства і дитинства; розробка курсів для лікарів, фельдшерів, сестер-жалібниць, акушерок і сиділок;

організацію з'їздів, публічних лекцій, виставок, музеїв, видавництво підручників, листків, популярних журналів тощо [73, с. 150].

3. Відділ зі справ опікування дорослих (нач. – О. Очеповський). Він відав справами з опікування непрацездатних, а саме: калік, хронічно-хворих і т.д.; відав організацією трудової допомоги працездатним, а також справами примусової роботи для людей, що ухиляються від праці тощо.

4. Відділ зі справ приватної благодійності здійснював нагляд за інституціями приватної благодійності, розглядом їх звітності, поліпшенням благодійних зборів, затверджував в окремих випадках статути благодійних інституцій, розробляв зразкові статути, інструкції щодо розподілу за призначенням пожертв на справу благодійності, зібраних за допомогою благодійних інституцій.

5. Відділ звітності відав справами із збору відомостей про стан державного опікування та приватної благодійності, систематизував ці відомості і доводив їх до загального відома, виробляв зразки звітів, кошторису.

Канцелярія відала справами про особовий склад департаменту, а в окремих випадках і справами місцевих інституцій з господарчої, рахункової, пенсійної та архівної частин, відала книгозбірнею департаменту, а також виконувала справи, що не були віднесені до інших частин департаменту, або справами, що мали загальне значення для всього департаменту. На інспекторів та урядовців з особливих доручень при департаменті покладался періодичний огляд інституцій державного опікування та приватної благодійності, а в окремих випадках і ревізія їх діяльності на підставі інструкцій, ухвалених Радою і затверджених міністром НЗтаО [73, с. 150].

- Департамент загальних справ. (Директор – М. Галаган). Департамент загальних справ включав такі підрозділи: загальна канцелярія, адміністративний, фінансовий та юридичний відділи, господарська частина й архів.

Загальна канцелярія відала загальною реєстратурою Міністерства, діловодством засідань Ради міністра. Їй доручалися функції, які не належали до інших відділів департаменту загальних справ, але які мали загальне значення для всього Міністерства [73, с. 147].

1. Адміністративний відділ (нач. – О. Свердлов) відав справами щодо призначення, звільнення, переміщення та відпусток членів Ради міністра, директорів департаментів, віце-директорів, урядовців міністерства, а також персонального складу департаменту загальних справ, архіву міністерства і підлеглих йому місцевих установ, лікарсько-дозорчих станцій та пунктів і лікарських закладів, які знаходилися в безпосередньому завідунні міністра народного здоров'я та опікування. Відділ вів і пенсійні справи, і справи, які стосувалися прав урядовців, у тому числі пов'язані із притягненням до судової відповідальності урядовців міністерства за вчинення злочинів чи порушення обов'язків, не сумісних із їхніми званнями. Він також складав штати місцевих установ Міністерства і наглядав за рухом справ у цих установах, відав справами про призначення на обов'язкову службу державних стипендіатів, про призначення додаткової оплати за виконання обов'язків за вакантними посадами, про призначення допомоги на лікування, похорони, виховання дітей тощо.

2. Фінансовий відділ (нач. – Л. Ненадкевич) складав фінансові кошториси, наглядав за видатками грошових сум відповідно до кошторису, відав обліком та звітністю по міністерству.

3. Юридичний відділ вів справи щодо поточних претензій осіб і інституцій до міністерства та міністерства до них, надавав висновки з поточних справ і редагував законопроекти, що вносилися міністерством у законодавчі інституції.

Господарська частина відала справами одержання і видатку грошових сум, завідувала будинками і гаражем міністерства, їх ремонтом; постачанням і ремонтом інвентарю департаментів, постачанням канцелярського приладдя.

На архів покладалася реєстрація і збереження закінчених справ Міністерства [73, с. 147].

До Міністерства входили також окремі відділи:

1. Інформаційно-видавничий відділ, який складався з начальника (Ю. Меленевський), секретаря редакції (В. Підгаєцький), завідувача контролем (О. Крупський), завідувача інформаційним бюро (В. Петровський), бібліотекаря (М. Мініцький).

Редакція упорядковувала і видавала «Вістник Міністерства народного здоров'я та опікування», а також всі праці, звіти, справочинство окремих департаментів і відділів. Інформаційне бюро стежило за всіма відомостями, що друкувалися у часописах і які стосувалися питань народного здоров'я та опікування, діяльності міністерства, про роботу міністра та відповідних урядовців міністерства для повідомлення про більш цікаві з них, а також збирало відомості про діяльність всіх відділів міністерства для друку їх у «Вістнику» і часописах. Книгозбірня збирала всю літературу, що стосувалася питань народного здоров'я та опікування і суміжних питань та давала бібліографічні вказівки.

2. Статистичний відділ (нач. – С. Томілін). Завданням відділу був облік санітарно-статистичних відомостей в країні, котрі б давали реальну картину справ фізичного добробуту народу, вказували б на проблеми у санітарних умовах життя та оцінювали б роль і успішність усіх проведених державою загальнокультурних та санітарних заходів, спрямованих на поліпшення здоров'я населення. Крім того, відділ мав робити щорічний огляд дійсного руху населення, тобто інформацію про шлюбність і смертність; видавати періодичний огляд загальної захворюваності населення, обстеження якого проводилося санітарними бюро земських та міських органів самоврядування, публікувати щорічний звіт про стан народного здоров'я у державі, вести облік всього медичного персоналу в Україні і статистику лікарських установ. Нарешті, відділ мав вести облік усіх осіб, які потребували громадського і державного опікування і, в першу чергу, інвалідів, що постраждали на війні;

брати участь у розробці питань загальнодержавного перепису і налагодження санітарної статистики [73, с. 151].

### 3. Відділ медичної експертизи і судової медицини (нач. – К. Суліма).

Коло відання відділу складало питання судово-медичної та медично-адміністративної експертизи. До першої групи належали: судово-медичні огляди з кримінальних і цивільних справ людей та анатомування трупів, нагляд за лабораторною діяльністю як окремих осіб, так і окремих інституцій з проведення судово-медичних дослідів, встановлення платні за такі дослідів. До другої – медичні огляди людей для з'ясування особистих майнових і службових прав. Відділ повинен був визначити кількість лікарів – урядових експертів, встановити фах таких осіб, з'ясувати, як провадиться їх професійна діяльність і вживати всіх заходів до поліпшення їх матеріального і службового становища, підвищувати наукову підготовку лікарів-експертів через створення відповідних періодичних курсів і звільнення урядових «повітових та міських» лікарів від обов'язків медично-санітарного та адміністративного нагляду, урівняти в межах професійної діяльності взагалі судових лікарів і надати найширшу освіту в галузях медично адміністративної та судово-медичної експертизи лікарям-експертам, створюючи постійно-функціонуючі судово-медичні інститути і лабораторії, де б бажаючі підвищували свої знання.

4. Відділ медичної освіти опікувався вищими, середніми та початковими медичними навчальними закладами.

5. Санітарно-технічний відділ (нач. – О. Земляніцин). Завданнями відділу були: а) розробка обов'язкових санітарно-технічних норм, законів і правил, при проведенні дослідів, будівництві і догляді за експлуатацією санітарно-інженерних будівель; б) встановлення реального стану існуючих санітарно-інженерних будівель; в) надання порад та вказівок щодо вирішення санітарно-інженерних питань на місцях; г) розгляд всіх проектів санітарно-інженерних будівель; д) розгляд питань про фінансову участь уряду у їх будівництві; е) розробка проектів скорочення витрат на придбання різних

матеріалів і виробів, необхідних для санітарно-інженерних будівель через організацію їх виробництва у країні [73, с. 152].

З 26 вересня 1918 р. при Міністерстві почала функціонувати Судово-медична рада. До її повноважень належав розгляд усіх законопроектів стосовно «судово-медичної та медично-адміністративної частини Української держави» з подальшим обговоренням їх на засіданні ради міністра [132, арк. 200].

Об'єднанню діяльності інституцій сфери охорони здоров'я, поширенню відповідних нормативних документів центральних органів влади і управління мав слугувати також «Вістник МНЗтаО». Відповідальним редактором часопису згідно з наказом В. Любинського від 24 червня 1918 р. був призначений Ю.Меленевський [132, арк. 73].

Для вирішення наукових проблем охорони здоров'я та опіки при Міністерстві передбачалося утворити Вчений комітет як вищу наукову медичну інституцію. Проте тільки 14 грудня 1918 р. було прийнято його статут, а сам комітет так і не зміг розпочати свою діяльність. Нереалізованими залишилися проекти ще чотирьох дорадчих при МНЗтаО структур – Фармацевтичної ради, Медичної ради, Головної санітарної ради, Головної ради у справах державної опіки, затверджені радою міністра, відповідно, 15 липня, 14 серпня, 12 вересня, 17 липня 1918 р. [27, с. 38].

Принагідно зазначимо, що все діловодство у Міністерстві велося українською мовою, хоча протоколи деяких комісій склалися двома мовами [132, арк. 7]. Тому при МНЗтаО для вдосконалення знань фахівців з державної мови готувався спеціальний «Термінологічний словник». До того ж 12 грудня 1918 р. Рада Міністрів ухвалила відкрити при Міністерстві курси української мови. Розробка плану роботи та фінансова сторона їх проведення покладалася на начальника інформаційно-видавничого відділу Ю. Меленевського [132, арк. 36]. На жаль, антигетьманський переворот не дав змоги реалізувати цей задум.

Одночасно із процесом становлення апарату МНЗтаО в Україні відбувалося формування його губернських представництв. При цьому



Міністерство діяло відповідно до загальнодержавних принципів розбудови місцевих органів влади Української держави, відновлюючи аналогічні структури колишньої Російської імперії. Власне, цього вимагала німецька окупаційна влада, представники якої 24 квітня 1918 р. обговорювали з П. Скоропадським програму майбутніх перетворень в Україні [27, с. 41].

16 травня 1918 р. П. Скоропадський затвердив закон про ліквідацію губернських і повітових комітетів та запровадив інститут губернських і повітових старост [19, с. 1]. Останні, підпорядковані Міністерству внутрішніх справ Української держави, стали представниками нового режиму на місцях. У свою чергу, губернським старостам були підпорядковані органи місцевого самоврядування – губернські, повітові, волосні земські управи та думи.

За доби Гетьманату було відновлено інститути лікарських інспекторів та лікарських відділів губернських управлінь колишньої царської Росії. Так, 18 червня 1918 р. Рада Міністрів Української держави прийняла ухвалу про утворення у губерніях посади лікарського інспектора як керівника майбутніх місцевих органів охорони здоров'я [133, арк. 5]. 20 червня 1918 р. Рада міністра НЗтаО затвердила штати лікарських інспекторів за кожною губернією.

22 липня 1918 р. Рада міністра НЗтаО прийняла «Проект тимчасового статуту щодо установи уповноважених МНЗтаО» і подала його на розгляд Раді Міністрів Української держави. 14 листопада 1918 р. П. Скоропадський затвердив постанову Ради Міністрів про введення інституту постійних уповноважених МНЗтаО при його губернських представництвах [94, с. 3].

Одночасно із формуванням апарату МНЗтаО йшло становлення його губернських представництв. Фактично було відновлено інститут лікарських інспекторів та лікарських відділів губернських правлінь колишньої Російської імперії. У червні 1918 р. вони були перейменовані МНЗтаО у губернські лікарські управління (далі – ГЛУ). Проте ГЛУ були реорганізовані відповідно до потреб часу і отримали значно ширші повноваження, ніж за доби царизму. До їх компетенції належало загальне керівництво та нагляд за роботою

закладів охорони здоров'я, медичних навчальних закладів, розгляд скарг громадян та ін. У своїй діяльності ГЛЮ керувалися статтями «Статуту громадської опіки» колишньої Російської імперії та нормативними актами МНЗтаО [24, с. 11].

Місцевими органами МНЗтаО були: 1) Губернські уповноважені міністерства; 2) Губернські лікарські управління з лікарськими інспекторами, яким підлягали міські та повітові лікарі і фельдшерський персонал; 3) санітарно-дозорчі станції і пункти на північному узбережжі Чорного моря, підлеглі окремому інспекторові. У зв'язку з утворенням посади губернських уповноважених міністерства, існуючі лікарські управління передбачалося реорганізувати у спеціальні судово-медичні інститути [27, с. 28].

Первинною ланкою системи охорони здоров'я був інститут лікарів повітового міста, повіту та фельдшерів повіту. Вони перебували у прямому підпорядкуванні губернських лікарських управлінь. На середину літа 1918 р. вдалося завершити формування вертикалі органів охорони здоров'я.

Кадрові призначення у місцевих органах охорони здоров'я та опіки вирішувалися на користь професіоналів. Тому свою роботу, незалежно від політичних переконань продовжила плеяда діячів земської медицини [24, с. 12].

Урядовці МНЗтаО, враховуючи нові реалії часу, розробили два положення про створення власних місцевих органів санітарії та опіки. Ними мали стати губернські та повітові санітарні ради, а також ради опікування губернського, повітового та волосного рівнів. На жаль, ці проекти, за винятком окремих губерній та повітів, залишилися нереалізованими.

До складу губернської санітарної ради входили представники губернської земської управи, санітарного бюро, різних санітарних та медичних організацій. Губернським санітарним радам були підпорядковані повітові санітарні ради, у складі яких перебували співробітники повітових управ, представники волосних санітарних рад, лікарі, фельдшери. На них покладалися обов'язки нагляду за санітарним станом повіту. Волосні санітарні

ради, у штаті яких працювали санітарний лікар, учитель, священик та члени волосної управи, вирішували питання санітарного благоустрою волості [141, арк. 178].

Керівництво радою губернського рівня повинні були здійснювати уповноважений Міністерства або голова губернської земської управи. До її складу передбачалося ввести представників губернської земської управи, губернського старости, лікарського інспектора, військового санітарного органу та залізниць, губернської санітарної ради та завідувача санітарним бюро [27, с. 48].

Представництвами МНЗтаО на місцях були губернські медично-санітарні управління.

1. До обов'язків губернських медично-санітарних управлінь головним чином належали:

- реєстрація усіх лікувальних установ, аптек, аптечних магазинів та установ, що виготовляли хіміко-фармацевтичні й галенові препарати, перев'язочні матеріали, косметичні засоби і засоби лікування, що мали профілактичне, діагностичне та діатистичне значення;

- реєстрація медичного та фармацевтичного персоналу і нагляд за його приватною професійною практикою;

- цензура реклам та брошур, що стосуються лікарських засобів та способів лікування;

- систематизація відомостей про діяльність зуболікувальних, фельдшерських, повивальних шкіл, шкіл масажу і лікувальної гімнастики та інших навчальних закладів, що готують серед середнього і нижчого персоналу справи про дозвіл на відкриття цих установ приватними особами або приватно-громадськими організаціями і нагляд за ними;

- нагляд за приватними лікувальними закладами та приватними діагностичними й іншими лабораторіями і установами;

- дозвіл на продаж косметичних та парфумерних засобів (за винятком лікувально-косметичних) і засобів домашнього вжитку, безпечних за своїм складом для здоров'я людини;

- боротьба із незаконним лікуванням осіб, що не мають права медичної практики;

- проведення ревізій за вимогами МНЗтаО;

- проведення розслідувань за скаргами приватних осіб;

- участь в обстеженні новобранців і збір статистичних даних про їх результати;

- створення другої інстанції з питань судової медицини і медичної експертизи відповідно до інструкції судово-медичної статистики міністерства; нагляд за службовою діяльністю судових лікарів;

- розгляд поданих судами судово-медичних свідоцтв про огляд і засвідчення мертвих тіл і живих людей та справ про дослідження речових доказів у випадках, коли наявні розбіжності у свідоцтвах і у обставинах слідства чи розбіжності з місцевими лікарями, або ж сумніви судів у вірності доказів, наданих лікарями;

- розгляд актів медичного обстеження по справах про визначення прав на пенсію або свідоцтв про хворобу, скасування шлюбів, або визнання їх поза законом, чи недійсними, або ж з інших обставин, що пов'язані із посвідченнями для визначення особистих майнових і службових прав;

- обов'язкова експертиза зі всіх питань медично-санітарної справи за вимогами судів, урядових агентів і закладів та органів місцевого самоврядування;

- підтримка звинувачень на суді у справах, що порушувались Міністерством;

- видача дозволу на відкриття тих закладів, що мають санітарне значення, які за законом не можуть бути виданими міськими і земськими управами;

- підготовка висновків щодо дотримання зобов'язань, прийнятих на себе різними установами і приватно-суспільними організаціями при отриманні фінансової підтримки від МНЗтаО;

- ведення справ щодо державних установ, які знаходяться у віданні МНЗтаО;

- узгодження діяльності санітарних агентів різних відомств із роботою санітарних організацій органів місцевого самоврядування [141, арк. 176].

2. До губернських медично-санітарних установ входили: уповноважені міністерства (губернський санітарний інспектор), губернський судовий лікар, губернський фармацевтичний інспектор та інспектор у справах державного опікування.

3. При губернській медично-санітарній управі також існували: канцелярія, архів та лабораторія для досліджень з необхідним штатним персоналом.

4. У віданні губернської медично-санітарної управи перебували: губернські судові лікарі, фармацевти і особи, що знаходились при установах, підлеглих МНЗтаО.

5. Усьому складу губернської медично-санітарної управи заборонялося займатися приватною практикою та володіти лікарськими або допоміжно-лікарськими установами. Працювати в установах з метою наукового удосконалення дозволялося лише з дозволу міністерства [141, арк. 177].

З метою об'єднання діяльності з охорони народного здоров'я і узгодженості заходів урядових і громадських закладів на території губерній були утворені об'єднані губернські ради, а у містах, що виділені в особливу губернську земську одиницю, об'єднані міські санітарні ради.

Розгляду об'єднаної губернської (міської) санітарної ради підлягали:

- а) заходи, для проведення яких були потрібні узгодження дій місцевих закладів;
- б) клопотання про надання допомоги із казни для задоволення місцевих лікарсько-санітарних потреб, а також плани, кошториси, і звіти про заходи, що плануються за рахунок таких допомог;
- в) передані до МНЗтаО

подання уповноваженого про санітарні порушення у межах губерній (міст); г) всі інші питання з охорони народного здоров'я, що мали загальне для всієї губернії (міста) значення, які вносилися уповноваженим МНЗтаО або через нього місцевими громадськими управами і відомствами.

До складу об'єднаної губернської санітарної ради входили: місцевий уповноважений МНЗтаО, голова губернської земської управи, член тієї ж управи, завідувач медичною частиною, представник військового санітарного органу, а також і морського (де він є), голова санітарної організації кожної із залізничних доріг, що проходять по території губернії, представник санітарної організації водних шляхів, представник відомства шосейних шляхів, завідувач і помічник завідувача санітарного бюро губернського земства, завідувач санітарного бюро губернського міста і п'ять лікарів – представників губернської земської санітарної ради.

У містах, що виділені в особливі губернські земельні одиниці, до складу об'єднаної міської земельної ради входили: губернський уповноважений МНЗтаО, міський голова і члени міської управи, завідувач медичною частиною, представник губернської земської управи і відповідні представники місцевих санітарних організацій – військового, морського відомств, залізничних доріг, водних і шосейних шляхів, завідувач і помічник завідувача санітарним бюро, завідувач санітарним бюро губернських земств і п'ять представників санітарної ради міського самоврядування.

У губернській санітарній раді головував уповноважений МНЗтаО, там, де існувала така посада, а там, де її не було – голова губернської земської управи. У міській санітарній раді головував міський голова, за відсутністю посади уповноваженого міністерства. Претендент на місце голови обирався радою строком на один рік.

Постанова ради виконувалася тими відомствами, котрих вони стосувалися. При оголошенні даної місцевості загрозовою або небезпечною через якусь епідемію, постанова ради ставала обов'язковою, причому відомству, до якого вона належала, надавалася можливість за відсутності

коштів, необхідних для забезпечення постанов ради, клопотати про асигнування коштів з державної скарбниці.

У разі визнання радою необхідності видання для даної місцевості обов'язкових санітарних постанов, рада розробляла їх і зверталася про необхідність їх видання до підлеглого губернського, земського або міського управління. При оголошенні місцевості загрозовою або неблагополучною, вироблені радою обов'язкові санітарні постанови тимчасово вступали в силу одразу після їх опублікування самою радою і діяли до того терміну, коли вони мали бути розглянуті найближчими губернськими земськими зборами або міською думою відповідно до компетенції [141, арк. 140].

У загальних положеннях про обов'язки органів місцевого самоврядування з лікувально-санітарної частини йшлося про застосування заходів з охорони здоров'я, покращення санітарних умов на місцях; забезпечення населення загальнодоступною медичною (піклувальною) допомогою.

З метою виконання вказаних обов'язків земські і міські органи самоврядування повинні були: а) здійснювати заходи із медичного, санітарного, санітарно-інженерного благоустрою, обумовлені у відповідних актах; б) складати обов'язкові санітарні настанови; в) здійснювати контроль за виконанням санітарних вимог, що встановлені чинним законодавством; г) дбати про санітарну освіту населення; д) збирати і обробляти статистичні дані про рух, захворюваність і смертність населення; е) давати висновки, за наявності дозволу певних інстанцій, щодо необхідності відкриття приватних лікувальних установ, аптек, фармацевтичних установ, що здійснювали торгівлю ліками та отруйними речовинами, лабораторій, інститутів для бактеріологічних і хімічних досліджень, установ для виготовлення діагностичних, лікувальних сироваток, вакцин; ж) надавати висновки із санітарної точки зору на дозволи певної інстанції щодо відкриття фабричних, заводських та інших промислових установ, оскільки такі не належали до компетенції ні міських, ні земських органів самоврядування.

У випадку розбіжності між органами урядового нагляду і органами місцевого самоврядування, вирішення питань покладалося на МНЗтаО [126, арк. 18].

До представництв МНЗтаО на місцях належала місцева медично-санітарна управа. Вона здійснювала: а) керівництво діяльністю місцевих урядових санітарних установ; б) погодження і об'єднання діяльності урядових та громадських санітарних установ; в) нагляд за виконанням вимог законодавства щодо лікувального і санітарного благоустрою губернії; г) нагляд за виконанням громадськими самоврядуваннями, іншими установами та приватними організаціями прийнятих на себе, при фінансовій підтримці держави, обов'язків по лікарняному і санітарному благоустрою губернії; д) зосередження всіх відомостей про санітарну ситуацію у своєму регіоні та про стан у ньому лікувальної та санітарної справи.

До складу місцевого лікувально-санітарного управління входили: начальник, його помічники за окремими галузями лікувальної та санітарної справи, канцелярія.

Органами державного опікування МНЗтаО на місцях були органи міського та земського самоврядування, які здійснювали свою діяльність за допомогою губернських і повітових рад державного опікування, а також дільничних і волосних попечительств, що потребували громадської допомоги.

На обов'язки зазначених структур покладалися загальний догляд, керівництво і узгодженість діяльності усіх інституцій та установ державної, громадської і приватно-благодійної допомоги всім, хто її потребував.

У своїй діяльності представництва керувалися вказівками і постановами органів державного опікування, що вступили у законну силу.

У губерніях існували губернські ради державного опікування [126, арк. 19]. Вони засновувалися як дорадчі органи при органах губернського самоврядування. При міських управах міст Києва, Харкова, Одеси, Катеринослава встановлювалися міські ради з правами і межами компетенції губернських.



На губернські і зазначені міські ради відповідно до їх компетенції покладалися:

а) розроблення і допомога у реалізації плану державного опікування у губерніях; б) об'єднання і узгодженість діяльності усіх існуючих на території губернії або міста повітових чи міських рад опікування, а також відомств, організацій, товариств та інституцій, у тому числі народних, міських і приватно-благодійних; в) сприяння облаштуванню і організації діяльності установ, товариств та попечительств; г) догляд за правильним веденням справ у всіх установах піклування; д) розгляд усіх питань і справ з піклування, які вносилися підвідомчими інституціями та окремими особами; е) збір відомостей про стан піклування і допомоги потребуючим їй у губерніях або містах, встановлення правильної реєстрації і обліку видачі довідок із зазначених питань; ж) розгляд прохань про допомогу у держави, або в органів самоврядування організаціями, товариствами, або приватними особами, а також кошторисів на облаштування і утримання установ і складання загального для всієї губернії або міста кошторису; з) розгляд усіх звітів окремих установ і товариств та складання загального огляду піклувальної справи за рік; и) виділення коштів, необхідних для підтримки та поширення справ піклування і розподіл державних та інших допомог між інституціями; к) скликання в разі необхідності загальногубернських з'їздів представників відомств, установ, товариств і попечительств громадського піклування [126, арк. 18].

До складу губернських та вищеперелічених міських рад входили:

а) члени губернського народного зібрання або міської думи, обрані відповідно до встановленої квоти; б) Голова народної управи, міський голова і член народної або міської управи, який відав відділом опікування; в) представники відповідних народної або міської управи відповідно до кількості, що визначалася ними ж; г) два представники губернської ради опікування у міську і міської ради у губернську (у містах Києві, Харкові, Одесі, Катеринославі); д) представники повітових і міських рад губерній – у

губернські ради, або представники районних чи дільничних попечительств у міській, по одному від кожної; е) представники відповідних відомств і значних громадських організацій, діяльність яких поширювалася на всю губернію або місто і які займалися піклувальною справою, а також представники професійних спілок; ж) представники приватних благодійних товариств, що обрані загальними зборами у кількості, визначеній земськими зборами або міською думою; з) інспектори МНЗтаО відповідного регіону; и) окрім того, радою могли бути кооптовані й інші особи, участь яких була визнана корисною для справи.

Для розгляду і підготовки матеріалів на засідання ради, а також для спрямування і виконання поточної роботи, рада обирала зі свого складу постійну нараду, до складу якої входили: Голова ради, товариш Голови, секретарі і члени у кількості, визначеній радою.

Справочинство ради проводилося при відповідних відділах управи. У своїй діяльності рада керувалася інструкцією, яку вона сама складала і сама затверджувала. Аналогічні інструкції складали земські збори та міська дума.

Рада могла виділяти зі свого складу або обирати різні комісії, як тимчасові, так і постійні.

Губернська рада надсилала не пізніше 1-го травня наступного за звітом року до головної ради опікування звіт про свою діяльність за рік і складала кошторис на майбутній рік, щоб потім він був своєчасно поданий на затвердження черговими губернськими земськими зборами.

Керівництво справою державного опікування і догляду за установами піклування покладалося і на повітові ради державного опікування, що створювалися при органах самоврядування повітів, а також при органах самоврядування міст, і які за рішенням губернських земських зборів були виділені у самостійні земські одиниці.

На повітові і міські ради покладалися усі функції губернських рад, визначених у межах повіту чи міста. До складу вищезазначених рад входили: а) члени повітового земського зібрання або міських дум; б) член повітової чи

міської управи, що відав справами піклування; в) представник повітової ради у міській, а міської – у повітовій; г) представники повітової або міської управи з фахівців санітарної, шкільної, будівельної комісій; д) представники дільничних попечительств – по одному від кожного.

Окрім того, рада могла кооптувати і інших корисних для справи осіб. Члени губерньської ради мали право бути присутніми на засіданні повітових і міських рад з правом дорадчого голосу [126, арк. 10].

Термін повноважень членів повітової ради був таким, як термін повноважень відповідних органів самоврядування.

## **2.2. Нормотворча діяльність**

Принципові положення державної політики у сфері охорони здоров'я та опікування були поглиблені й конкретизовані у ряді законів та законопроектів, розроблених фахівцями Міністерства народного здоров'я та опікування. Слід наголосити, що в Українській державі, за умов відсутності вищих представницьких органів, законодавча процедура була досить простою. Відповідно до пунктів 30-33 спеціального розділу «Про закони» Закону «Про тимчасовий державний устрій України» від 29 квітня 1918 р., законодавчі акти певної галузі формувалися у відповідному міністерстві і розглядалися на засіданнях Ради Міністрів Української держави. Після цього законопроект передавався на затвердження Гетьману [49, с. 54].

Законодавчий процес в Українській державі мав дві особливості – відсутність чіткого розмежування між законами та підзаконними актами (постановами, розпорядженнями, поясненнями міністрів тощо) і надання майже усім законам зворотної дії [120, с. 199]. Так, наприклад, Закон «Про встановлення тимчасового розпису посад та нових окладів платні службовців губерньських лікарських управлінь, міських та повітових лікарів, фельдшерів та про асигнування МНЗтаО 842 946 крб. на утримання вищезгаданих установ

та осіб», затверджений П. Скоропадським 28 вересня 1918 р., набував чинності з 1 червня того ж року [67, с. 3].

Упродовж червня – першої половини липня 1918 р. Міністерство головну увагу приділяло розробці правових основ державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального захисту. При цьому слід виділити одну особливість: спочатку фахівцями Міністерства створювалися відповідні «Положення», а після їх обговорення на засіданнях Ради Міністрів Української держави та інших урядових структур, вони набували чинності програмних чи правових документів.

Так, на початку липня 1918 р. Рада Міністрів розглянула запропонований В. Любинським законопроект про внесення змін до існуючих законів колишньої Російської імперії, необхідність яких була зумовлена утворенням МНЗтаО. Після його обговорення члени уряду затвердили відповідне «Положення», яке визначало статус та завдання Міністерства, заклади та установи, які переходили у його підпорядкування. «Міністерство народного здоров'я та опікування, – зазначалося у «Положенні», – є вищим керуючим і доглядаючим органом по всіх справах, які торкаються охорони народного здоров'я та опікування в різних галузях громадського та державного життя, управління, і об'єднує згідно із єдиним державним планом всі заходи відносно народного здоров'я та опікування» [28, с. 81].

На основі «Положення» спеціальна комісія у складі урядовців МНЗтаО М. Галагана, В. Ульяницького та Ю. Меленевського розробила проект статуту Міністерства [132, с. 30]. В середині липня 1918 р. він був опублікований у «Вістнику» Міністерства для широкого обговорення. І хоча проект статуту набув чинності лише на початку 1919 р., саме відповідно до його положень Міністерство будувало свою діяльність, починаючи з другої половини 1918 р.

Відповідно до проекту статуту Міністерство мало забезпечити: поліпшення стану медичного обслуговування населення та підвищення рівня соціального забезпечення найбільш знедолених його верств, ліквідацію епідемій та умов їх поширення, охорону материнства і дитинства, догляд за

санітарно-технічним станом населених пунктів, поширення медико-санітарних знань серед широкого загалу, надання допомоги інвалідам війни, біженцям та військовополоненим.

Зазначалися також шляхи реалізації покладених на МНЗтаО обов'язків. Насамперед йшлося про створення адекватної до нової суспільно-політичної ситуації в Україні законодавчої бази, спрямованої на вирішення проблем охорони здоров'я та соціальної опіки, єдиної системи відповідних центральних та місцевих органів, налагодження співробітництва у цій важливій сфері із громадськими організаціями та органами місцевого самоврядування [73, с. 146].

Керівництво МНЗтаО розуміло, що процес законотворчості, систематизації та кодифікації лікарсько-санітарного законодавства є складним і тривалим. Тому пропонувалося створити комісії і секції за такими напрямками роботи: комісія з управління, комісія з медичної освіти, професійна та статистична комісії, комісія із санітарного законодавства, комісія з боротьби з пошестями, комісія з управління лікарськими закладами і забезпечення внутрішнього порядку в них, комісія із санітарної охорони лікарських місцевостей, комісія з лікарської експертизи, комісія з фабрично-заводської санітарії і комісія з аптечно-фармацевтичного законодавства [139, арк. 4-5].

Перше і головне питання, яке стояло перед Міністерством в цей час, – це питання про керівництво лікарсько-санітарною частиною в центрі і на місцях, про функції органів, на які покладалося керівництво, координація і організація лікарсько-санітарної справи. Неузгодженість питань щодо обсягу повноважень центрального органу робить неможливим детальне з'ясування розмежування між правами, обов'язками та взаємовідносинами лікарсько-санітарних управлінь різних відомств між собою і центром, а також тих організацій й інституцій, котрі повинні відати лікарсько-санітарною справою на місцях.

Відносно медичної освіти і прав фахівців, які надавалися останнім по закінченню тих чи інших медичних шкіл, необхідно було з'ясувати питання щодо підпорядкування медичних шкіл, особливо вищих, і які права повинні надаватись особам, котрі закінчили ці школи. Зокрема, дуже неясно стояло питання про права осіб, які закінчили фельдшерські школи. Необхідно було з'ясувати з міністерством освіти, у чиєму віданні мала б знаходитись вища медична школа, і у випадку, якщо це питання повинно вирішуватись у Міністерстві освіти, необхідно було домагатись самої широкої участі членів МНЗтаО у розробці законопроекту про вищу медичну школу і права, які нею надавались випускникам. Важливою також була проблема з удосконалення фельдшерської, зуболікарської, акушерської освіти. Особливо це торкалося питання про підвищення знань медичного персоналу шляхом навчання на повторних курсах.

Щодо професійних прав осіб медичних професій, то комісія вважала за доцільне дотримуватись регламентації обов'язків лікарів щодо пацієнтів, турбуватись про активність медичного персоналу, про нормальне їх матеріальне забезпечення, вести боротьбу проти шахрайства в медицині і неправильного лікування, створення наукових та професійних медичних товариств [139, с. 4-5].

З метою організації санітарної статистики в Україні комісією були розроблені тези, у яких говорилося, що: а) потрібно порушити питання про організацію загального перепису населення України; б) для нормального ставлення до справи обліку загальної захворюваності повинен бути виданий загальний закон про заведення індивідуальної карткової реєстрації хворих, яка повинна бути обов'язковою для всіх урядових, громадських і приватних лікарських закладів та приватних лікарів; в) дані про стан епідемічної захворюваності повинні зосереджуватись у повітових санітарних центрах; г) облік діяльності усіх урядових, громадських і приватних медично-санітарних інструкцій повинен здійснюватись за обов'язковими однаковими формами, короткими місячними цифровими відомостями і річним

статистичним звітом; д) облік медичного персоналу (лікарів, фармацевтів, зубних лікарів, шкільних фельдшерів та акушерок) повинен зосереджуватись у губернських санітарних бюро [66, с. 92].

У питанні попередження і боротьби з інфекційними хворобами комісія вважала за необхідне розробити заходи, які б передбачали інформування про наявність інфекційних захворювань, проведену дезінфекцію, ізоляцію хворих, проведення щеплень проти віспи, ситуацію з венеричними хворобами та проституцією, про санітарну охорону кордону.

З цього приводу у середині літа 1918 р. Рада міністра НЗтаО прийняла «Тимчасовий статут перестереження та боротьби із заразними хворобами». Згідно із його положеннями керівництво діяльністю всіх відомств та органів Української держави у галузі профілактики та боротьби із заразними хворобами покладалося на МНЗтаО, яке також зобов'язане було надавати допомогу усім тим органам у державі, які повинні були проводити протиепідемічні заходи. Безпосереднє проведення заходів проти заразних хвороб було обов'язковим для органів місцевого самоврядування та відомчих урядових установ.

Профілактичні заходи здійснювалися за кошти органів місцевого самоврядування та відповідних відомств згідно їх кошторисів. У розпорядженні МНЗтаО формувався спеціальний фонд, кошти з якого спрямовувалися на попередження та боротьбу із заразними хворобами.

Для координації діяльності окремих як державних, так і громадських та приватних організацій і здійснення керівництва заходами, спрямованими на боротьбу із заразними хворобами, на місцях тимчасово, до розробки загального санітарного закону, утворювалися об'єднані санітарні ради: губернські, міські, повітові.

До об'єднаної губернської санітарної ради входили губернський уповноважений МНЗтаО (коли він був у даній губернії), Голова та завідуючий медичною частиною член губернської земської управи, по одному представнику від міської управи губернського міста, від губернського

старости, місцевого військового (а також морського, там, де він був) санітарного органу, залізничної санітарної організації (по одному від кожної окремої залізниці, які проходили по території губернії), від санітарної організації водних та шосейних шляхів, представлених завідуючим санітарним бюро губернського земства, представник міської санітарної організації губернського міста, 5 представників губернської земської медично-санітарної ради, представник від центральної в губернії бактеріологічної чи санітарно-гігієнічної лабораторії.

До компетенції ради входили питання, які вимагали об'єднання діяльності різних організацій, зокрема питання видачі коштів у кредит, запровадження екстрених заходів для попередження небезпеки заразних хвороб для населення губернії чи її частини і контроль за виконанням постанов ради.

Постанови ради проводилися у життя тими організаціями, яких вони стосувалися, зокрема при оголошенні епідемічної загрози у тій чи іншій місцевості, вони також були обов'язковими для виконання у разі, коли на засіданні ради при винесенні такої постанови не було ніякого заперечення представника даної організації. У разі, коли таке заперечення було, питання розв'язувалося Міністерством НЗтаО. При цьому, у випадках, коли для здійснення пропонованих такою постановою заходів не вистачало коштів у тій організації, якої вони стосувалися, відповідні кошти повинні були відпускатися в кредит.

Перед повітовими об'єднаними санітарними радами стояло завдання координувати протиепідемічну діяльність на території повіту. У межах повіту їх постанови не повинні були суперечити постановам губернських рад. Повітові ради скликалися Головою за ініціативою органів МНЗтаО, губернської об'єднаної санітарної ради, повітової земської управи або повітової земської медично-санітарної ради.

Для координації та загального керівництва протиепідемічною діяльністю на усіх шляхах комунікацій держави утворювалася об'єднана



санітарна рада шляхів, яка мала щодо них таку ж компетенцію, як і компетенція губернських рад.

У разі визнання об'єднаною санітарною радою шляхів потреби у виданні обов'язкових санітарних постанов, вона подавала проект таких постанов для видання їх через МНЗтаО.

До складу ради входили: уповноважений МНЗтаО, представник міністерства шляхів, завідуючий лікарсько-санітарним відділом міністерства шляхів та його помічник, завідуючі санітарною частиною водних та шосейних шляхів, начальники санітарної служби правобережної та лівобережної залізниць, по одному представнику від столичних земських та морських санітарних бюро.

Ради скликалися їх головами за ініціативи МНЗтаО чи санітарного відділу Міністерства шляхів.

У разі суперечностей щодо постанов окремих губернських рад і ради шляхів щодо питань, які торкалися протиепідемічних заходів на шляхах, такі питання вирішувалися МНЗтаО [141, арк. 175].

Комісією з лікарсько-санітарного законодавства був розроблений проект про періодичні наради МНЗтаО з представниками місцевих лікарсько-санітарних організацій. Ці наради запроваджувалися для узгодженої поточної медично-санітарної діяльності громадських організацій та урядових органів.

До компетенції цих нарад входили: повідомлення та доповіді про стан медично-санітарної справи на місцях; проекти необхідних удосконалень і подальшого розвитку різних аспектів міської та земської лікарсько-санітарної справи за участі і фінансової допомоги МНЗтаО; обговорення та розробка заходів та шляхів практичного здійснення урядових ініціатив з питань охорони народного здоров'я на місцях; розробка порад з питань правильного і рівномірного розподілу державних коштів земствам і містам, а також розгляд інших пропозицій, що вносилися МНЗтаО.

Членами нарад були: директори лікувального і санітарного департаментів і департаменту опікування; начальники статистичного,

санітарно-технічного і фармацевтичного відділів; члени управи та лікарі, завідувачі санітарними відділами губернських земств та міст; уповноважені МНЗтаО на місцях [141, арк. 182].

Комісія з фабрично-заводської санітарії займалася питаннями охорони населення від шкідливого впливу фабрик, організацією санітарного нагляду за фабриками і заводами, проблемами охорони життя та здоров'я робітників промислових закладів, стажуванням і нагородами працівників.

Аналізуючи аптечно-фармацевтичне законодавство, слід відзначити, що головним у ньому було визначення порядку управління аптечно-фармацевтичною справою в центрі та на місцях і функціонування фармацевтичної освіти, порядку постачання ліків населенню, аптекам, аптечним магазинам та процедури відкриття останніх, встановлення аптечної такси, визначення професійних обов'язків осіб з фармацевтичною освітою, регламентування роботи хіміко-фармацевтичної промисловості, попередження шахрайства в аптечно-фармацевтичній справі і подробиці патентів.

Важливим завданням МНЗтаО стала організація та відкриття додаткових аптечних закладів. Його реалізація була доручена фармацевтичному відділу медичного департаменту МНЗтаО. Відповідно до статуту Міністерства, він повинен був забезпечити оптимальне функціонування мережі аптек, розробити умови відкриття нових аптек та слідкувати за їх дотриманням, надавати науково-методичну та організаційну допомогу аптекам, сприяти їх забезпеченню фармацевтичними товарами, регулювати аптечні тарифи («аптечні каси»), опікуватися закладами фармацевтичної освіти різних рівнів.

5 серпня 1918 р. Рада міністра народного здоров'я та опікування ухвалила заходи щодо створення власної хіміко-фармацевтичної промисловості як єдиної можливості позбавитися залежності від іноземних фармацевтичних фірм. Зокрема, МНЗтаО зобов'язувалося всіма засобами підтримувати та розвивати усі організації та підприємства, які можуть

привести до розвитку в Україні промисловості з виробництва предметів медично-санітарного призначення [154, арк. 11].

Одним із важливих розділів нормотворчої діяльності МНЗтаО було створення комісії з реформування лікарських управлінь. 26 червня 1918 р. міністр НЗтаО В. Любинський підписав наказ про створення комісії у справах реформування лікарських управлінь під керівництвом члена Ради міністра Кир'якова В. До складу комісії входили: директори департаментів Матюшенко Б., Корчак-Чепурківський О., Вітте Ю., віце-директор Удовенко В., начальники відділів Земляніцин О., Морейніс Л., Свердлов О., Зелінський В., Корженівський С., Ульяницький І., Томілін С., Суліма К., Меленевський Ю., юрисконсульт Ульяницький В. Необхідність реорганізації усіх сфер галузі охорони здоров'я зумовила розширення кола діяльності комісії. Тому з 27 червня 1918 р. Рада міністра перейменувала її у «Комісію з реорганізації медично-санітарних справ в Україні» [26, с. 69].

У зв'язку з реформою медично-санітарних справ в Україні, при МНЗтаО, з функціями дорадчого при такому органі, утворювалася постійно діюча комісія з реорганізації медико-санітарних справ в Україні.

На попередній розгляд комісії подавалися всі проекти постанов і законопроекти, які розроблялися міністерством і стосувалися внесення змін або скасування чинних законів, що регулювали медично-санітарні, фармацевтичні, санітарно-технічні справи і справи з опікування.

Комісії надавалося також право самостійно ініціювати розробку нормативних актів з медично-санітарних питань при умові повідомлення про це міністра НЗтаО.

У складі комісії з реорганізації медично-санітарних справ працювали: постійні члени від МНЗтаО; члени Ради міністра; представники департаменту загальних справ (директор та від відділів – адміністративного і фінансового – 3 особи); представники департаменту медичного (директор та з відділів – лікарських закладів, фармацевтичного і санітарно-курортного – 4 особи); представники санітарного департаменту (директор та з відділів –

епідемічного, санітарної просвіти і фізичного розвитку – 4 особи); представники департаменту опікування – 3 особи; представники відділу медичної освіти – 2 особи; представники відділу судової медицини і медичної експертизи – 2 особи; представник статистичного відділу – 1; представник видавничого відділу – 1; представники санітарно-технічного відділу – 2 особи і юрисконсульт міністерства – 1.

До складу комісії були включені також представники громадських медично-санітарних організацій, зокрема: представники організацій м. Києва (члени управи з відділу народного здоров'я і завідуючий цим відділом – 2 особи); представники народної санітарної організації Київської губернії (члени управи з медичного відділу і завідуючий медично-санітарним бюро – 2 особи) і представник організаційного бюро зі скликання Всеукраїнського з'їзду лікарів – 1.

До роботи цієї комісії також залучались представники військово-санітарного та морського санітарного відомства, представники санітарної управи Міністерства шляхів, представники місцевих вищих наукових медичних установ, делегати з'їзду санітарних організацій органів місцевих самоврядувань держави, представники Української спілки лікарів, представники Київської спілки лікарів і представники Товариства київських лікарів.

Комісія з реорганізації медично-санітарних справ мала право з відома міністра залучати для підготовки спеціальних питань або запрошувати на окремі засідання різних корисних для справи фахівців, а також осіб, зацікавлених у вирішенні тих чи інших справ.

Про обсяг і значення роботи, проведеної цією комісією, свідчить навіть перелік заслуханих і обговорених доповідей, які мали стати науково обґрунтованою основою нормативно-правових документів, прийнятих владою.

Так, представник Київського губернського земства лікар Наумченко М. зробив доповідь на тему «Про організацію лікарсько-санітарних управлінь в

губерніях», в якій проаналізував діяльність лікарських відділів (відділень, управ, управлінь) губернських правлінь та органів місцевого самоврядування (земського і міського) і запропонував передати максимум функцій з управління охороною здоров'я останнім, а замість міських та повітових лікарів ввести посади судових лікарів, посиливши їх спеціальними структурами (зокрема, лабораторіями) та зробивши частиною судової влади.

Завідувач санітарного бюро Харківського губернського земства Ігумнов С. у своїй доповіді «Про земські санітарні органи у зв'язку з новими завданнями і обов'язками, покладеними на них» повідомив, що губернське земство повністю взяло на себе функції лікарського відділу губернського правління, ліквідованого Харківською радою робітничих, солдатських і селянських депутатів [158, с. 236].

Голова комісії Кир'яков В. виступив з доповіддю «Основні положення законопроектів, опрацьованих міжвідомчою комісією проф. Г. Рейна стосовно Головного управління державної охорони здоров'я і його периферійних органів».

У цих проектах компетенція управління формулювалася так: Головне управління державної охорони здоров'я (далі – ГУДОЗ) є найвищим органом у справі охорони народного здоров'я, здійснює керівництво лікарським і санітарним відділеннями, усіма заходами, спрямованими на підняття рівня здоров'я і сили населення України.

Вони ж визначали і головні функції ГУДОЗ, до яких належали:

1. Керівництво діяльністю підлеглих йому органів управління з лікарської, санітарної, судово-медичної і фармацевтичної частин.
2. Найвище керівництво заходами щодо запобігання та боротьби із заразними хворобами.
3. Узгодження і координація лікарсько-санітарної діяльності усіх урядових та громадських закладів, що беруть участь у справі охорони народного здоров'я.
4. Надання допомоги громадським закладам у їх роботі з охорони народного здоров'я.
5. Опрацювання лікарсько-санітарного законодавства.
6. Турбота

про охорону і розвиток лікувальних місцевостей та завідування лікувальними місцевостями загального користування, що належать казні.

Передбачалося, що структурними органами ГУДОЗ на місцях повинні стати: окружні лікарсько-санітарні управління з підпорядкованими їм окружними та судово-медичними інститутами і окружними санітарними та судово-медичними лабораторіями; окружні лікарсько-санітарні ради; губернські лікарсько-санітарні управління і губернські лікарсько-санітарні ради; повітові лікарсько-санітарні інспектори та їхні помічники і повітові лікарсько-санітарні ради; судові лікарі [160, с. 151].

Умови реформування губернських лікарських управлінь (далі – ГЛУ) розглядалися на засіданнях комісії 27 червня, 3 липня, 19 та 26 вересня 1918 р. Ухвали комісії були спрямовані на розширення повноважень лікарських інспекторів та ГЛУ. Так, одразу після затвердження посади інспекторів їм надавалося право здійснювати кадрові перестановки своєї канцелярії та, за погодженням із міністерством, медичного персоналу губернії. Окрім того за наказом міністра В. Любинського від 17 серпня 1918 р. їм надавалася можливість розпоряджатися коштами та кредитами, які асигнувалися міністерством на заробітну плату службовцям лікарського управління. З 4 жовтня 1918 р., інспектори отримали право приймати самостійні та остаточні рішення з кадрових питань. Для порівняння слід зазначити, що на лікарського інспектора у колишній Російській імперії покладался нагляд за діяльністю канцелярії лікарського медичного відділу губернського правління, медичними закладами, діяльністю медичного персоналу губернії. Про всі прийняті інспектором рішення належало повідомляти медичний департамент МНЗтаО. Отже, за доби правління П. Скоропадського набувала розвитку тенденція до розширення повноважень губернських лікарських інспекторів.

До компетенції губернських лікарських управлінь входило загальне керівництво та нагляд за роботою закладів охорони здоров'я у межах губернії. Вони уповноважувалися видавати дозволи на відкриття нових лікарень, аптек, стоматологічних кабінетів, медичних лабораторій та ін. З відома ГЛУ

проходило зарахування і видача дипломів учням акушерських, фельдшерських та стоматологічних шкіл, призначення фармацевтів й учнів аптекарів, а також розгляд скарг на цих працівників. В окремих випадках службовці ГЛУ були зобов'язані здійснювати медичну експертизу з кримінальних справ. Призначенням пенсій непрацездатним лікарям займалися створені при управлінні спеціальні комісії. Періодично ГЛУ мали звітувати перед міністерством про свою роботу.

Проаналізувавши перелік повноважень ГЛУ, можна зробити висновок, що за Гетьманату вони дійсно стали місцевими органами МНЗтаО. В Російській імперії діяльність лікарських управлінь зводилася до нагляду за аптеками, роботою медичних закладів, персоналу, умовами лікування хворих, продажем ліків. При цьому вони перебували у повній залежності від губернських органів влади [27, с. 42].

Комісією були розроблені тези з питань організації лікарсько-санітарної справи, у яких було передбачено основні напрямки правової регламентації діяльності МНЗтаО у цій сфері. В них, зокрема, говорилось:

1. Весь лікарсько-санітарний уклад при новому державному устрої повинен базуватись на тих же, вироблених колективною громадською медичною думкою демократичних засадах, на яких і раніше будувалась земська медицина, а саме: безоплатності, загальній доступності і рівномірності.

2. Організація і керівництво лікарсько-санітарною справою у губернії передається до міських та земських самоврядувань і лікарських кас, побудованих на підставах широкого демократичного представництва.

3. Нормально зорганізовані у медичному відношенні лікарські дільниці, з добре обладною лікарнею, здатні надавати на місцях широку медичну допомогу населенню, є у перспективі головною ланкою земської сільської медицини.

4. Лікарняна рада, склад і діяльність якої встановлюється окремою інструкцією, котру виробляють повітові санітарні ради, керує всією лікарсько-

санітарною справою на дільниці. Волосне земство організовує санітарну комісію або комітет, що за характером своїх завдань і діяльністю відповідають санітарним попечительствам.

5. Питання організації лікарсько-санітарної допомоги населенню у розмірах, що охоплює цілий повіт, а також питання про організацію всіх спеціальних форм допомоги (про будівництво лікарень, про боротьбу з епідеміями, про постачання лікарням медикаментів і обладнання, про щорічне надання звітів про витрати) належать до компетенції повітової медично-санітарної ради.

6. На попереднє обговорення цієї ради передаються всі вищезгадані питання, і через її виконавчий орган – повітове медико-санітарне бюро – реалізуються всі її постанови, які не суперечать постановам повітових земських зборів і не потребують нових кредитів, не передбачених кошторисом. Склад і компетенція повітових медично-санітарних рад і повітового медично-санітарного бюро встановлюються окремою інструкцією, яка розробляється на місцях.

7. Інші форми лікарсько-санітарної допомоги населенню, які не можуть здійснювати волосні і повітові земства, надає губернське земство, яке допомагає земствам повітовим та волосним у розробленні загальних планів, розширенні мережі лікарських дільниць, будівництва лікарень і їх фінансування. У цьому ж губернському земстві концентрується постачання лікарням інвентарю, медикаментів, та іншого обладнання, санітарна статистика і облік рахунків, організація середньої медичної освіти і губернських медичних з'їздів, проводяться негайні протиепідемічні заходи, здійснюється розробка загальногубернського плану боротьби з пошестями, проводяться губернські санітарні заходи і декретування санітарних постанов загальногубернського значення.

8. Губернське земство має при собі дорадчий орган – губернську медично-санітарну раду, склад і діяльність якої встановлюються окремим статутом, схваленим губернським з'їздом медичного персоналу і



представників земств. Цій раді надаються лікарсько-адміністративні функції. Виконавчим органом ради є медично-санітарне бюро губерньського земства.

9. Вищим органом для вирішення нових принципових питань і оцінки наслідків діяльності за рік усіх медично-санітарних установ губернії є губерньський з'їзд медичного персоналу і представників земств.

10. Санітарна справа повинна здійснюватись на базі дільничної санітарної організації, при чому санітарна дільниця може мати у своєму складі кілька територіальних лікарських дільниць. Санітарна організація керується вказівками губерньського з'їзду, губерньської санітарної ради і в поточній роботі, і на нараді санітарних лікарів.

11. Губерньське земство у розвиток загальних законодавчих норм видає обов'язкові санітарні постанови для всієї губернії або всього краю після попереднього погодження і резолюції повітових медико-санітарних рад.

12. Центральним органом керівництва медично-санітарною справою в Україні є Міністерство народного здоров'я та опікування.

13. Судова медицина повинна знаходитись у віданні земства, фабрична і залізнична медицина повинні бути реорганізованими на демократичних засадах і бути у постійному контакті з громадською медициною – міською та земською, маючи ті ж самі завдання і ту ж саму мету, що й громадська.

14. У лікарсько-санітарну справу, побудовану на вищезазначених засадах, входять три органічно пов'язаних за своїм головним завданням і кінцевою метою функції: лікарняна, санітарно-епідемічна і громадського опікування.

15. При новому демократичному устрої земств і міст та всіх вищезгаданих галузях лікарсько-санітарної справи треба у подальшому йти шляхом їх децентралізації і технічного оснащення спеціалізацій [96, с. 79].

Тези також конкретизувались постановкою завдань перед різними управлінськими структурами, вирішення яких, на думку авторів, сприяло б поліпшенню медично-санітарної справи і проблеми опікування в Україні. Серед поставлених завдань передбачалось:

- У справі лікування: а) збільшення кількості лікарських пунктів та дільниць відповідно до мережі, що забезпечує населення загальнодоступною і рівномірною медичною допомогою; б) технічне оснащення медичної справи на кожній дільниці, тобто забезпечення її найголовнішими формами спеціальної медичної допомоги (ізоляція і лікування інфекційних хворих, відділи для пологів); в) реорганізація лікарської діяльності губернського земства повинна іти у напрямку децентралізації, і губернські лікарні повинні перейти у розряд районних земських лікарень із спеціальними формами допомоги, з переданням функцій, пов'язаних виключно з місцевими потребами до органів місцевого самоврядування; г) організація інституту для вироблення сироваток.

- У санітарно-епідемічній справі: а) розвиток санітарної справи на зразок дільничної земської медицини, лікування і поліпшення її технічного оснащення, основну увагу звернувши на попередження епідемій; б) організація санітарно-гігієнічної лабораторії, тісно пов'язаної з районними лабораторіями санітарних лікарів у повітах і дільницях.

- У справі громадського опікування: а) організація допомоги і захисту грудних дітей (консультації для матерів у пологових установах, організація роботи ясел, дитячих садків та майданчиків); б) організація допомоги інвалідам, що втратили здатність до праці; в) децентралізована допомога психічно хворим в усіх її формах.

Також зазначалося, що комісія: 1) визнає доцільним реалізацію наведеного вище загального плану організації медико-санітарної справи, враховуючи місцеві умови кожної губернії; 2) вважає за необхідне негайну організацію при університетах України спеціальних курсів для підготовки санітарних і судових лікарів та венерологів; 3) для вдосконалення фельдшерської підготовки визнає необхідним реорганізувати відділ фельдшерської освіти і доручити санітарному департаменту МНЗтаО розробити проект реформи фельдшерсько-акушерських шкіл, врахувавши

досвід роботи земських фельдшерських шкіл і фельдшерських організацій в Україні [96, с. 80].

З метою встановлення тісного зв'язку між МНЗтаО з одного боку і земськими зборами та міськими думами – з іншого, комісією з організації лікарсько-санітарних справ була створена, як дорадчий орган, Головна санітарна рада.

Вона повинна була вирішувати такі завдання: а) обговорювати законодавчі пропозиції і заходи лікарсько-санітарної частини, що стосувалася діяльності та інтересів місцевих самоврядувань; б) розглядати державний кошторис витрат на проведення санітарних заходів та обговорення питань фінансування і сприяння органам місцевого самоврядуванням у цій галузі; в) розглядати заяви місцевих громадських організацій і управлінь, що стосувалися питань лікарсько-санітарного законодавства; г) розгляд звітів про положення лікарсько-санітарних справ у державі, а також розгляд і обговорення інших питань, стосовно яких для міністерства потрібен був висновок ради. Висновок ради обов'язково додавався при поданні справ у вищі державні органи. Головній санітарній раді для попереднього розгляду справ надавалося право створювати відповідні комісії.

Між сесіями ради, з метою отримання об'єктивної інформації про стан медично-санітарних справ на місцях, узгодження і координації діяльності у галузі народного здоров'я місцевих громадських організацій і державних установ, а також для подання висновків з проханнями про надання допомоги із казни, для задоволення місцевих лікарсько-санітарних потреб періодично скликалися наради представників губернських санітарних організацій. Засідання і наради проходили під керівництвом МНЗтаО, або особи, ним уповноваженої [141, арк. 139].

Від голови комісії з реорганізації медичних справ в Україні Кір'якова О. міністру НЗтаО була надана доповідна записка про реформування питань з медично-адміністративної та судово-медичної експертизи, в якій зверталась увага на такі її проблеми:

1) судова медицина дотична до різних галузей медицини. Тому вона повинна бути на 25% самостійною державною організацією і бути підпорядкованою вищому медичному центру України – МНЗтаО;

2) становище судово-медичної та медично-адміністративної експертизи в Україні не є достатньо добрим. Це пов'язано із недосконалістю існуючих законів, відсутністю спеціальних фахівців – судових лікарів, порушенням цілісності управлінської структури за відсутності спеціальних установ для підготовки судових лікарів, а також відповідних лабораторій для проведення судово-медичних досліджень речових доказів [143, арк. 1].

На своєму засіданні комісія розглянула «Загальні тези про стан практичної судової медицини в Україні». В результаті обговорення члени комісії зробили одностайний висновок про те, що судова медицина:

- повинна являти собою самостійну державну організацію. Вона повинна підлягати лише вищій медичній установі, якою в Україні є МНЗтаО, оскільки судова медицина має зв'язок майже з усіма галузями медицини;

- функції практичної судової медицини повинні виконувати спеціально підготовлені лікарі, які мають називатись державними судовими лікарями. Нинішні міські та повітові лікарі мають змінювати свою посаду на судових лікарів, оскільки вони практично вже підготовлені до виконання обов'язків судових лікарів. Їх обов'язки перед містом або повітом мають розподілятися між ними рівномірно, а надалі призначення на вакантні посади судових лікарів повинні проводитися за встановленим порядком;

- усі судово-медичні експертизи мають проводитись державними судовими лікарями, котрі мають для цього спеціальну підготовку. Залучення ж до таких експертиз інших лікарів можуть бути можливим тільки у випадках крайньої необхідності. Право запрошувати лікарів-експертів за своїм вибором, яке закон надає суду й сторонам, повинно проводитись тоді, коли до складу зазначених експертів, як у карних, так і у цивільних справах, були запрошені і державні судові лікарі;

- аби надати змогу судовим лікарям проводити експертизу на науковому рівні, потрібно забезпечити для їх роботи відповідні умови. Так, для огляду живих осіб повинні бути обладнані кабінети при окружних судах, а де таких немає – при кабінетах судових лікарів. Для секції мертвих тіл повинні бути відведені спеціальні кімнати, а де це можливо – спеціально пристосовані до цього приміщення, де можна було б робити мікроскопічні та попередні хімічні аналізи. Окрім цього, у кожного судового лікаря повинен бути спеціально підготовлений помічник;

- як один із факторів справедливого забезпечення прав громадян, судові лікарі повинні бути незалежними у своїй діяльності від місцевих впливів і від впливів відомств, які вони обслуговують. Для цього вони повинні бути матеріально забезпеченими, користуватися усіма привілеями урядової служби та їх правове становище має бути на належній висоті;

- аби судові лікарі завжди виконували свої обов'язки відповідно до сучасних вимог науки, їм треба надати можливість відновлювати і поповнювати свої знання шляхом періодичних наукових відряджень на спеціальні курси при судово-медичних кафедрах, або при судово-медичних інститутах;

- другою експертною інстанцією має бути постійний колегіальний губернський орган у складі: губернського судового лікаря, його помічника й одного із судових лікарів губернського міста. При проведенні експертиз цей орган має бути дорадчою інстанцією, до складу якого окрім вищезгаданих осіб запрошується представник судово-медичної кафедри, якщо така є в місті, відповідний лікар-клініцист, або якийсь інший лікар-фахівець і по одному лікарю від зацікавленої сторони, якщо закон дозволяє таке представництво;

- третьою і останньою інстанцією повинна бути судово-медична рада, яка має створюватись при МНЗтаО на основі її особливого статусу;

- з метою підготовки лікарів до судово-медичної діяльності та для поповнення теоретичних і практичних знань судових лікарів, і для проведення

хімічно-мікроскопічних дослідів, використовувати можливості судово-медичних інститутів [141, арк. 203].

2 вересня 1918 р. Міністром НЗтаО В. Любинським був підписаний наказ про створення постійної підкомісії з реформування медично-адміністративної та судово-медичної експертизи. Керівником її був призначений професор кафедри судової медицини Київського медичного інституту В. Таранухін. Товаришем (заступником) голови став фахівець відділу судової медицини В. Левицький. Членами комісії були обрані лікарські інспектори з Київщини Р. Черненко та І. Судаков, з Волині – П. Лебедев, представник міністерства юстиції І. Сосунов, представник кабінету науково-судової експертизи при судовій палаті Н. Туфанов, співробітник кафедри судової медицини Київського медичного інституту В. Рожанівський, старший повітовий лікар Чернігівської губернії Д. Деполович [143, арк. 3].

Того ж місяця Міністром НЗтаО був підписаний законопроект про утворення судово-медичної ради. В ньому говорилось: «Утворити тимчасово при відділі судової медицини і медичної експертизи МНЗтаО судово-медичну раду з метою вирішення питань, які потребують висновку вищої у державній інстанції судово-медичної експертизи і асигнувати в розпорядження МНЗтаО з коштів державної скарбниці в рахунок кошторису 1918 р. 3 467 крб. на утримання вищезазначеної ради з 1 листопада цього року» [132, арк. 200].

У цьому законопроекті зазначалось:

- Судово-медична рада при відділі судової медицини й медичної експертизи МНЗтаО тимчасово, до утворення загальної медичної ради є вищою інстанцією для вирішення питань, які стосуються судово-медичної й медично-адміністративної експертиз щодо справ, які порушуються як судовими, так і іншими адміністративними установами держави та потребують висновку третьої і вищої в державі інстанції судово-медичної експертизи.

- На розгляд і для відповідного висновку судово-медичної ради подаються також всі законопроекти, які стосуються питань судово-медичної і медично-адміністративної експертизи.

- До складу судово-медичної ради входили: постійні члени – начальники відділу судової медицини і медичної експертизи міністерства, помічник міністра й фахівці за різними галузями судової медицини, представники кафедр судової медицини місцевих університетів; за окремим запрошенням судово-медичної ради консультанти, у кількості однієї особи із кожної з галузей медицини, відповідно до рекомендації місцевих медично-наукових установ і товариств з правом ухвального голосу, а також юрист-консульт з дорадчим голосом.

Судово-медична рада обирає до складу своїх постійних членів терміном на один рік Голову, його заступника, котрі затверджуються міністром, і секретаря, яким повинна бути особа, котра обіймає штатну посаду у відділі. Висновки судово-медичної ради викладаються у формі журнальних постанов і підписуються усіма членами, які беруть участь у вирішенні справи. Засідання судово-медичної ради вважаються дійсними, коли присутні не менш як 2/3 постійних членів ради.

Справочинство Судово-медичної ради провадиться через канцелярію відділу судової медицини й медичної експертизи у звичайному по міністерству порядку [132, арк. 201]. Архівні матеріали Міністерства народного здоров'я та опікування свідчать про спроби державних органів взяти до своєї компетенції соціальний захист населення. За період правління П. Скоропадського в Україні система державних органів соціального захисту населення перебувала на стадії формування.

Першим законодавчим актом у цій справі була затверджена 25 травня 1918 р. Постанова Ради міністрів про переведення до складу МНЗтаО департаменту державного опікування, який був сформований у січні 1918 р. при Міністерстві внутрішніх справ Української Народної Республіки [127, арк. 68].

Протягом 1918 р. серед інших законодавчих актів департаменту державного опікування були прийняті також: «Положення про Головну раду державного опікування» і «Положення про місцеві органи державного опікування».

Зокрема, «Положення про Головну раду державного опікування» визначало її як вищий орган керівництва справою державного опікування в Україні. Рада утворювалась при МНЗтаО і повинна була також об'єднувати зусилля і координувати діяльність усіх установ держави у сфері опікування.

На розгляд ради виносилися такі питання: а) загальний план розвитку державного опікування; б) усі пропозиції щодо видання нових законів, або ж відміну, доповнення і зміну існуючих; в) проекти наказів і правил для місцевих установ піклування, проекти окремих статутів; г) загальне справочинство щодо діяльності усіх установ піклування; д) загальнодержавний кошторис видатків на піклування і пропозиції щодо заходів фінансової співучасті для місцевих органів; е) призначення ревізій діяльності відомств, товариств і установ та подання пропозицій про їх реорганізацію або ліквідацію; ж) планування періодичних з'їздів з проблем опікування; з) справи, що стосувалися піклування, передавалися на затвердження Ради вищими державними установами і МНЗтаО.

До складу Головної ради входили: директор департаменту, віце-директор, начальники відділів департаменту державного опікування, існуючі при департаменті консультанти та інспектори МНЗтаО, представники інших департаментів згаданого міністерства за призначенням міністра; представники міністерств: фінансів, народної освіти, торгу і промисловості, юстиції та праці по одному від кожного міністерства за призначенням відповідного міністра; представники Рад опікування губернських і міст Києва, Харкова, Одеси, Катеринослава – по одному від кожного; представники установ і товариств, діяльність яких розповсюджувалась на всю Україну, по одному від кожного, представники Всеукраїнського союзу земств і союзу міст.



Як постійні органи головної ради створювалися окремі наради – опіки дітей і опіки дорослих, обов'язком яких була розробка усіх питань, що підлягали обговоренню в Головній раді.

Окрема нарада опіки дітей відала питаннями щодо способів опіки дітей, охорони материнства й дитинства, боротьби з дитячою смертністю, турбувалася опікою безпритульних дітей і дітей-хроніків, дитячими колоніями, налагоджувала освіту дітей, що підлягали опікуванню.

Окрема нарада опіки дорослих відала справами непрацевдатних і працевдатних дорослих, організацією допомоги калікам, хронічно хворим, старим людям, організовувала боротьбу з жебрацтвом та застосовувала примус до осіб, що ухилялись від праці, опікувалася сліпими, глухонімими і т. ін.

Зазначені наради відали також справами приватної благодійності, а саме: здійснювали нагляд за установами приватної благодійності, розподіляли асигнування держави, розробляли зразкові статuti, накази і форми справочинства для благодійних установ, встановлювали порядок збору і систематизації відомостей щодо приватної благодійності тощо.

До складу окремих нарад входили: Голова, директор департаменту або його заступник, начальники відповідних відділів, консультанти та інспектори піклування і окремі особи за запрошенням міністра НЗтаО [126, арк. 20-22].

Що ж стосується «Положення» про місцеві органи державного опікування, то воно регламентувало наступні питання у сфері державного опікування:

1. Органами державного опікування на місцях були міські та земські, які здійснювали свою діяльність за допомогою губернських та повітових рад державного опікування, а також дільничних і волосних попечительств про громадян, що потребують громадської допомоги.

2. На них покладался загальний догляд, керівництво і узгодженість діяльності усіх інституцій та установ державної, громадської й приватно-благодійної допомоги тим громадянам, які її потребували.

У своїй діяльності ці органи керувалися нормативно-правовими актами Головної ради державного опікування [126, арк. 16].

Поряд з ними у справі соціального захисту населення діяли й інші громадські установи, зокрема такі як дільничні попечительства. Для них також було розроблене окреме «Положення», у якому передбачалося:

Безпосереднє надання допомоги тим, хто її потребує, на місцях доручалося місцевим сільським, волосним, і міським дільничним попечительствам. Дільничні попечительства встановлювалися повітовими і міськими радами опікування. У повітах попечительства знаходились при волосних, селищних органах місцевого самоврядування і здійснювали свою діяльність у межах відповідних районів, у містах межі діяльності попечительств вирішувались міською думою. Попечительства складались з осіб чоловічої і жіночої статі, не молодше 18 років та представників установ і професійних спілок, які допомагали справі опікування та допомоги тим, хто її потребував, чи то грошовими внесками, чи особистою працею. У члени попечительств приймала рада попечительства.

Загальні збори попечительства обирали зі свого складу раду в особі Голови, його товариша, секретаря і членів у кількості, визначеній радою. До ради попечительства входили по одній особі, що були обраними земськими зборами і міською думою [126, арк. 23].

При департаменті опікування МНЗтаО 16-17 липня 1918 р. відбулася нарада представників місцевих органів самоврядування, присвячена справі державного опікування. На ній були присутні представники лікарсько-санітарних рад, комітетів допомоги військово-скалічених, відділів громадської опіки покинутих дітей.

Перш за все, нарада детально розглянула складені департаментом державного опікування проекти «Положень» про Головну раду та про місцеві органи опікування. Учасники наради обговорили також широке коло питань соціального захисту населення – умови організації курсів для підготовки фахівців опікування, визнання міських і земських органів місцевого

самоврядування тимчасовими виконавцями державної політики у сфері соціального захисту населення України.

Таким чином, процес становлення державних органів соціального захисту населення в Українській державі розвивався під впливом тих же факторів, як позитивних, так і негативних, що і процес становлення державних органів загалом. Вперше в Україні соціальний захист населення був поставлений у ранг державної політики.

### **2.3. Нормативно-правове регулювання діяльності Міністерства народного здоров'я та опікування і його структурних підрозділів**

Основи соціальної політики у сфері охорони здоров'я та державного опікування, статут Міністерства та напрямки його діяльності формувалися вже у ході його безпосередньої діяльності. На їх творення вплинули принаймні два чинники. По-перше, необхідно було розв'язати гострі проблеми галузі, породжені здебільшого Першою світовою війною та соціальною напругою. Це – відсутність чіткого механізму взаємодії центральних та місцевих органів охорони здоров'я, надзвичайно складна епідемічна ситуація, залишена без засобів до існування мережа притулків колишніх благодійних відомств Російської імперії, наявність соціально незахищених категорій населення, які потребували невідкладної повсякденної державної підтримки (колишні військовополонені, інваліди війни, діти-сироти). По-друге, належало врахувати перспективи діяльності Міністерства: створення власної правової бази та системи місцевих органів, реформування відповідно до вимог часу всіх складових галузі охорони здоров'я та опікування, формування підвалин нової медичної освіти, власної хіміко-фармацевтичної промисловості, судової медицини, організацію наукового дослідження курортних місцевостей України та ін.

Характерною особливістю процесу пошуків головних шляхів розбудови національної системи охорони здоров'я та державної опіки стало залучення до обговорення життєво важливих питань цієї галузі широких кіл громадськості та представників органів місцевого самоврядування.

Позитивне значення у розбудові охорони здоров'я та соціального захисту мало обговорення проблем галузі на фахових з'їздах представників медичного загалу, організацій і установ опіки.

Першим форумом діячів медицини за Гетьманату став II з'їзд Фельдшерсько-акушерської спілки, який проходив у Києві 22-26 травня 1918 р. На ньому, враховуючи факт «державної незалежності України», було утворено Всеукраїнську спілку лікарських помічників, помічниць та акушерок.

10-12 липня 1918 р. тривав I Всеукраїнський з'їзд делегатів союзів «увічних вояків». Його учасники повністю схвалили основні напрямки державної політики у справі соціальної допомоги інвалідам війни [58, с. 2]. Проблеми реформування «зуболікарської освіти», становище стоматологічних закладів, умови життя та праці їх лікарів обговорювалися 14-16 липня 1918 р. у Києві на I Всеукраїнському делегатському з'їзді зубних лікарів [25, с. 40].

Ухвали з'їзду представників санітарних організацій, який відбувся 20 вересня 1918 р., лягли в основу розробки нового санітарного законодавства Української держави.

11-14 жовтня 1918 р. проходив II Всеукраїнський з'їзд лікарів України. Про активність представників медичного загалу у роботі форуму свідчив той факт, що на початку жовтня до його організаційного бюро надійшло понад 40 виступів із усіх губерній України. 4 жовтня 1918 р. «Бюлетень інформаційного бюро МНЗтаО» констатував, що «II Всеукраїнський з'їзд лікарів викликає зацікавленість у всіх лікарських спілках Києва та провінцій» [25, с. 43].

Коло проблем, які обговорювалися на з'їзді, стосувалося діяльності Всеукраїнської спілки лікарів, покращення побуту та умов праці медичного

персоналу, реформування існуючого санітарного законодавства відповідно до нових реалій життя, формування принципів лікарської етики, розвитку земської медицини та поширення медичних знань серед пересічного населення України [25, с. 44]. У переважній більшості випадків з'їзди підтримали курс МНЗтаО, а відтак і державні засади у сфері охорони здоров'я та опікування.

У кошторисі власних витрат МНЗтаО на 1918 р. передбачалося отримати з Державної скарбниці 263 333 крб. на підтримку медичних закладів [154, арк. 14]. Частина з них планувалося асигнувати на облаштування нових лікарських закладів. Проте виділена з Державної скарбниці сума виявилася значно меншою. Через це МНЗтаО надавало матеріальну підтримку лише тим регіонам держави, місцева влада яких не могла самостійно відкрити медичні заклади [154, арк. 5].

Результативність роботи медичних закладів Української держави не в останню чергу залежала від забезпечення їх препаратами, перев'язочними матеріалами та хірургічними інструментами. За умов їх дефіциту на нараді завідувачів губернськими санітарними бюро 22-25 травня 1918 р. було піднято питання про забезпечення закладів охорони здоров'я медикаментами та обладнанням зі складів установ колишньої Російської імперії. На той час у Києві вже діяла спеціальна демобілізаційна комісія у складі представників відомств, які мали медико-санітарні установи, МНЗтаО та губернських земських управ. На місцях працювали підпорядковані їй аналогічні губернські комісії, до яких входили лікарі санітарних бюро, уповноважені МНЗтаО, члени земських управ, військово-санітарних установ та громадських організацій. Під наглядом уповноважених МНЗтаО здійснювався розшук та облік майна. Його збір та охорона проводилися за розпорядженням губернської земської управи та з дозволу губернської демобілізаційної комісії [71, с. 112].

Важливе значення мало й рішення про надання державної фінансової підтримки «міським та земським інституціям та заступаючим їх установам на

санітарні та протипошесні заходи». Ця ухвала визначала терміни і види фінансової допомоги: термінова, безповоротна (для громад із обмеженими фінансовими можливостями), довгострокова (повернення коштів протягом 20-ти років), безвідсоткова позичка. Частину коштів передбачалося передати на розбудову мережі медичних закладів [71, с. 113].

Труднощі щодо забезпечення медичних закладів спеціалістами відповідної кваліфікації поставили на порядок денний питання про удосконалення системи медичної освіти. На час приходу П. Скоропадського до влади вищу фахову освіту студенти отримували на медичних факультетах університетів Києва, Харкова, Одеси. З метою розширення мережі медичних факультетів у серпні 1918 р. у Києві був організований перший медичний факультет Українського університету.

Важливою подією в системі медичної освіти стало заснування 2 серпня 1918 р. Київського клінічного інституту Київської професійної спілки лікарів, що мав власні поліклініку, стаціонар, лабораторії і став першим в Україні закладом удосконалення лікарів, який 24 квітня 1919 р. було націоналізовано.

15 серпня 1918 р. за поданням Ради міністрів гетьман України Павло Скоропадський видав закон про заснування Українського державного університету з медичним факультетом. За наказом міністра народної освіти і мистецтв М. Василенка викладачами факультету було призначено приват-доцента Університету св. Володимира доктора медицини О. Корчака-Чепурківського – професором на кафедрі гігієни і деканом факультету; професорами і виконуючими обов'язки – професорів В. Константиновича, А. Тржецького, М. Нещадименка, Є. Черняхівського, М. Вовкобоя [132, арк. 31]. 5 жовтня 1918 р. відбулось урочисте відкриття університету, створеного на базі існуючого вже рік Українського народного університету.

Влада Української держави планувала відкрити ще чотири українські університети – у містах Одесі, Харкові, Катеринославі, Кам'янці-Подільському, але встигла заснувати його лише в останньому місті. Медичні

факультети, крім Києва, мали бути в Харківському і Одеському українських університетах.

За підтримки гетьманського уряду в 1918 р. у Києві створено Українську Академію Наук (з 1921 р. – Всеукраїнська Академія Наук), яка складалася з трьох відділів – історико-філологічного, фізико-математичного і соціально-економічного. До фізико-математичного відділу з Українського Наукового Товариства у Києві було передано Мікробіологічний інститут (директор – професор Ф. Омельченко), створено науково-дослідні кафедри анатомії (завідувач – акад. А. Старков), експериментальної медицини і епідеміології (завідувач – акад. Д. Заболотний), народного здоров'я, гігієни та санітарії (завідувач – акад. О. Корчак-Чепурківський). Почала працювати Медична секція, яку очолив акад. О. Корчак-Чепурківський [13, с. 71].

Розширювалася також мережа закладів, які готували спеціалістів середньої ланки. За доби Гетьманату центрами підготовки таких кадрів стали губернські земські школи Харківщини, Полтавщини, Чернігівщини, Катеринославщини, Київщини та Волині. У фельдшерській школі навчання тривало три роки. Після її закінчення учні отримували кваліфікацію «фельдшер I розряду» та «фельдшер II розряду».

Водночас, із використанням праці так званих «ротних фельдшерів» виникла складна проблема, до розв'язання якої було залучене і МНЗтаО. Справа в тому, що вони, здебільшого не маючи належної медичної освіти, не могли надавати кваліфікованої допомоги хворим і обіймали посади, на які претендували безробітні лікарі та фельдшери. На II Всеукраїнському з'їзді Всеукраїнської спілки лікарських помічників, помічниць та акушерок неодноразово наголошувалося на тому, що «ротні фельдшери» через свою фахову некомпетентність нерідко дискредитували саму ідею кваліфікованої лікарської допомоги [25, с. 38].

Практикуючі лікарі могли підвищити свій фаховий рівень. Цьому сприяла організація спеціальних курсів. Їх було започатковано за ініціативою МНЗтаО, яке в середині літа 1918 р. організувало курси перепідготовки для

лікарів судової медицини [125, арк. 1], а також вело підготовку до відкриття курсів підвищення кваліфікації санітарних лікарів.

В цей час гостро постала проблема підготовки кваліфікованих кадрів лікарів-експертів. Відділу судової медицини та медичної експертизи перш за все належало реорганізувати успадковану від Російської імперії систему судової медицини. Кафедра судової медицини Київського медичного інституту була не в змозі задовольнити попит на підготовку лікарів-експертів. Частково дефіцит відповідних фахівців компенсували повітові та міські лікарі, які тимчасово виконували їхні обов'язки. Проте з ускладненням спеціальних судово-експертних методів та методик вони нерідко виявлялися безсилими при вирішенні конкретних, досить специфічних завдань.

Потреба у реформуванні судової медицини в Українській державі наклала відбиток на розробку фахівцями відділу програми її діяльності. Програма, зокрема, передбачала забезпечити проведення судово-медичної та медично-адміністративної експертизи окремих категорій населення, участь експертів у розслідуванні кримінальних справ та ін. З цією метою передбачалося встановити оптимальну кількість лікарів-експертів, вивчити умови життя і професійної діяльності та організувати курси підвищення кваліфікації лікарів-експертів, звільнити повітових і міських лікарів від обов'язків медико-санітарного та адміністративного нагляду; відкрити постійно функціонуючі інститути судової медицини та спеціальні лабораторії [73, с. 151].

Завідувач відділенням К. Суліма розіслав до губернських лікарських інспекторів рекомендації щодо реформування судової медицини [128, арк. 5]. В них, зокрема, визначались основні етапи цієї роботи. Перш за все губернським лікарським управлінням треба було зібрати та подати до відділу реєстр міських та повітових лікарів, які виконували обов'язки судових експертів. Тих із них, які найкраще освоїли додаткову спеціальність експертів, передбачалось атестувати «на лікарів судових». Це було необхідно для того, щоб надалі у кожному повіті працювало по два судових лікарі. Судовий лікар,



який проживав у містечку з населенням понад 50 тисяч, мав право виконувати свої обов'язки лише у межах даного населеного пункту. Водночас інший фахівець повинен був виконувати роботу по всьому повіту. Поділ повітів на дільниці із зазначенням волостей покладался на лікарські управління спільно із судовими відомствами.

Актуальними залишалися також питання щодо забезпечення експертів необхідним обладнанням. Так, 21 жовтня 1918 р. К. Суліма надіслав до губернських управлінь України запити щодо кількості необхідних наборів інструментів для проведення експертизи, можливостей їх ремонту силами лікарських управлінь [141, арк. 201]. На підставі домовленості начальника відділу судової медицини та медичної експертизи з власником київського магазину хірургічних і ортопедичних інструментів був налагоджений продаж відповідних інструментів [141, арк. 202].

Підвищення кваліфікації лікарів цієї категорії планувалося здійснювати шляхом періодичних відряджень на спеціальні курси при судових кафедрах та інститутах. У Києві передбачалося відкрити інститут судової медицини. Система судової медицини повинна була мати три рівні – місцевий, губернський та державний. Перший – лікарі-експерти у містах та повітах. Другий – губернські судово-медичні ради – постійні колегіальні органи, які мали діяти при лікарських управліннях у складі губернського судового лікаря, його помічника, судового лікаря губернського міста та ін. Інстанцією третього рівня повинна була стати Судово-медична рада – дорадчий орган при МНЗтаО [27, с. 79].

Про роботу, проведену відділом щодо реформування судової медицини, свідчать матеріали «Короткого нарису діяльності відділу судової медицини і медичної експертизи з початку існування до сучасного моменту». В ньому, зокрема, відзначалося значне збільшення грошового утримання співробітникам губернських лікарських управлінь та міським і повітовим лікарям і фельдшерам; містилися відомості про кількість лікарів, які виконували обов'язки судових експертів у державі, охарактеризовані умови, в

яких провадиться їх професійна діяльність; говорилося про постійні комісії з реформування медично-адміністративної і судово-медичної експертиз. Автори нарису показали стан підвищення наукової підготовки лікарів-експертів, подали проект повторних курсів з судової медицини, діяльність яких асигнували з державного бюджету. У стадії розробки перебував також законопроект про інститут державних судових лікарів-експертів, вживалися заходи щодо створення майстерні, де можна було б ремонтувати інструменти судово-медичної секції.

Важливим напрямком діяльності МНЗтаО була організація роботи по боротьбі з епідеміями та інфекціями. Складна епідемічна ситуація в Україні, пов'язана із загальносвітовим характером та циклічністю поширення епідемій, ще більш загострювалася під впливом негативних внутрішніх чинників. Після підписання делегацією УНР Брестського мирного договору з державами Четвертного союзу, Україна стала транзитною територією руху значної кількості людей. Все це призвело до того, що на початок травня 1918 р. губернії Української держави були охоплені епідеміями черевного, плямистого та зворотного тифу, віспи, кору, скарлатини, дизентерії. У Херсонській губернії були зафіксовані випадки холери. Існувала загроза занесення з чорноморських портів чуми. Надзвичайна епідемічна ситуація склалася на Поділлі. Газета «Нова рада» 29 травня 1918 р. констатувала: «Скрізь по повітах лютують пошесті, майже всі існуючі: всі три тифи, скарлатина, короста, що є завжди ознакою погіршення санітарно-гігієнічних умов життя населення» [22, с. 3].

Поряд з цим, Українська держава успадкувала від своїх попередниць досить слабку організацію санітарного обслуговування населення. Напередодні Першої світової війни в українських губерніях працювало всього 99 санітарних лікарів та 65 санітарних фельдшерів.

При цьому з 1914 р. санітарний персонал підлягав мобілізації до діючої армії. Так, якщо у 1913 р. на Поділлі працювали 12 санітарних лікарів, то на лютий 1915 р. – вісім, а в 1916 р. їх було ще менше [30, с. 115].

У липні 1918 р. Рада міністрів Української держави затвердила розроблений фахівцями МНЗтаО «Тимчасовий статут перестереження та боротьби з інфекційними захворюваннями». Відповідно до його положень за Міністерством остаточно закріплювався статус головного органу в організації боротьби з інфекційними захворюваннями.

Для успішної ліквідації епідемічних захворювань фахівці санітарного департаменту МНЗтаО визначили першочергові завдання відповідних центральних і місцевих органів. Перш за все, потрібно було створити правове поле, необхідне для їх вирішення, забезпечити належне фінансування протиепідемічних заходів, досягти порозуміння місцевих органів влади та органів місцевого самоврядування із санітарними представництвами окупаційних військ.

В окремий напрямок діяльності санітарних служб виділялося проведення на державному рівні широкомасштабної профілактичної роботи з попередження спалахів інфекційних захворювань. Для цього у складі санітарного департаменту МНЗтаО був створений відділ санітарної просвіти, який очолив Ю. Меленевський. Саме під його безпосереднім керівництвом була розроблена широка програма профілактичних заходів, яка включала створення постійних музеїв, пересувних медико-санітарних виставок, видавництво популярної літератури, проведення лекцій, читань [123, с. 162].

Відповідно до статей кошторису Державної скарбниці, для боротьби з епідемічними захворюваннями до кінця 1918 р. передбачалося виділити 9 млн. 695 тис. крб. [134, арк. 14]. Ця сума, причому без будь-яких коректив, і була внесена до «Розпису державних прибутків та видатків України на 1918 р.». Таким чином, запропонована Міністерством сума на боротьбу з епідеміями увійшла до першого в історії України державного бюджету [7, с. 9]. Слід зауважити, що дані асигнування йшли по статті «надзвичайні витрати».

Паралельно з українськими центральними та місцевими органами санітарії за доби Гетьманату функціонували санітарні структури окупаційних

властей. Вони проводили профілактичні заходи серед своїх військ, але й не відмовлялися від співробітництва із санітарними структурами Української держави.

У своїй роботі МНЗтаО, в першу чергу, використовувало лікарські інституції, майно та особистий персонал медично-санітарних організацій військового часу, таких як Червоний Хрест, земський та міський союзи та інші. Значну частину медикаментів було закуплено в Німеччині й розподілено між державними і громадськими медичними установами [26, с. 63].

Для координації своєї роботи та кращого медичного забезпечення і допомоги потерпілим при Міністерстві було утворено Військово-санітарний науковий комітет. У Статуті Комітету визначались основні напрямки його діяльності і призначення. У ньому, зокрема, було зазначено, що Комітет є вищою науково-дорадчою установою при Головному військово-санітарному інспекторові. До складу Комітету входили такі частини: лікарсько-вчена, медично-поліцейська, судово-медична та санітарно-адміністративна. До обов'язків військово-санітарного наукового комітету входило: 1) пошук способів поліпшення санітарних умов у військах; 2) впорядкування усіх адміністративних, господарчих справ та військових установ; 3) наукове керівництво практичною діяльністю санітарного корпусу; 4) видання підручників і порад про засоби охорони здоров'я [145, арк. 10].

Для більш кваліфікованого медичного забезпечення майже на всій території Української держави було утворено шпитальні інституції, станції, притулки, що надавали першу невідкладну допомогу потерпілим. Урядом асигновано значну частину коштів на утримання таких закладів.

Результативність роботи медичних закладів Української держави не в останню чергу залежала від забезпечення їх препаратами, перев'язочними матеріалами та хірургічними інструментами. На місцях працювали підпорядковані закладам аналогічні губернські комісії, до яких входили лікарі санітарних бюро, уповноважені МНЗтаО, члени земських управ, військово-санітарних установ та громадських організацій. Під наглядом уповноважених

МНЗтаО здійснювався пошук та облік медично-санітарного майна і обладнання. Їх збір і охорона проводилися за розпорядженням губернської земської управи та з дозволу губернської демобілізаційної комісії [71, с. 112].

Для місцевого населення були утворені медично-санітарні ради, які за підтримки уряду та вагомого асигнування коштів із Державної скарбниці організовували безкоштовні щеплення від віспи. Хоча й не всі українці їх змогли отримати (що, в основному, було пов'язане з дороговизною ліків), водночас відзначено і випадки, коли частина населення сама відмовлялася отримувати уколи вакцини. З цією метою в Українській державі проводилася агітаційна робота серед населення, роз'яснювалася йому суть хвороби, умови поширення та засоби лікування. Уже в серпні-вересні, за статистичними даними, вдалося досягти зменшення кількості уражених віспою та тифом [30, с. 112].

Проте, із середини літа перед урядом Української держави та Міністерством на чолі з В. Любинським постала нова проблема – епідемія холери. Боротьбі з холерою, яка масово розповсюджувалася на території України, МНЗтаО за підтримки уряду приділило також значну увагу. Кабінетом Міністрів було ухвалено постанову про асигнування коштів на боротьбу з холерою, виділено в 1918 р. аванс у розмірі 1 000 000 крб. [136, арк. 150].

З 29 липня 1918 р. у Київському бактеріологічному інституті щоденно виготовляли понад 2 тисячі доз протихолерної вакцини. Загони швидкої допомоги, так звані «летючі загони», які діяли ще в період подолання епідемії тифу, займалися доставкою ліків та надавали першу допомогу в містах і селах України [30, с. 123].

Після застосування всіх можливих методів боротьби з холерою на території Української держави хвороба продовжувала поширюватися. Тому 29 листопада 1918 р. Радою міністрів ухвалено нову постанову про асигнування ще 1 000 000 крб. на боротьбу з цією епідемією [117, с. 60].

У боротьбі з нею досить значну допомогу надавало і місцеве самоврядування. Їхні структури взяли під контроль якість питної води, вивіз сміття та нечистот із громадських місць, поливання базарних вулиць та майданів, що забезпечувало гігієнічні норми чистоти у боротьбі з хворобою.

Складну ситуацію відзначено й на залізницях Української держави, яка стала джерелом спалахів холери та інших інфекційних захворювань від реевакуації біженців. Міністерство домоглося закриття руху поїздів на деяких залізницях та утворило обсерваційні пункти на кордонах для огляду й лікування хворих на холеру. На ці заходи урядом Гетьманату було виділено 119 382 крб. Проте липневий страйк залізничників, нестримне бажання біженців якнайшвидше повернутися додому, не пройшовши до кінця курсу карантинних заходів, призвели до численних заторів на станціях, наслідком чого став ще більший спалах інфекційних захворювань [30, с. 125].

Враховуючи таку ситуацію, постановою Ради міністрів Української держави було асигновано в розпорядження МНЗтаО 500 000 крб. на негайні заходи профілактики та боротьбу з епідемічними хворобами, що поширювалися на залізниці [136, арк. 148].

У боротьбі з епідеміями губернські земські управи використали пересувні епідемічні лікарні, так звані «летючі загони», в інших джерелах – «епідемічні загони». Формування їхнього складу проходило з числа земського медичного персоналу [142, арк. 121].

Керівництво МНЗтаО вважало за необхідне інформувати населення і медичну громадськість про плани і результати цієї роботи, а також проводити санітарну пропаганду, спрямовану на підвищення санітарної культури народу, профілактику інфекційних та інших захворювань. З цією метою у червні 1918 р. було прийнято рішення про заснування «Вістника Міністерства народного здоров'я та опікування». Його відповідальним редактором було призначено завідувача інформаційно-видавничого відділу Міністерства Ю. Меленевського.

У кінці жовтня 1918 р. відділ санітарної просвіти, прагнучи залучити до створення популярної літератури медичний персонал країни, розіслав до повітових управ умови проведення конкурсу на кращу брошуру та листівку. Теми розробок були такими – «Наші невидимі друзі та вороги», «Тиф», «Холера», «Плямистий тиф», «Дизентерія», «Дифтерія», «Віспа», «Сифіліс», «П'янство», «Як годувати дитину». Плата авторам за одну брошуру встановлювалася залежно від обсягу матеріалу [142, арк. 105].

Завдяки співпраці МНЗтаО, санітарного департаменту з органами місцевого самоврядування вже на серпень-вересень 1918 р. в Україні вдалося досягти зменшення кількості уражених віспою та тифом.

На жаль, загострення внутрішньої ситуації в Українській державі не дозволило органам охорони здоров'я та місцевого самоврядування реалізувати плани подолання епідемій холери, тифу, віспи тощо.

Створення у структурі МНЗтаО санітарного департаменту, на який покладалося завдання боротьби з епідеміями, залучення до цієї роботи місцевих органів охорони здоров'я та самоврядування, виділення з державного бюджету значних коштів на протиепідемічні заходи, формування мережі відповідних спеціалізованих закладів, пересувних епідемічних загонів та інше – все це свідчило про реальну стурбованість тогочасних українських державників непростими питаннями епідемічної ситуації в країні.

Що ж стосується розбудови фармацевтичної галузі, то Для більш кваліфікованого медичного забезпечення майже на всій території Української держави було утворено шпитальні інституції, станції, притулки, що надавали першу невідкладну допомогу потерпілим. Урядом асигновано значну частину коштів на утримання таких закладів.

Результативність роботи медичних закладів Української держави не в останню чергу залежала від забезпечення їх препаратами, перев'язочними матеріалами та хірургічними інструментами. На місцях працювали підпорядковані закладам аналогічні губернські комісії, до яких входили лікарі санітарних бюро, уповноважені МНЗтаО, члени земських управ, військово-

санітарних установ та громадських організацій. Під наглядом уповноважених МНЗтаО здійснювався пошук та облік медично-санітарного майна і обладнання. Його реалізація була доручена фармацевтичному відділу медичного департаменту МНЗтаО. Відповідно до статуту Міністерства він повинен був забезпечити оптимальне функціонування мережі аптек, розробити умови відкриття нових аптек і стежити за їх дотриманням, надавати науково-методичну та організаційну допомогу аптекам, сприяти забезпеченню аптек фармацевтичними товарами, регулювати аптечні тарифи («аптечні каси»), опікуватися закладами фармацевтичної освіти різних рівнів. Нарешті, відділ повинен був координувати відповідну діяльність губернських лікарських управлінь (ГЛУ), а також місцевих самоврядувань – земських управ та міських дум.

У зв'язку з цим МНЗтаО, органи місцевого самоврядування надавали особливого значення розвитку приватної ініціативи на ринку аптекарських послуг. Зокрема, Міністерство спростило механізм видачі дозволів приватним особам на відкриття аптек. Так, з травня до початку серпня 1918 р. згідно зі «Статутом лікарським» дозволи на прохання громадян про відкриття аптек видавало безпосередньо МНЗтаО та його фармацевтичний відділ. Відповідно до постанови Ради міністра народного здоров'я та опікування від 15 серпня 1918 р. це право отримали уповноважені МНЗтаО у губерніях. Тим самим скорочувався термін отримання дозволів. Однак уповноважені Міністерства були далеко не в кожній губернії. У зв'язку з цим вже у вересні 1918 р. МНЗтаО надало право затверджувати дозволи на відкриття аптек губернським лікарським управлінням [27, с. 79].

Таке рішення МНЗтаО мало позитивні наслідки. По-перше, були розширені права його місцевих органів. По-друге, процедура прийняття рішень з організації аптек стала простішою. МНЗтаО намагалося впливати і на вартість ліків у аптеках. Зокрема, передбачалося розробити єдину для всіх аптек країни «аптечну таксу», тобто ціник медикаментів. Вже 13 травня 1918 р. В. Любинський підписав перше «Тимчасове доповнення» до розцінок



на медикаменти, встановлені ще за УНР [123, с. 165]. 25 червня, а потім 6 серпня 1918 р. міністром були затверджені нові, але теж тимчасові, «аптечні такси». Документи регламентували вартість медикаментів, пакувальних матеріалів, медичного посуду та оплати за приготування ліків [95, с. 3].

На засіданні Ради міністра народного здоров'я та опікування від 5 серпня 1918 р. була визнана необхідність співпраці МНЗтаО з Міністерством торгівлі та промислу при організації імпорту ліків до України. Того ж місяця при департаменті зовнішньої торгівлі Міністерства торгівлі та промислу розпочала роботу спеціальна комісія у складі представників від МНЗтаО, фармацевтичних товариств, Південно-Західної залізниці, органів місцевого самоврядування. Комісія працювала над проектом статуту бюро із закупівлі за кордоном та розподілу в Україні фармацевтичних препаратів [92, с. 3].

Міністр торгівлі та промислу незабаром схвалив розроблений комісією «Статут Державного бюро по закупці за кордоном та розподілу в Україні хіміко-фармацевтичних товарів та речей медичного обладнання». 4 вересня 1918 р. його затвердила Рада міністрів Української держави. Державне бюро повинне було функціонувати при департаменті зовнішньої торгівлі. До його компетенції належали безпосередні закупівлі медикаментів та хірургічного інструментарію, реєстрація, контроль за якістю та розподілом в Україні [130, арк. 3]. Ліки передбачалося закуповувати на підставі замовлень медичних організацій, органів місцевої влади та власників приватних аптек. Проте через несприятливі обставини бюро так і не було утворено.

5 серпня 1918 р. Рада міністра народного здоров'я та опікування ухвалила заходи для створення власної хіміко-фармацевтичної промисловості, як єдиної можливості позбавитися залежності від іноземних фармацевтичних фірм. Зокрема, МНЗтаО зобов'язувалося «... всіма засобами підтримувати та розвивати всі організації та підприємства, які можуть привести до розвитку в Україні широкої промисловості по виробництву предметів медико-санітарного постачання».

18 липня 1918 р. Рада міністра народного здоров'я та опікування ухвалила «Положення про вищу та середню освіту фармацевтів». Згідно з цим документом передбачалось відкрити при всіх університетах України фармацевтичні інститути [132, арк. 110]. Їх передбачалося відкрити при всіх університетах України, тобто у Києві, Катеринославі, Харкові, Одесі, Кам'янці-Подільському. Саме вони повинні були здійснювати підготовку досвідчених кадрів для аптечної галузі взагалі [81, с. 2].

За доби УНР питання поліпшення життя соціально незахищених громадян повинен був розв'язати утворений у січні 1918 р. у складі Міністерства внутрішніх справ Департамент державного опікування. Проте він так і не реалізував свої програмні положення. Спробу виправити ситуацію в царині опіки дорослого населення здійснив і уряд П. Скоропадського.

У травні 1918 р. для розв'язання проблем опіки цих категорій громадян при Департаменті державного опікування був утворений спеціальний відділ у справах опікування дорослих. Місцевими провідниками державної політики у цій галузі стали земські та міські управи різних рівнів.

Заклади опіки дорослих утримувались за рахунок Державної скарбниці, місцевих бюджетів та на громадські пожертви. Це стосувалося, в першу чергу, інвалідів, громадян з вадами слуху та зору, людей похилого віку, незаможних та ін. Видатки на їх опікування, за підрахунками фахівців департаменту державного опікування, мали скласти 949 307 крб. [154, арк. 4].

Щоб з'ясувати умови життя інвалідів та обсяг надання їм допомоги, Рада міністра народного здоров'я та опікування спрямувала у червні 1918 р. до губерній своїх представників. Матеріали, зібрані фахівцями МНЗтаО на місцях, засвідчили надто скрутне становище інвалідів війни. Їх мізерних пенсій ледве вистачало на злиденне життя, обтяжене браком належного медичного обслуговування та протезного забезпечення. В умовах тогочасного безробіття інвалідам було значно важче влаштуватися на роботу, ніж здоровим. Незареєстровані в органах влади інваліди взагалі не отримували ніякої допомоги.

Таким чином, перед відділом опіки покалічених вояків Департаменту державного опікування МНЗтаО постали досить складні завдання. Він мав забезпечити налагодження «... справи лікування покалічених вояків, постачання їх протезами, опікування божевільних, сліпих, глухонімих та звичайного догляду колишніх вояків, справи загальної освіти покалічених вояків та професійного їх навчання, організації трудової допомоги, юридичної допомоги...» [73, с. 149]. На підставі аналізу матеріалів про становище інвалідів, поданих представниками МНЗтаО після поїздок по губерніях України, фахівці відділу виділили чотири групи інвалідів: до першої віднесено громадян, яких належало лікувати; до другої – тих, яким була необхідна лікарсько-технічна допомога, тобто забезпечення протезами; третю склали частково працездатні інваліди, яких передбачалося забезпечити роботою та організувати різні фахові курси; і, нарешті, четверту – інваліди, які потребували юридичної допомоги [137, арк. 4].

Її мали забезпечувати органи місцевого самоврядування, до відання яких, згідно з рішеннями наради, яка відбулася у МНЗтаО 22-25 травня 1918 р., передавалися притулки для інвалідів. Вони ж повинні були розробити «... форми, склад комітетів і взаємовідношення окремих організацій допомоги покаліченим воякам з органами місцевих самоврядувань» [71, с. 118].

Окрім роботи по створенню системи соціального захисту дорослих, в Українській державі робилися спроби вирішення питання і соціального захисту дітей. Так, законом від 1 вересня 1918 р. у розпорядження МНЗтаО асигновано 480 000 крб. на допомогу інституціям, що відали опікою над дітьми та охороною материнства і дитинства.

За час правління гетьмана П. Скоропадського в Україні існували дві форми опікування дітей – утримання дітей у притулках та патронаж, коли окремі громадяни брали дітей на утримання у свої сім'ї. Але через відсутність матеріальної допомоги траплялися випадки повернення дітей до губернських земських управ [140, арк. 7]. Притулкова форма опіки дітей також перебувала у дуже тяжких умовах. Відсутність належного фінансування як з боку

держави, так і з боку місцевих земських органів, призвела до закриття ряду закладів.

Проблема фінансування закладів опіки дітей була чи не найважливішою для їх існування. Вона ж була і найскладнішою. Так, у першій половині травня 1918 р. фахівці департаменту державного опікування розробили перший кошторис витрат на опіку дітей, який, по суті, був кошторисом-прогнозом. Його статті мали забезпечити нормальні умови життя та навчання неповнолітніх у закладах опіки. Сума кошторису склала 36,5 млн. крб. щорічних асигнувань [138, арк. 12]. Проте, сподіватися на ці кошти було марно. Тому в департаменті розробили інший варіант кошторису витрат на опікування дітей протягом 1918 р. Він склав 7 млн. 150 956 крб. Розробляючи його, фахівці відділу опікування дітей МНЗтаО «враховували стан фінансів держави, а не лише відділу» [154, арк. 14].

У зв'язку з цим, на кожен захід, пов'язаний з опікою дітей, планувалося виділяти з Державної скарбниці одну третину від необхідної суми. Обмежувалося до мінімуму облаштування нових установ опіки, перевірялись усі прохання органів місцевого самоврядування та громадських спілок щодо достовірності витрат на соціальний захист дітей [138, арк. 12 зв]. Основну частину бюджетних витрат передбачалося провести через притулки колишніх благодійних комітетів та відомств Російської імперії. Зрештою, остаточна сума, запланована на опіку дітей-сиріт у проекті кошторису МНЗтаО, поданому В. Любинським на розгляд Ради міністрів Української держави, склала 6 млн. 357 306 крб. [154, арк. 12].

Досить гострою залишалася в Україні й проблема допомоги військовополоненим, які на час приходу до влади П. Скоропадського перебували в концентраційних таборах держав Четвертного союзу, а з часом почали повертатися до України.

Поштовхом до організації повернення полонених українців на батьківщину стала підписана 9 лютого 1918 р. Брестська мирна угода між УНР та державами Четвертного союзу. До вирішення цієї проблеми були

залучені Військове міністерство, Головна військово-санітарна управа, МНЗтаО.

За організацію першої медичної допомоги полоненим та подальшого їх лікування відповідав Департамент державного опікування та санаторно-курортний відділ медичного департаменту МНЗтаО. На місцях виконання їх завдань покладалося на органи місцевого самоврядування [126, арк. 16 зв].

Органи виконавчої влади та місцевого самоврядування спільно з комітетами скалічених вояків розробили програму спеціальної допомоги інвалідам війни та колишнім полоненим. За рахунок асигнувань з державного та місцевих бюджетів вони отримували медичну та санаторну допомогу. З цією метою вже 13 червня 1918 р. Рада міністрів асигнувала МНЗтаО 2 млн. крб. Державна підтримка дала можливість вже на осінь 1918 р. забронювати у медичних закладах України 20 тис. ліжок для лікування колишніх військовополонених, організувати масове виробництво протезів для інвалідів війни у Харкові, Києві, Полтаві, Катеринославі та інших містах. У багатьох населених пунктах України розпочали роботу різнофахові курси та майстерні для інвалідів. Для військових, які продовжували залишатися в полоні, була організована закупівля продовольства та предметів першої необхідності – уряд виділив для цього 1 млн. крб. Таким чином, Українська держава не залишилася байдужою до долі біженців та військовополонених [138, арк. 12].

Одним із напрямків роботи санаторно-курортного відділу МНЗтаО була організація санаторіїв для оздоровлення значної кількості інвалідів війни, колишніх військовополонених та хворих на сухоти.

Протягом травня-липня 1918 р. головна увага санаторно-курортного відділу та органів місцевого самоврядування була зосереджена на створенні мережі санаторіїв для хворих з числа військовополонених, планова евакуація яких розпочалася саме в цей час. Для приміщень під санаторії, як правило, використовувались пусті маєтки, частково відділення земських лікарень та шкіл [106, с. 3].

Перебування інвалідів у санаторіях фінансувалося державою. Наприклад, 12 червня 1918 р. директор медичного департаменту МНЗтаО Б. Матюшенко, оглядаючи лимани Одеси, висловився за можливість створення «... безкоштовної лічебниці для 200-250 «увічних воїнів», які повернуться з полону» [89, с. 3].

Практичним результатом діяльності Міністерства та органів місцевого самоврядування стало оздоровлення значного числа колишніх військовополонених та інвалідів війни. Близько трьохсот громадян поправили своє здоров'я у санаторіях Криму, близько двохсот – на лиманах Одеси.

У восьми губерніях України на середину літа 1918 р. почали діяти 25 оздоровчих закладів на 5740 ліжок. Їхня кількість у декілька разів перевищила кількість ліжок у санаторіях України напередодні Першої світової війни. Непересічне значення цих закладів полягало в тому, що у них колишні полонені безкоштовно відновлювали своє здоров'я, підірване у концентраційних таборах [106, с. 3].

Ще однією категорією населення Української держави, яка вимагала оздоровлення і складала значну групу ризику для суспільства, були хворі на сухоти. Для їх лікування та профілактики сухот серед населення МНЗтаО використало санаторії для інвалідів. Так, наприклад, 20 із 70 ліжок у санаторії повітового містечка Гадяч на Полтавщині були передані на лікування сухотних хворих. Ще у другій половині травня 1918 р. у Житомирі за сприяння губернської земської управи також був влаштований аналогічний санаторій. Проте темпи поширення захворювання були, однак, такими, що виникла нагальна потреба у спеціалізованих оздоровчих санаторно-курортних закладах. Тому на середину липня 1918 р. санаторно-курортний відділ розробив кошторис на відкриття мережі таких санаторіїв для хворих на сухоти. Їх передбачалося влаштувати у Київській, Полтавській, Харківській та Катеринославській губерніях, де на той час вже проводилися відповідні підготовчі роботи [27, с. 74].

## 2.4. Впровадження урядом нормотворчих напрацювань у практику охорони здоров'я населення

Першим документом влади Гетьманату – «Грамотою до всього українського народу» – проголошувалося відновлення повною мірою приватної власності «як фундаменту культури і цивілізації» у розбудові майбутньої Української держави. Одночасно скасовувалися всі розпорядження урядів УНР, а також Тимчасового уряду, які обмежували функціонування інституту приватної власності, повністю відроджувався процес купівлі і продажу землі. Грамотою також проголошувалося здійснення аграрної реформи на засадах «відчуження земель по дійсній їх вартості від великих власників для наділення земельними ділянками малоземельних хліборобів». Окремо наголошувалося на «повній свободі торгу» і забезпеченні широкого простору для «приватного підприємства й ініціативи» [32, с. 2].

У спадщину від Української Центральної Ради гетьманській владі дісталось одне із болючіших питань внутрішньої політики – земельне. Від його розв'язання залежали не тільки лад і спокій у державі, але й сам факт її існування. Ще 31 січня 1918 р. Центральна Рада затвердила тимчасовий закон про встановлення норми землеволодіння, яка обмежувалася 30 десятинами. Більші маєтки конфіскувалися у земельний фонд, що розподілявся серед неімущих категорій селян. При цьому скасовувалася приватна власність на землю. Земля виводилася зі сфери товарно-грошових відносин, оскільки оголошувалася загальнонародною власністю [119, с. 128].

На цей час в українському селі нагромадився великий вибуховий потенціал. Його значною мірою провокувало небажання Центральної Ради примирити прибічників та противників соціалізації землі, пропагованої українськими соціалістами. Після приходу до влади П. Скоропадського в Україні продовжували ширитися антиурядові настрої. Серед селянства розповсюджувалися чутки, що влада прагне забезпечити інтереси виключно великих земельних власників. Їх каталізатором стали представники

Української селянської спілки, партії українських есерів, які вже з перших днів гетьманування П. Скоропадського почали активну критику його дій [97, с. 2].

Влітку 1918 р. у ході селянських повстань у багатьох повітах було цілковито знищено владу гетьманської адміністрації. На початку серпня 1918 р. Міністерство внутрішніх справ України видало розпорядження про підпорядкування українських військових формувань та загонів самооборони у районах повстань командирам австро-угорських і німецьких частин. І хоча найбільші селянські повстання за допомогою австро-німецької військової сили врешті-решт вдалося придушити, проте остаточно приборкати повстанців гетьманський уряд виявився не в змозі. Можна сказати, що селянський повстанський рух став одним із головних дестабілізуючих чинників у соціально-політичному житті Української держави упродовж всього її існування.

Політичну ситуацію в Україні ускладнювала й опозиція до гетьманського уряду з боку інших соціалістичних партій. Об'єднані в Український національно-демократичний союз (у серпні 1918 р. перейменований в Український національний союз), ці політичні сили постійно й гостро критикували гетьманський режим, закликаючи своїх прихильників саботувати розпорядження влади. Самою лише критикою справа не обмежувалася – представники лівих течій соціалістичних партій часто брали участь у селянських повстаннях проти режиму. Найбільшу активність у виступах проти гетьманської влади виявляла партія Українських соціалістів-революціонерів, підштовхуючи своїм прикладом й інші соціалістичні течії до «революційної боротьби». Гетьманський департамент державної варти неодноразово доповідав навіть про підготовку соціалістичними партіями в Україні збройного повстання [41, с. 36].

Німці не могли допустити створення в Україні армії, що при першій же зміні міжнародної ситуації могла повернути зброю проти них самих. Тому за часів Гетьманату збройні сили Української держави існували лише в



кадровому вигляді, налічуючи загалом до 65 тис. старшин і вояків. Лише декілька військових з'єднань, що лишилися з часів Центральної Ради або ж слугували особистою гвардією гетьмана, було повністю укомплектовано особовим складом. До речі, сама ідея організації власної збройної сили, схоже, не знайшла належної підтримки серед населення країни.

11 листопада 1918 р. у штаб-квартирі союзників у Комп'єні делегації обох сторін підписали угоду про перемир'я. Німецька сторона зобов'язалася вивести свої війська з окупованих теренів, давала згоду на окупацію державами Антанти Рейнської області, передачу імперських військово-морських сил під контроль союзників, а також анулювати Брестський мир.

Перемога Антанти справила вирішальний вплив на політичну ситуацію в Україні. Анулювання Брестського миру означало, що питання про незалежність країни буде переглянуто західними державами і, швидше всього, вирішене на користь Росії. У ці дні російські політичні сили в Україні розгорнули справжню кампанію, намагаючись переконати уряд і громадську думку, що проросійська Антанта не допустить існування самостійної Української держави [41, с. 48].

Міжнародна ситуація, а у зв'язку з нею й внутрішнє становище в державі робилися чимдалі все більш загрожуючими. Для всіх ставало ясным, що центральні держави програли війну. Болгарія й Туреччина вже припинили бойові дії, Австро-Угорщина розвалювалася, Німеччина стояла на межі революції. Можна було сподіватись, що німці раніше покинуть Україну, ніж думалось, і що замість німців тепер безпосередньо доведеться мати справу з державами Антанти. Німці вже не ставили ніяких перешкод зносинам України із Антантою і представники німецького уряду відверто заявляли українським представникам, що вони тепер самі мусять дбати за себе і старатись увійти в безпосередні переговори з Антантою [21, с. 279].

Поразка центральних держав викликала велику зміну в настроях населення в Україні і повела до переорієнтації у бік до Атланти. Тепер, коли німці переставали бути непереможною силою, якою вона здавалася ще вчора,

коли вони могли як не сьогодні, то завтра вийти з України й полишити її, немов між молотом і наковадлом, між радянською Москвою й Антантою, погляди буржуазії й землевласників повертались в бік Антанти і від неї тільки сподівалися порятунку. «Союз хліборобів-власників» розпався на дві течії. В той час, як дрібні хлібороби подали 20 жовтня Гетьману меморандум про незалежність і суверенність України, представники великих землевласників вислали до нього делегацію, яка заявила про розуміння нею самостійності як тимчасової, переходнової форми до федерації з майбутньою оновленою Росією.

Політичні настрої ускладнювалися ще й тим, що у Києві звели собі кубло представники різних російських партій і русофільських течій як лівого, так і правого напрямку. І ті, і другі, передбачаючи перемогу Антанти, хотіли зробити Україну базою для повалення більшовиків і відбудови «єдиної-неділимої Росії».

Різка зміна зовнішньополітичної ситуації виклала дестабілізацію гетьманського режиму. На початку серпня 1918 р. на міжпартійній основі склався Український національний союз. Творці УНС ставили за мету створення міцної самостійної Української держави.

За таких обставин керівники Українського національного союзу готували своє повстання проти Української держави. У приміщенні Міністерства шляхів у Києві відбулись таємні збори представників українських політичних партій, що входили до складу Українського національного союзу, та есерів, залізничних організацій і Селянської спілки. Збори ухвалили раніше розроблений план повстання проти гетьманського режиму; намітили соціальні, політичні і національні гасла і обрали тимчасовий революційний орган для керівництва, новий український уряд – Директорію. До її складу увійшли: В. Винниченко (голова), С. Петлюра, Ф. Швець, П. Андрієвський і А. Макаренко [8, с. 107].

С. Петлюра, який став на чолі українських республіканських військ, видав у Білій Церкві «Універсал всьому українському народу і козакам його» за підписом – Головного отамана та начальника штабу отамана О. Осецького

у ставці головної команди військ Директорії. С. Петлюра оголошував себе Головним отаманом українського війська і закликав козаків до боротьби за державну самостійність України проти гетьмана П. Скоропадського, який «самозванно присвоил себе название и права Гетмана Украины». Гетьманські розпорядження й накази по війську скасовувалися, підлеглим йому формуванням пропонувалося перейти до лав військ УНР. Закінчувався «Універсал» закликом до усіх козаків, де б вони не були, збиратися у військовій частині і зі зброєю в руках рухатися до Києва – столиці України [8, с. 112].

Керівники Директорії підготовляли повстання без Національного союзу, використовуючи тільки форму союзу, коли було необхідно. Члени Українського Національного союзу приєдналися до повстання вже тоді, коли були поставлені перед фактом про його початок. В. Винниченко написав відозву Директорії до населення, яка наступного дня була поширена в Україні. П. Скоропадський оголошувався «наси́льником і узурпатором народної влади», а його уряд – протинародним і протинаціональним. Директорія закликала всіх чесних громадян, як українців, так і не українців, «стати збройною дружньою силою проти ворогів і злочинців народу».

Російським офіцерським організаціям пропонувалось скласти зброю і виїхати за межі України. Попереджались і німецькі військові частини, що український народ буде зі зброєю в руках відстоювати свою волю і незалежність [8, с. 114].

Українська держава опинилася супроти ворогів майже безборонною. Регулярна армія ще не була сформована, а різні формації переходового, революційного походження були самі по собі не дуже численні та й не зовсім певні з політичного погляду. Навіть така, здавалось би, певна частина, як Січові стрільці, була втягнута в політику і, зрештою, в змову проти гетьмана.

Але трагічним було те, що для захисту держави взагалі не знаходилося певного елемента саме серед тих, кому ідея самостійної Української держави мала бути найдорожчою. Партійне засліплення одних, нерозуміння ваги

моменту й обставин других вели державу до загибелі. І тут не допомагали ніякі заходи й намагання уряду.

Гетьман прийшов до переконання, що треба тимчасово створити такий Кабінет, до якого б Антанта поставилась з більшою довірою, ніж до Кабінету Лизогуба, і який би виявився спроможним перебути перші важкі часи безпосередніх стосунків з Антантою. І це тим більше, що, дістаючи відомості про підготовку повстання Національним союзом, Гетьман втрачав довіру членів Кабінету, що увійшли туди як кандидати Національного союзу, вважаючи їх за несвідоме, може, знаряддя у руках людей, які завзялися повалити гетьманський уряд.

14 листопада Скоропадський видав наказ про призначення нового складу Ради народних міністрів. Новий уряд на чолі з С. Гербелем наступного дня оприлюднив свою програму дій. Як першочергове завдання вона передбачала відбудову Росії на федеративних засадах «із забезпеченням Україні її державності й національної самобутності».

Того ж дня гетьман Скоропадський проголосив грамоту про федерацію України з майбутньою небільшовицькою Росією.

Події дуже скоро показали, що грамота 14 листопада не тільки не допомогла втримати цілісність України і врятувати її від руїни, але і навпаки, ще більше розпалила політичні пристрасті, давши повстанцям в руки той факт, ніби вони боронять Україну від поневолення Москвою. Гетьману довелось дуже швидко розчаруватися в надіях, що акт про федерацію з Росією здобуде йому активну підтримку з боку російських і русофільських кіл в Україні, особливо серед колишніх офіцерів російської армії. Навіть київська російська преса зустріла грамоту від 14 листопада дуже холодно. Російські й русофільські кола поклали тепер усі свої надії на Антанту без гетьмана й без Української держави. Від Антанти вони сподівалися відновлення єдиної неділимої Росії. Грамота про федерацію була зустрінута ними як своєрідне гасло, що ось тепер-то й настає час покінчити з ненависним для них

українським рухом і Українською державою з її гетьманом. Найближчі дні після 14 листопада показали це достатньо виразно [21, с. 287].

Надвечір 14 листопада відбулося конспіративне засідання УНС, учасники якого одностайно виступили за початок антигетьманського повстання під керівництвом Директорії у складі В. Винниченка (голова), С. Петлюри (головний отаман повстанських військ), Ф. Швеця, П. Андрієвського й А. Макаренка. Для практичної підготовки виступу її члени виїхали до Білої Церкви, де розміщувався окремий загін Січових стрільців під командуванням Є. Коновальця.

15 листопада, на наступний день після появи федеративної грамоти, Директорія оголосила загальне повстання проти Гетьмана П. Скоропадського, який «останнім зрадницьким актом» скасував державну незалежність України й віддав український народ «на поталу поміщицько-бюрократичній реакції і на цілковите національне поневолення». Було задекларовано відновлення в Україні режиму УНР. На бік Директорії перейшли сформовані ще за часів Центральної Ради військові частини. 20 листопада 1918 р. Директорія видала звернення до всіх воюючих і нейтральних держав, у якому повідомила про повалення в Україні гетьманської влади й відновлення УНР.

Після перших перемог над гетьманськими військами фактично усі терени України охопило селянське повстання проти режиму П. Скоропадського. Повсталі знищували гетьманську адміністрацію, здійснювали перерозподіл землі тощо. Військо Директорії УНР стрімко зростало за рахунок напливу численних селянських загонів. На кінець листопада 1918 р. під контролем гетьманської адміністрації залишались практично лише окремі губернські та повітові міста України. Київ звідусіль було оточено республіканськими частинами.

Німецькі й австро-угорські дивізії вже нічим не могли допомогти гетьманському режимові. Деморалізовані та пригнічені звістками про події на батьківщині, війська Центральних держав переживали в Україні не найкращі часи й готувалися до евакуації. 16 листопада командувач німецьких військ в

країні генерал Кіркбах видав наказ офіцерам і воякам зберігати нейтралітет у громадянській війні, що охопила Україну. Того ж дня перший потяг з німецькими вояками вирушив на захід. Відразу ж після початку протигетьманського повстання німецьке командування приступило до виведення своїх військ з України [41, с. 51].

За такого стану речей оборона Києва ставала все більш безперспективною. Україна швидко котилася по похилій площині до руїни й подальша боротьба за Київ уявлялася тільки даремним проливанням крові. Українську державу вже не було більше кому оборонити. Українська національна демократія разом із світською Москвою її валили. Русофільські й російські антибільшовицькі кола протягали руки до Антанти, щоб та відновила єдину неділиму Росію [21, с. 290].

12 грудня розпочалися вирішальні бої за Київ. 14 грудня опівдні Павло Скоропадський віддав наказ про припинення опору та підписав відречення від влади: «Я, Гетьман усієї України, протягом семи з половиною місяців прикладав усіх своїх сил, щоб вивести країну з того важкого становища, в якому вона перебувала. Бог не дав мені сил впоратися із цим завданням. Нині я, з огляду на умови, які тепер склалися, керуючись лише благом України, від влади відмовляюсь». Зречення П. Скоропадського було надруковане 15 грудня 1918 р. у газетах «Відродження», «Наш путь», «Мир» [76, с. 378].

Після зречення П. Скоропадського Рада міністрів склала з себе повноваження й передала владу Директорії [147, арк. 1].

Захисники гетьманського режиму намагалися не помічати того, що причиною невдоволення значної частини українського суспільства, його політикою стала невисока соціально-економічна ефективність держави і те, що держава того періоду будувалася на підмурках консервативної ідеї, непопулярної серед широких верств. Критики режиму закидали йому цілковитий брак національної спрямованості, орієнтацію на інтереси великого капіталу й землевласників. Частина науковців поділяли традиційну ще для радянських часів тезу про те, що Гетьманат як форма політичного правління

став кроком назад проти республіканського устрою УНР доби Центральної Ради. Цей постулат впливав з марксистської схеми, згідно з якою монархічна форма правління є носієм консерватизму, реакції, регресу, а республіканська – демократії та прогресу. З огляду на це Український Національний Союз заявляв, що дійсним, законним представником Української держави може бути тільки той уряд, який спиратиметься на широкі, демократичні маси українського народу. Тільки коаліційно-демократичний національний кабінет міністрів має право тимчасово, до нормального сформування народної влади, стати на чолі державної роботи. Більшовики з українського табору висловлювали думку про те, що з установленням режиму П. Скоропадського в Українській державі задовольнялися інтереси кількісно незначної соціальної групи (великих землевласників), тоді як основні «народні маси» не вважалися гетьманським урядом за повноправний об'єкт економічних, політичних і власне будь-яких інших суспільних і правових відносин.

Широкий і неупереджений погляд на події виявляв неспроможність таких підходів до аналізу конкретних історичних та політичних подій. За певних обставин монархічний режим зовсім не виключає, а часто й забезпечує прогрес у соціально-економічному житті, використовуючи демократичні механізми управління державою [103, с. 240].

Сфера охорони здоров'я за доби правління П. Скоропадського належала до одного з пріоритетних напрямків діяльності його уряду. При цьому вона, як і інші аспекти внутрішньої політики, перебувала під впливом різних чинників: економічної розрухи, фінансових труднощів, кадрових проблем, повстань селян та страйків робітників. Напругу створювали закликані ще Центральною Радою багатотисячні окупаційні війська Австро-Угорщини та Німеччини. Відступ від соціалістичних орієнтирів УНР та кардинальний поворот урядового курсу П. Скоропадського викликав опір прихильників Центральної Ради. Суспільство, і без того поляризоване, набуло ще більших антагонізмів. Опозиційні настрої певної частини населення заважали конструктивній діяльності міністерств та відомств держави.

Механізми реалізації політики держави у сфері соціального захисту населення визначались у таких нормативних документах: «Положення МНЗтаО про опіку дітей» (перша половина липня 1918 р.); «Програма діяльності Департаменту Державного Опікування» (17 липня 1918 р.); «Положення про місцеві органи державного опікування» (17 липня 1918 р.); «Проект штатів Департаменту Державного Опікування» (3 вересня 1918 р.).

На жаль, значна частина підготовлених міністерством В. Любинського законів так і лишилася на стадії законопроектів. Зокрема, не були ухвалені «Проект закону про курортні місцевості України»; «Проект про Вищу фармацевтичну раду» (15 липня 1918 р.); «Проект про Головну раду у справах державної опіки» (17 липня 1918 р.); «Проект про Медичну раду» (14 серпня 1918 р.); «Проект про Головну санітарну раду» (12 вересня 1918 р.); «Проект розробки списків санітарно-технічного облаштування міст» та ін. Причиною цього перш за все став брак часу для їх остаточного прийняття [26, с. 73].

Загострення внутрішньої ситуації в Українській державі не дозволило органам охорони здоров'я та місцевого самоврядування реалізувати плани подолання епідемій холери, «іспанки», тифу, віспи та ін. Проте твердження деяких істориків про байдужість урядових структур до епідеміологічних проблем суперечать фактам. Саме в Українській державі їх вирішення набуло загальнодержавного значення.

Створення в структурі МНЗтаО санітарного департаменту, на який покладалося завдання боротьби з епідеміями, залучення до цієї роботи місцевих органів охорони здоров'я та місцевого самоврядування, виділення з державного бюджету значних коштів на протиепідемічні заходи, створення мережі відповідних спеціалізованих закладів, пересувних епідемічних загонів та інше – все це свідчило про реальну стурбованість тогочасних українських державників непростими питаннями епідемічної ситуації в країні. Однак, загалом забезпечення медичних установ обладнанням, препаратами, ліками та іншими засобами залишалося недостатнім. Ситуація ще більш ускладнилася після того, як 20 листопада 1918 р. міністр шляхів В. Ландсберг у зв'язку з



загостренням політичної ситуації в Україні підписав наказ про заборону будь-яких залізничних перевезень у межах держави, і серед них – медикаментів. Незважаючи на прохання В. Любинського дозволити хоча б транспортування медичних препаратів, позитивної відповіді з боку Міністерства шляхів не надійшло [131, арк. 68].

Водночас цілий комплекс причин об'єктивного характеру не дав змоги повністю позбутися епідемічних та інфекційних захворювань в Українській державі. Перш за все її територія опинилася в епіцентрі переплетіння епідемій холери, віспи, «іспанки», які охопили не лише Україну, а й інші держави Європи та Азії. За умов війни досягти координації зусиль ворогуючих сторін у боротьбі з епідеміями було неможливо. Урядовим структурам Гетьманату не вдалося досягти відповідних домовленостей навіть із командуванням німецьких та австро-угорських окупаційних військ. Фінансові ж можливості самої Української держави не дозволили їй виділити необхідні кошти на реалізацію протиепідемічних заходів [30, с. 130].

Незріле, неструктуроване суспільство, яке не має сталих громадянських і правових інститутів, а також політичних традицій, навіть використання демократичних атрибутів не рятує від анемії влади, охлократії, корупції, економічного занепаду, соціальних потрясінь. Тому на підставі аналізу ситуації, яка склалася в Україні у досліджуваний період, можна припускати, що авторитарний режим, заснований на сильній владі й виконавській дисципліні, давав більше шансів на продовження державотворчого процесу, аніж аморфні структури схильних до нескінченних дискусій соціалістичних партій. Інше питання, як цим шансом скористався П. Скоропадський і чи дозволяли йому зробити більше внутрішні й зовнішні обставини.

## Висновки до розділу 2

На час гетьманства П. Скоропадського в уряді Української держави було створено перше в нашій історії Міністерство народного здоров'я та опікування. Нове Міністерство продовжувало справи Головної медично-санітарної управи МВС Української Народної Республіки, зосереджуючи увагу на боротьбі з епідеміями, відновленні мережі медичних закладів, правовому і матеріальному забезпеченні галузі, опікуванні над інвалідами, полоненими, над дітьми-сиротами і безпритульними.

МНЗтаО у складі 4 департаментів: медичного, санітарного, опікування, загальних справ та 6 самостійних підрозділів, підпорядкованих безпосередньо міністру В. Любинському, охоплювало всі напрямки охорони здоров'я та соціального захисту населення і відповідало поставленим перед Міністерством завданням.

Губернські лікарські управління, утворені на основі лікарських відділень губернських правлінь, отримали значні повноваження і, по суті, стали єдиними керівними структурами МНЗтаО у губерніях.

В Українській державі йшов процес становлення місцевих органів МНЗтаО. Його особливість полягала у частковому відновленні місцевих органів охорони здоров'я колишньої Російської імперії з одночасним їх реформуванням відповідно до нових умов життя.

Міністерство розпочало перегляд лікарсько-санітарного законодавства, яке не відповідало тогочасним умовам, і створювало для цього комісії та секції за різними напрямками діяльності, так була створена «Комісія з реформування лікарських управлінь». Нею було розглянуті основні положення законопроектів, опрацьованих під керівництвом проф. Г. Рейна і використаних у подальшій роботі.

З метою реформування управління медичною справою МНЗтаО Української держави було створено спеціальну Комісію під головуванням члена Ради міністра В. Кир'якова за участю провідних управлінців галузі і

представників медичної громадськості. Комісія заслуховувала і обговорювала доповіді фахівців, які ставали науково обґрунтованою основою нормативно-правових документів, прийнятих владою.

Важливим напрямком роботи Комісії була організація судово-медичної та медично-адміністративної експертизи. За доби Гетьманату були зроблені спроби створити підвалини власної судової медицини та медичної експертизи і сформувані їх теоретико-правову базу. Фахівцями відділу судової медицини та медичної експертизи був розроблений законопроект інституту державних судових лікарів-експертів, який повинен був готувати відповідних спеціалістів.

Організація боротьби з епідемічними захворюваннями за доби Гетьманату набула загальнодержавного значення. Санітарному департаменту МНЗтаО та органам місцевого самоврядування до певної міри, на скільки це було можливо за умов поширення одразу кількох пандемій – холери, «іспанки», тифу – вдалося взяти під контроль їх поширення та організувати ліквідацію. Проте, не дивлячись на виділені державні і місцеві кошти, створену мережу спеціальних медичних закладів, масові щеплення, так і не вдалося остаточно ліквідувати ці та інші епідемічні захворювання, які по суті на той час носили загальносвітовий характер.

В Українській державі були випробувані різні засоби забезпечення населення ліками та медичними препаратами. Завдяки спільним зусиллям органів охорони здоров'я, місцевого самоврядування та громадських спілок вдалося не лише зберегти мережу аптечних закладів, але й в окремих випадках навіть збільшити її, упорядкувати ціни на медичні препарати шляхом прийняття спеціальної «аптечної такси». На державний рівень було підняте питання про створення власної фармацевтичної промисловості.

Урядовим структурам Української держави вдалося врятувати від розвалу систему опікування найбільш знедолених верств населення. Відчутних результатів було досягнуто у справі опікування інвалідів війни. Окремої уваги заслуговує той факт, що Українська держава стала на захист

військовополонених, виділяючи на їхні потреби кошти з Державної скарбниці. Вони отримували повноцінну медичну, продовольчу та матеріальну допомогу.

Санаторно-курортним відділом МНЗтаО і органами місцевого самоврядування були організовані оздоровчі заклади та започатковані дослідження курортних місцевостей України. У порівнянні з попередніми роками в Україні була значно розширена мережа санаторних закладів. При цьому основний контингент тих, хто проходив у них оздоровлення, склали найбільш соціально незахищені верстви суспільства: колишні полонені, інваліди, хворі на сухоти.

Таким чином, практична реалізація теоретично-правових підвалин розбудови галузі охорони здоров'я в Українській державі покладалася на відповідні центральні й місцеві органи влади, органи самоврядування різних рівнів, громадські спілки та товариства. Координувало діяльність цих закладів Міністерство народного здоров'я та опікування.

Саме за тісної співпраці різних структур охорони здоров'я в Україні вдалося досягти певних успіхів у справі налагодження медичного обслуговування населення, вберегти від скорочення, а в окремих випадках і розширити мережу лікарняних, санаторно-курортних, фармацевтичних та спеціалізованих медичних закладів.

Сфера охорони здоров'я за доби правління П. Скоропадського належала до одного з пріоритетних напрямків діяльності його уряду. При цьому вона, як і інші аспекти внутрішньої політики, перебувала під впливом різних чинників: економічної розрухи, фінансових труднощів, кадрових проблем, повстань селян та страйків робітників. Напругу створювали багатотисячні війська Австро-Угорщини та Німеччини. Кардинальний поворот урядового курсу П. Скоропадського викликав опір прихильників Центральної Ради. Суспільство, і без того поляризоване, набуло ще більше антагонізмів. Опозиційні настрої певної частини населення заважали конструктивній діяльності міністерств та відомств держави. Чашу терпіння українських патріотів переповнило рішення гетьмана Скоропадського на

догоду Антанті, яка намагалась об'єднати всі протибільшовицькі сили, оголосити 14 листопада 1918 р. грамоту про майбутню федерацію з небільшовицькою Росією. Український Національний Союз на чолі з Директорією розпочав протигетьманське повстання, яке закінчилось перемогою і відновленням УНР.

## **РОЗДІЛ 3 ШЛЯХИ ПОДАЛЬШОГО РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ У ГАЛУЗІ УПРАВЛІННЯ СИСТЕМОЮ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗА ДОБИ ДИРЕКТОРІЇ УНР**

### **3.1. Створення і діяльність Міністерства народного здоров'я та опікування за часів Директорії УНР**

Українська Народна Республіка (далі – УНР) була відновлена у грудні 1918 р. під керівництвом вищого колективного органу державної влади – Директорії, до складу якої увійшли В. Винниченко (письменник, голова), С. Петлюра (журналіст, кандидат від Січових Стрільців, головний отаман), Ф. Швець (геолог, кандидат від Селянської спілки), П. Андрієвський (адвокат, соціаліст-самостійник), А. Макаренко (кандидат від Корпусу охорони залізниць) [158, с. 239].

Політичне і соціально-економічне становище УНР було жахливим. Після революції у Німеччині та Австро-Угорщині німецькі та австро-угорські війська евакуювались на батьківщину, і Українська держава майже без армії, зі зруйнованою економікою залишилась беззахисною перед трьома потужними ворогами – білою Добровольчою армією, польськими військами і Червоною армією більшовицької Росії.

З поваленням Гетьманату і приходом до влади Директорії УНР МНЗтаО було збережене, але дещо зі зміненою структурою. Наказом нового уряду від 26 грудня 1918 р. було призначено нового міністра народного здоров'я, яким став Б. Матюшенко.

Що ж до складу МНЗтаО, то до нього входили: міністр, товариш міністра, Рада міністра, департаменти (до складу кожного департаменту входили віце-директор департаменту, начальники відділів та інші урядовці штату). Як дорадчі органи при міністерстві існували періодичні з'їзди представників місцевого самоврядування та їхніх медико-санітарних

організацій, постійні наради завідуючих медично-санітарними відділами земських і міських управ, ради у справах опікування [42, с. 29].

Дещо пізніше, 14 січня 1919 р., Урядом Директорії було видано наказ по МНЗтаО, відповідно до якого всі урядовці усіх відомств, як у центральних урядових інституціях, так і на місцях, які були призначені за часів гетьманщини, мали бути негайно звільнені зі своїх посад. Цим законом також передбачалося, що перепризначення деяких із них може бути тільки за спеціальними поданнями відповідних начальників та за умови їх рекомендацій громадськими організаціями.

Відповідно до наказу Ради Народних Міністрів від 13 лютого 1919 р. міністром народного здоров'я став О. Корчак-Чепурківський, згодом, із формуванням нового складу УНР у м. Рівне 9 квітня 1919 р., міністром народного здоров'я спочатку призначили О. Білоуса, а пізніше – Д. Одрину [42, с. 30].

У зв'язку з тяжким санітарним станом України, яка звільнялась від ворога, перед МНЗтаО постала низка питань як принципового, так і чисто технічного характеру, розв'язання яких потребувало надзвичайно напруженої праці.

Тому міністр Д. Одрина визнав за необхідне негайно відновити діяльність Ради міністра для розгляду та розв'язання поетапних проблем і залучити до роботи у ній досвідчених фахівців.

17 листопада 1919 р. перед наступом армії Денікіна Уряд та МНЗтаО змушені були евакуюватися з міста Кам'янця-Подільського у напрямку Проскурова–Хмельника. Туди ж виїхали не лише відповідальні працівники міністерства, але й поточна документація і архів. На жаль, усі матеріали загинули в ешелоні під Чорним Островом, а працівники розбрелися по Україні. Тому, коли у лютому 1920 р. відповідно до постанови Ради Народних Міністрів було відновлено роботу міністерства, бракувало всього. Тодішній керівник міністерства товариш міністра О. Білоус запросив до міністерства сім працівників, але один з них відмовився, а п'ятеро перебували у невідомих

місяцях. Потім О. Білоус захворів, і керівництво Міністерства за наказом головноуповноваженого уряду очолив доктор В. Совачів. Фактично міністерство у той час складалося з двох осіб – доктора В. Совачіва і професора О. Черняхівського.

За згодою заступника голови Ради Народних Міністрів А. Левицького при виїзді усіх міністерств з Кам'янця до Вінниці доктор В. Совачів запросив на роботу у міністерство урядовців з відділів санітарії та опікування, залишених 17 листопада 1919 р. при уряді. Це дозволило зібрати архів та матеріали цих відділів. Із запрошених з'явився лише один директор департаменту загальних справ Л. Морейніс. Новими людьми міністерство не поповнювалось. Товаришем міністра призначено не лікаря. Коли прийшов час евакуації з Вінниці, то звідти виїхало лише шість осіб (один лікар – проф. О. Черняхівський), а коли довелось евакуюватися з Кам'янця, то виїхало лише три (жодного лікаря). За час перебування у Польщі (м. Тарнов) і після повернення звідти до Кам'янця, у міністерстві не було жодного лікаря, включаючи його керівника.

У листопаді 1920 р. МНЗтаО так і не доїхало до Кам'янця через наступ більшовиків і при другій евакуації опинилось у Ченстохові (Польща), де, не маючи ні вказівок з центру у Тарнові, ні права перебування там, до січня 1921 р. міністерство ніякої роботи не провадило [158, с. 243].

У зв'язку зі складною політичною ситуацією, відсутністю кваліфікованих кадрів і втратою важливої документації, не важко здогадатися, що коефіцієнт корисної дії МНЗтаО у час постійних переїздів був не високим [42, с. 31].

Робота МНЗтаО розпочалася з приїзду 17 січня 1921 р. департаменту загальних справ, у якому було зосереджено всю роботу по міністерству. У цей час на роботу у міністерство було запрошено докторів Є. Лукаевича, М. Равича, В. Білецького, лікаря П. Роцинського.

З січня 1921 р. обов'язки міністра НЗтаО часто виконував член Ради міністра доктор медицини Є. Лукаевич, а 30 березня 1921 р. міністром було



призначено колишнього міністра віросповідань УНР, видатного громадсько-політичного діяча українського національно-визвольного руху, лікаря і письменника І. Липу [158, с. 246].

Він поділив період переїздів міністерства на два етапи: перший – від евакуації з Кам'янця у Тарнов до його реевакуації в Україну; другий – з часу другої евакуації до березня 1921 р.

На першому етапі фактично працював лише департамент загальних справ, який упорядковував і систематизував справи всього міністерства, вів і упорядковував звітність, складав кошториси, провадив поточні справи міністерства, збирав матеріали для майбутньої праці.

На другому етапі у Тарнові працював департамент опікування, який провадив поточну роботу, а саме: утримував за кошти міністерства хворих у міській лікарні; утримував інтернат у Тарнові; надавав консультативну і грошову допомогу хворим та інвалідам; реєстрував інвалідів та біженців; разом з Червоним Хрестом організовував харчування дітей.

Враховуючи умови еміграції та брак коштів, Рада Народних Міністрів ухвалила закон про скасування МНЗтаО, який 1 вересня 1921 р. був затверджений головою Директорії С. Петлюрою [146, арк. 2].

За цим законом Міністерство ліквідувалось, а всі службовці залишалися за штатом згідно із законом від 4 червня 1921 р. «Про припинення чинності окремих державних установ, зменшення штатів державних установ та заштатну допомогу звільненим службовцям». Справи та канцелярське майно передавалося Міністерству внутрішніх справ, медично-санітарне майно – Головній управі Українського товариства Червоного Хреста. Кредити спеціального призначення по кошторису МНЗтаО мали передаватися у розпорядження Головної управи Українського товариства Червоного Хреста після погодження міністрів внутрішніх справ і фінансів та державного контролера. Уся ця відповідальна робота була доручена в. о. директора санітарного департаменту доктору медицини В. Білецькому, на якого не раз покладались обов'язки технічного керівника міністерства як міністром

І. Липою, так і М. Левицьким, а підготовку справ до передачі доручили начальнику одного з відділів санітарного департаменту доктору П. Роцинському [147, арк. 27].

З архівних документів Міністерства за кордоном краще збереглися ті, які не постраждали під Чорним Островом, де, як було зазначено вище, був розгромлений і спалений ешелон з архівом уряду. Серед них особливо цікавими є плани і звіти періоду урядування І. Липи (30 березня – 5 серпня 1921 р.), який ретельно стежив за документацією і майже щотижня подавав звіти про проведену роботу до Ради Народних Міністрів [149, арк. 34-35]. Уже в перші дні своєї діяльності на цій посаді він подав стислий план роботи Міністерства. Його зміст свідчить, що передбачалося продовження справ, розпочатих у попередній період.

Зокрема, у першу чергу, план передбачав реорганізацію апарату Міністерства і налагодження нормальної роботи медичного і санітарного департаментів. Він також передбачав перегляд та розробку лікарського, санітарного, судово-медичного, фармацевтичного законодавства, забезпечення роботи адміністративного і медичного апаратів Міністерства, які мали неухильно виконувати його рішення.

Планувалось розробити проект створення єдиної санітарної організації в Україні, заходи по боротьбі з гострими інфекційними хворобами, відновити лікарські заклади та установи, які не працювали при більшовиках, реорганізувати медичні факультети й інститути, а також відкрити нові для поповнення кадрів лікарів, значна частина яких загинула під час бойових дій, або були вивезені з України.

Значна увага у плані приділялася законотворчій роботі Міністерства. Окремі його пункти стосувалися розробки законопроектів про обов'язкове щеплення проти віспи, судово-лікарську справу, санітарну статистику і курортну справу.

План включав у себе заходи щодо боротьби із соціальними хворобами, пияцтвом, проституцією, а також організацію державної допомоги органам

місцевого самоврядування з метою забезпечення населення якісною питною водою, продуктами харчування та належною асенізацією.

Водночас розроблявся план поліпшення системи державного опікування, зокрема опікування інвалідів, створення для них притулків і майстерень, передбачалось опрацювання законопроектів щодо пенсій для інвалідів, охорони материнства і дитинства, створення притулків для дітей-сиріт, інвалідів і калік, про державну підтримку установ і організацій, які займаються соціальною допомогою.

Планувалося проведення конкретної роботи щодо допомоги емігрантам і біженцям, особливо інвалідам, концентрація і консолідація медичних сил при міністерстві, поліпшення підготовки лікарів-організаторів [158, с. 249].

Існував також «План систематизації праці МНЗтаО до повернення в Україну і в час прибуття на Вкраїну», укладений у 1921 р., під час урядування міністра М. Левицького [158, с. 249]. У констатуючій його частині зазначено, що «окупація московських більшовиків в Україні призвела до найбільшої руйнації, особливо під оглядом санітарним. Лікарні були понищені, медичний персонал вивезено з України в російські центри, спостерігався цілковитий брак медикаментів і російських приладів, занепад і занедбання краю під оглядом санітарним, що змушувало Міністерство у еміграції з великою натугою взятись, з одного боку, до підготовчої праці у цілях поліпшення санітарії в Україні, з другої – здійснення їх при поверненні в Україну». У ньому також було детально викладено заходи по чотирьох департаментах, з яких складалося МНЗтаО – медичного, санітарного, опікування і загальних справ.

Виходячи з принципу, що медична допомога проводилася органами місцевого самоврядування за їх кошти (волості, повітові земства, міста, крайові земства), а на міністерство покладалося лише загальне керівництво і контроль, то воно мало розробити план керівництва і положення про

повітових і крайових референтів міністерства, про медично-санітарні повітові, міські, крайові ради та інструкції для них.

Прикладом звітування про виконану роботу може слугувати «Справоздання про діяльність МНЗтаО», складене під час урядування міністра І. Липи [158, с. 250]. У ньому чітко зазначені роботи, намічені, розпочаті і незакінчені, що конкретно зроблено.

Станом на 28 червня 1921 р. Міністерством було проведено докорінну реорганізацію і відновлення роботи двох департаментів – медичного і санітарного, розробку законопроектів про Раду міністра і вищого наукового органу при міністерстві – Вченого комітету, підготовлено законопроекти щодо надання фельдшерам права вступу на медичні факультети і призначення їм стипендій, про видачу субсидій Українському Червоному Хресту (УЧХ) і основні принципи взаємовідносин між ним та Міністерством. Було також підготовлено: план охорони материнства і дитинства, положення та інструкції про губернські, повітові і міські призовні комісії, план про порядок реєстрації медичного персоналу УНР.

Водночас Міністерство розпочало роботу з розробки допомоги на місцях, складання переліку розписів недуг і травм тіла, які дають право на пенсію, інвалідність, визначення її групи, організації адміністративного апарату міністерства на місцях (медичні, санітарні і опікунські ради). Воно також прагнуло налагодити взаємовідносини з іншими міністерствами у галузі санітарії й опікування – військовим, внутрішніх справ, освіти, праці, народного господарства, було розроблено санітарно-лікарський статут, правила і засоби боротьби з туберкульозом, правила контролю за продажем споживчих та інших продуктів, підготовлено законопроект щодо боротьби з інфекційними хворобами.

В умовах війни, голоду і розрухи, поширення інвалідності та сирітства, великої міграції населення, епідемічні захворювання, передусім висипний тиф, стали найстрашнішою загрозою для здоров'я і життя як мирного населення, так і війська. Тому українська влада вживала найрішучіших

заходів щодо запобігання поширенню інфекційних хвороб і боротьби з ними. Їх виконання досягалося не тільки санітарно-епідемічними і медичними, а правовими і фінансовими засобами. Так, 15 листопада 1918 р. був прийнятий і опублікований «Тимчасовий статут перестережень та боротьби проти пошесних хвороб», ухвалений постановою Ради міністрів Української держави за підписами голови Ради міністрів А. Ржепецького та міністра народного здоров'я й опікування В. Любинського і затверджений гетьманом України Павлом Скоропадським [147, арк. 13].

У лютому 1919 р. Рада Народних Міністрів УНР ухвалила «Тимчасовий закон про надзвичайне уповноваження міністра НЗтаО по боротьбі із заразними хворобами». За цим законом уся територія УНР оголошувалася небезпечною за висипним тифом. На Міністерство покладалось вище керівництво всіма заходами боротьби із заразними хворобами, а, щоб досягти планомірності в цій роботі, при ньому було засновано як дорадчий орган Центральну санітарно-епідемічну раду у складі трьох працівників міністерства, по одному представникові від Військово-санітарної управи, Санітарної управи Міністерства шляхів, Головного управління Червоного Хреста, міського самоврядування столиці, земства, столичної губернії, Всеукраїнської спілки земств, Всеукраїнської спілки міст, Міністерства фінансів, Державного контролю і тих осіб, які можуть бути корисними.

Турбота про здоров'я і добробут тих, хто був на передовій лінії протиепідемічного фронту, знайшла своє вираження у «Тимчасовому законі про забезпечення пенсією та допомогою осіб медичного персоналу на випадок захворювання або смерті від участі у боротьбі з гострозаразними хворобами і родин зазначених осіб», прийнятому Урядом УНР у 1919 р. За цим законом за особами медичного персоналу (а у випадку їх смерті від гострозаразних хвороб за членами їхніх родин) визнавалося право на допомогу, зміцнення здоров'я або на пенсію. Під гострозаразними хворобами розумілися висипний, черевний і зворотний тифи, дифтерія, скарлатина, віспа, холера та чума.

Медичним персоналом вважалися лікарі, лікарські помічники, фельдшери, студенти-медики, сестри-жалібниці, санітари, дезінфектори, провізори та аптечні помічники, як ті, котрі постійно перебували на державній та громадській службі або в закладах Червоного Хреста, так і ті, хто тимчасово захворював під час боротьби з епідеміями [148, арк. 30].

До боротьби з епідемічними хворобами залучалася широка громадськість. З цією метою було створено спеціальну «Лігу боротьби з епідемічними хворобами». За її статутом завданням Ліги було поліпшення санітарних умов України і насамперед боротьба з епідемічними і заразними захворюваннями. Лізі надавалося право засновувати лікарні, амбулаторії, дезінфекційні загони, бактеріологічні кабінети та інші заклади медичної допомоги і медико-санітарного постачання, а також провадити широку пропаганду санітарно-гігієнічних знань, влаштовувати публічні лекції, вистави, з'їзди, курси, видавати періодичні і неперіодичні друковані видання. Членами Ліги могли бути як організації та установи, так і окремі особи, які мали не менш, ніж 20 років. Кошти Ліги мали складатися з членських внесків, прибутків власних підприємств, пожертв допомоги від органів самоврядування та державних інституцій [147, арк. 34].

Про соціально-медичну спрямованість діяльності МНЗтаО, у тому числі у боротьбі з епідеміями, свідчили використання засобів санітарної просвіти. Навіть за тих тяжких умов оголошувались анонімні конкурси на складання брошур на профілактичні теми з виплатою премій від 5 до 20 тисяч карбованців. Про їхній зміст свідчить перелік таких тем: інфекційні хвороби та як від них боронитися; про холеру; черевний тиф; про чуму; дитячі заразні хвороби; як оберігати своє здоров'я (популярний нарис гігієни, пристосований до сільського життя); як і чим годувати дитину; поради матері про те, як виховати здорову дитину; значення гімнастичних і спортивних вправ; сухоти; професійні захворювання; про віспу; венеричні хвороби.

Одним з найважливіших завдань МНЗтаО того часу була турбота про військовополонених і біженців, які були зірвані з різних місць воєнними та

революційними подіями. 13 січня 1919 року Радою Народних Міністрів був ухвалений спеціальний закон «Про об'єднання справи евакуації військовополонених і допомоги українським біженцям у поверненні їх на батьківщину в Міністерстві народного здоров'я й опікування», затверджений Директорією УНР. Для виконання поставлених завдань при міністерстві було створено особливий комітет для об'єднання та координації окремих відомств та організацій, вищого керівництва зазначеними справами, призначення і розподілу виділених державних кредитів.

Постійною функцією МНЗтаО була турбота про дітей-сиріт та інвалідів, організація і надання їм медичної соціальної допомоги, створення притулків і спеціальних майстерень. Ці заходи вимагали великих коштів, і Уряд України намагався постійно виділяти їх, про що свідчать архівні документи, які частково збереглися [147, арк. 10].

Керівництвом справами соціального забезпечення робітників у разі хвороби, нещасних випадків тощо займалися Головна та районні Ради соціального забезпечення, створені Радою Народних Міністрів. Головою Головної ради була особа, призначена вищою владою республіки за внесенням міністра праці. Головна рада складалася з 12 представників від робітників і службовців, восьми представників від підприємств, по одному представникові від міністерств праці, юстиції, торгу й промисловості, народного здоров'я й опікування, які призначались і обирались строком на два роки. Дивно, що у законі зазначено, ніби вони не могли належати до застрахованих або роботодавців.

Як видно із розглянутих планів МНЗтаО, як на батьківщині, так і в еміграції, важливою його функцією було створення правової бази для організації та керівництва системою охорони громадського здоров'я. Основним завданням у формуванні цієї системи було обґрунтування і опрацювання структури та функцій міністерства і його органів на місцях, які були стрижнем усієї системи і забезпечували її належне функціонування. Ця серйозна і велика робота розпочалася за доби Центральної Ради, коли

Головна медично-санітарна управа ще працювала у складі Генерального секретаріату (Народного Міністерства внутрішніх справ), широко розгорнулася за участю висококваліфікованої комісії за доби Гетьманщини, коли було створене окреме МНЗтаО, і нарешті завершена за доби Директорії.

Попередньо був розроблений Санітарно-лікарський статут, у попередній частині якого було зазначено, що найвищий нагляд і керівництво за усіма санітарно-гігієнічними і лікарсько-медичними справами в УНР здійснює МНЗтаО. До його компетенції також належали впровадження всіх законів, правил, інструкцій, які стосуються народного здоров'я, громадської гігієни та санітарії і соціальних недуг за винятком тих, що відповідними законами покладалися на інші міністерства і відомства. У цьому статуті було зазначено, що контроль за здоров'ям населення на місцях та безпосереднє виконання розпоряджень міністерства здійснювали органи місцевого і народного самоврядування.

На основі Санітарно-лікарського статуту, який визначав основні принципи структури та функцій вищих органів виконавчої влади, порядок надходження і руху справ у підрозділах міністерств, їх виконання, ревізію та звітність було опрацьовано і було затверджено Статут Міністерства народного здоров'я та опікування [158, с. 254]. Його прийняття мало важливе значення, оскільки він визначав основи організації та управління системою охорони громадського здоров'я в Україні.

Цей статут був прийнятий після ретельної підготовки і обговорення на Комісії з реформування лікарських управлінь, на основі вивчення проекту проф. Г. Рейна і праць фахівців у галузі соціальної медицини. Статут складався із п'яти частин, які поділялися на розділи і включали більше 90 статей. Стаття перша проголошувала, що МНЗтаО відало всіма питаннями, які стосувалися санітарної упорядкованості, медичної допомоги й опікування населення в УНР і «мали з цих питань відносини з іншими державами». Стаття друга зазначала, що до складу міністерства входили міністр, товариш міністра, Рада міністра, члени Ради міністра, департаменти (загальних справ,



медичний, санітарний й опікування), окремі відділи (медичної освіти, санітарної статистики, судової медицини і медичної експертизи, санітарно-технічний, фармацевтичний, видавничо-інформаційний та редакційний), а також юрисконсульти за вільним наймом.

Як дорадчі органи при МНЗтаО існували постійні з'їзди представників органів місцевих самоврядувань та їхніх медико-санітарних організацій, періодичні наради завідувачів медико-санітарними відділами земських і міських управ, Вчений комітет і Рада у справах опікування, які працювали на підставі окремих постанов, що окреслювали їхні функції.

Згідно затвердженого статуту до компетенції міністерства у справах народного здоров'я належали такі функції:

- опрацювання лікарського, санітарного, судово-медичного і фармацевтичного законодавства;
- вище керівництво у діяльності органів управління, яка стосувалась лікарської, санітарної, фармацевтичної та судово-медичної частини;
- вище керівництво у заходах боротьби з інфекційними хворобами;
- вище керівництво у заходах боротьби із соціальними хворобами (сухота, сифіліс, алкоголізм);
- вище керівництво у заходах, що стосувалися фізичного розвитку і гігієнічного виховання населення;
- вище керівництво у санітарній охороні праці і попередження розвитку професійних захворювань;
- вище керівництво та догляд за санітарним упорядкуванням місцевостей і будівель громадського значення;
- санітарна охорона кордонів;
- санітарна охорона і вдосконалення лікувальних місцевостей та завідування належними лікувальними місцевостями;
- збирання, опрацювання й оголошення статистичних відомостей про рух населення, про його захворюваність та смертність, розробка статистичних

і наукових матеріалів, що стосувалися медично-санітарної справи та взагалі заходів для оздоровлення країни й боротьбі з інфекційними хворобами;

- облік медичного і фармацевтичного персоналу;

- дбання про медично-санітарне постачання та допомогу розвитку відповідних установ;

- участь у вирішенні всіх питань народного харчування і постачання продуктів;

- вище керівництво у заходах надання медичної й санітарної допомоги населенню, що потерпіла від злиднів (також під час війни) та співучасть в організації цієї допомоги;

- догляд за професійною діяльністю медичного і фармацевтичного персоналу, підготовка законопроектів про професійну діяльність усього медичного та фармацевтичного персоналу, його права і обов'язки;

- погодження й об'єднання діяльності державних та громадських інституцій щодо охорони народного здоров'я і розвитку лікарської, санітарної та фармацевтичної справи;

- допомога громадським інституціям у їхніх заходах щодо охорони здоров'я й розвитку лікарсько-санітарної, санітарно-технічної і фармацевтичної справи;

- вищий догляд за виконанням санітарного законодавства й прийнятих органами місцевого самоврядування та іншими установами зобов'язань щодо лікарської, санітарної, санітарно-технічної і фармацевтичної справи;

- завідування медично-санітарними установами, які безпосередньо підлягали віданню міністерства.

У справах опікування до компетенції міністерства належали такі функції:

- 1) розробка загального плану державного опікування і заходів спеціальної допомоги;

- 2) опрацювання законоположень, що стосувалися справи соціальної допомоги та опікування;

3) погодження і об'єднання діяльності органів місцевого самоврядування, відомств, приватних організацій та приватної благодійності у сфері опікування й соціальної допомоги;

4) фінансова та інша допомога установам і організаціям, що мають на меті надання різних форм організацій соціальної допомоги й опікування;

5) боротьба з жебрацтвом;

6) допомога у підготовці фахівців у сфері опікування і соціальної допомоги;

7) вищий догляд за виконанням відповідних законів та зобов'язань, покладених на органи самоврядування, а також за приватною благодійністю;

8) керівництво діяльністю органів опікування, що підлягають міністерству;

9) збирання, розробка й оголошення відомостей, про стан справи опікування і соціальної допомоги у республіці;

10) допомога місцевим самоврядуванням, громадським організаціям та приватним благодійним товариствам у придбанні грошових і матеріальних засобів для розвитку їхньої діяльності.

МНЗтаО мало доглядати за тим, щоб інші міністерства й відомства, у віданні яких залишалися деякі справи та питання, керувалися при цьому загальним державним планом охорони здоров'я і погоджували свої заходи з основними постановами, які ухвалено у питаннях громадської медицини, гігієни та державного опікування МНЗтаО [148, арк. 6-7].

При міністрі було створено і затверджено дорадчий орган – Раду міністра, яка відала опрацюванням загального плану діяльності міністерства, мала розглядати й вирішувати особливо важливі та принципові питання щодо урядування, розглядати усі законопроекти, що виносилися від міністерства на ухвалу законодавчої влади, обмірковувати кандидатури на посади фахівців, лікарів та урядовців міністерства, починаючи із начальників відділів. На чолі Ради стояв міністр, а членами були вищі урядовці міністерства – товариш міністра, члени Ради міністра, директори або віце-директори департаментів,

начальники окремих відділів, а також фахівці і урядовці, запрошені головою Ради – міністром [158, с. 257].

Вищою вчено-медичною інституцією при міністерстві, що мала розглядати питання і подавати свої висновки наукового характеру в справах гігієни, санітарії, лікарської справи і судової медицини, а також взагалі в усіх справах, які входять у сферу відань і компетенції міністерства, був Вчений Комітет при ньому. На його розгляд, висновки та ухвалу міністром вносилися такі питання і справи: а) законопроекти загальнодержавної ваги всіх відомств, які стосуються питань народного здоров'я й опікування, раніше, ніж будуть внесені на розгляд законодавчих державних установ, а також проекти інструкцій, порад, розпоряджень якої-небудь державної інституції щодо санітарної та медичної справ, коли ці розпорядження мають загальне значення і мають опиратися на наукові висновки; б) справи складання фармакопеї, а також питання про дозвіл на вживання нових фармацевтичних препаратів або нових способів лікування; в) справи про визначення місцевостей держави, які мають суспільне значення для використання їх як лікувальних; г) найбільш складні судово-медичні справи, з якими звертаються до МНЗтаО відповідні державні установи; д) справи ветеринарії, що стосуються питань охорони народного здоров'я; е) справи санітарно-технічні.

Вченому комітетові було надано право з власної ініціативи ставити на розгляд і вирішення з наукового погляду питання, які стосувалися охорони народного здоров'я [158, с. 257].

Вчений комітет складався з президії, дійсних та обов'язкових членів. До президії входили голова, заступник голови і вчений секретар, які обирались Вченим комітетом з числа дійсних членів на 3 роки. Дійсні члени обирались на 3 роки з числа вчених спеціалістів, відомих своєю науковою роботою у тих галузях знань, представники яких повинні бути у складі Комітету. Зі складу дійсних членів щороку мала вибувати третина обраних, яка поповнювалася новим обранням, затвердженим міністром за пропозицією Ради міністра.

До обов'язкових членів Вченого комітету належали директори департаментів – санітарного, медичного і опікування; начальники відділів – статистичного, судово-медичного та медичної освіти; начальники Головної військової управи, Морської санітарної управи, Військово-ветеринарного управління або Головної ветеринарної управи Міністерства земельних справ. При розв'язанні питань, що стосувалися Міністерств шляхів, народної освіти, юстиції, торгу і промисловості, праці, фінансів, закордонних справ, сповідань, брали участь представники цих відомств з правом ухвального голосу. До роботи у Вченому комітеті могли запрошуватись спеціалісти з дорадчим голосом.

У частині III Статуту МНЗтаО висвітлювалась структура та функції підрозділів міністерства та їхні штати.

При такій доволі простій структурі МНЗтаО могло здійснювати свої функції і виконувати поставлені перед ним завдання. Звичайно, його діяльність та її результати залежали від конкретних політичних і воєнних обставин.

Повний склад міністерства за зазначеною структурою і штатним розписом складав 94-104 особи, але в умовах евакуації та еміграції він часом скорочувався до кількох осіб.

Позитивні результати роботи досягалися за рахунок високої кваліфікації, патріотизму, відповідальності та жертвності багатьох працівників міністерства.

Не останню роль відіграв соціально-медичний підхід керівників міністерства до планування його роботи і можливої в тих умовах реалізації запланованих заходів [158, с. 258].

Аналіз керівних кадрів МНЗтаО свідчить, що як за доби Української держави, так і за часів Директорії УНР у формуванні системи охорони громадського здоров'я в Україні брали активну участь українські лікарі-патріоти, які ще до революції зробили вагомий внесок в українське національне відродження, а під час революції більшість із них були

учасниками національно-визвольних змагань. Майже всі вони пройшли школу земської медицини, під час Першої світової війни служили у війську, мали чималий лікарський і адміністративний досвід.

У роботі з розбудови української системи охорони здоров'я були задіяні провідні вчені-фахівці у галузі соціальної медицини – О. Корчак-Чепурківський та Б. Матюшенко, які в різний час очолювали міністерство і його основні департаменти, доктор С. Томлін, який незмінно керував відділом санітарної статистики.

Багато хто з працівників МНЗтаО України, Українського Червоного Хреста, військово-санітарної служби Української армії були і стали видатними ученими-фахівцями в різних галузях медицини, роль яких у становленні та розвитку української медичної науки і практики важко переоцінити. Хоча у деяких з них діяльність була перервана більшовицьким терором і репресіями, але українська громадськість повинна знати їхні славні імена, пам'ятати їхній внесок в українську і світову науку та культуру. До таких видатних осіб належали терапевт А. Барбар, хірург М. Галин, фтизіатр А. Журавель, мікробіолог та епідеміолог Д. Заболотний, педіатр Є. Лукасевич, гігієністи М. Кудрицький, В. Підгаєцький та В. Удовенко, отоларинголог О. Пучківський, гістолог О. і хірург Є. Черняхівські, талановиті лікарі й письменники І. Липа і М. Левицький, а також лікарі-організатори охорони здоров'я В. Білецький, О. Білоус, В. Богаєвський, І. Ільницький, Д. Одрина, М. Равич, П. Роцинський, В. Совачів, Є. Яковенко та багато інших [158, с. 248].

Необхідно зазначити, що, незважаючи на зміни влади, вимушену евакуацію і навіть еміграцію, плинність кадрів, брак необхідних коштів, складні і тяжкі умови життя та праці, в роботі МНЗтаО, завдяки досвіду та кваліфікації його керівників і працівників, їхній відданості своєму обов'язку, спостерігалася наступність і плановість, дотримувалися принципи законності та гуманізму.

### **3.2. Історичний досвід політико-правового функціонування МНЗтаО Української держави, Директорії УНР і можливості його використання у реформуванні сучасної системи охорони здоров'я в Україні**

Незважаючи на суттєві позитивні зміни та поступ у розробленні і прийнятті нових законів, підзаконних актів та в оновленні діючого законодавства про охорону здоров'я, все ж зазначаємо, що нормативно-правова база у сфері медичної діяльності ще не у повній мірі відповідає сучасним потребам, містить прогалини і недоліки, деякі з яких мають принциповий характер. Чинне законодавство України про охорону здоров'я (як загального, так і спеціального спрямування) не здатне належним чином врегулювати відносини у даній сфері, не містить необхідного уніфікованого понятійного апарату, який консолідував би фактичні і юридичні уявлення учасників відносин в галузі охорони здоров'я, що призводить до неадекватного формування юридичної практики у «медичних» справах.

Серед проблем, що супроводжують процес нормотворення у сфері охорони здоров'я, виділяємо такі: недостатньо виражена державна політика у сфері охорони здоров'я населення, у тому числі її законодавчого забезпечення; відсутність науково обґрунтованої стратегії законотворчої діяльності у галузі охорони здоров'я; низька активність суб'єктів законодавчої ініціативи у галузі медичної правотворчості; складність проходження законопроектів про охорону здоров'я у Верховній Раді України; відсутність спеціалістів, які мали б необхідний обсяг знань як у сфері юриспруденції, так і в медицині; відсутність певної соціально необхідної координації у діяльності представників правової і медичної науки та практики; недостатнє рахування міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я і неефективне використання позитивного зарубіжного досвіду в регулюванні медичної діяльності; нечіткість правової бази у галузі охорони здоров'я, законодавчі колізії і проблеми, що виникають на практиці, коли норми двох чи більше

правових актів по-різному регламентують суспільні відносини у певній частині медицини; надмірна розпорошеність норм щодо охорони здоров'я по всьому українському законодавству.

Цілком можна погодитися з думкою професора О. Голяченко, що досконале медико-санітарне законодавство в галузі охорони здоров'я не менш важливе для її розвитку, ніж повноцінне наукове забезпечення. Власне, це дві сторони однієї медалі, які повинні однаково блищати [17, с. 4].

Водночас необхідно підкреслити, що й до сьогодні в незалежній Україні не розроблено повноцінної концепції реформування охорони здоров'я в ринкових умовах, відсутні також необхідні нормативно-правові акти для проведення цих реформ. Крім того, недоліком правової системи у галузі медичної допомоги є те, що медичне законодавство не систематизовано в одному законодавчому акті. В той час як важливою умовою формування медичного права є необхідність систематизації численного нормативного матеріалу, можливо, навіть шляхом прийняття Медичного кодексу України.

Такий стан справ у законодавстві не дає можливості втілити в життя ідеї, закладені в ст. 1 Конституції України, що вона є суверенна і незалежна, демократична, соціальна і правова держава. В ст. 3 визначено, що Людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканість і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю, а права і свободи людини та їх гарантії визначають зміст і спрямованість діяльності держави. Зазначається, що держава відповідає перед людиною за свою діяльність.

Ст. 49 Конституції України більш детально регламентує права громадян на медичне обслуговування. В ній, зокрема, зазначається, що кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування.

Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних і оздоровчо-профілактичних програм. Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається



безоплатно, існуюча мережа таких закладів не може бути скорочена. Держава сприяє розвитку лікувальних закладів усіх форм власності. Держава дбає про розвиток фізичної культури і спорту, забезпечує санітарно-епідемічне благополуччя. Норми Конституції України розвиваються в Законі України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», що був прийнятий 19 листопада 1992 р. [33, с. 19]. В преамбулі цього Закону зазначено: «Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Суспільство і держава відповідальні перед сучасним і майбутніми поколіннями за рівень здоров'я і збереження генофонду народу України, забезпечують пріоритетність охорони здоров'я в діяльності держави, поліпшення умов праці, навчання, побуту і відпочинку населення, розв'язання екологічних проблем, вдосконалення медичної допомоги і запровадження здорового способу життя».

Підкреслюється, що «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (далі – Основи) визначають правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулюють суспільні відносини у цій галузі з метою забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності і довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, що шкідливо впливають на їх здоров'я, попередження і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості.

У ст. 1 Основ особливо наголошується, що законодавство України про охорону здоров'я базується на Конституції України.

В ст. 4 Закону визначаються основні принципи охорони здоров'я. До них належать:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в галузі охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;

- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг в галузі охорони здоров'я;

- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;

- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень із світовим досвідом в галузі охорони здоров'я;

- випереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;

- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

Як ми бачимо, це, фактично, ті ж самі принципи, на яких будувалася система охорони здоров'я при Гетьманаті. Таким чином, можна сказати про спадкоємність тих ідей побудови системи охорони здоров'я, які були закладені ще у 1918 р.

Більше того, пріоритетність охорони здоров'я, яка була пропагована в період Гетьманату, залишається такою і сьогодні: «Державні, громадські або інші органи, підприємства, установи, організації, посадові особи та громадяни зобов'язані забезпечити пріоритетність охорони здоров'я у власній діяльності, не завдавати шкоди здоров'ю населення і окремих осіб, у межах своєї компетенції подавати допомогу хворим, інвалідам та потерпілим від нещасних

випадків, сприяти працівникам органів і закладів охорони здоров'я в їх діяльності, а також виконувати інші обов'язки, передбачені законодавством про охорону здоров'я».

Використання досвіду Української держави відчувається і в Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, що була затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000 [115, с. 5].

Щоправда, ця концепція приймалася на основі існуючих концептуальних документів. Вперше у 1993 р. на державному рівні під керівництвом тодішнього міністра охорони здоров'я України Ю. Спіженка та залученням значної групи фахівців системи цього міністерства з потужним інтелектуальним потенціалом були розроблені проекти Доктрини і Концепції охорони здоров'я, які стали основою для формування проекту Національної програми охорони здоров'я [91, с. 67]. Незважаючи на те, що їх підтримала і схвалила медична громадськість країни, вони, на жаль, не були затверджені ні Верховною Радою України, ні Кабінетом Міністрів України і не набули значення нормативно-правових актів і юридичної сили.

Їх значення полягало в тому, що це була спроба підготовки документів такого значного масштабу, в яких намічені шляхи вирішення цих проблем.

Друга спроба сформувавши сучасну Концепцію реформування системи охорони здоров'я України була розроблена під керівництвом призначеного у 1996 р. міністра А. Сердюка. На жаль, і вона залишилась у вигляді опублікованого проекту, який так і не набув сили правового акту, хоча й Кабінет Міністрів України схвалив цей проект, запропонувавши, відповідно до вимог чинного законодавства, зокрема ст. 13 Основ, скерувати його на розгляд Верховної Ради України [74, с. 185].

Але повернемося до Концепції 2000 р. В Концепції сказано, що вона спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів

фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя.

Завдання, які держава ставить сьогодні, майже не змінилися за 100 років. Кінцевою метою реалізації Концепції є досягнення таких цілей:

- збереження та зміцнення здоров'я населення, продовження періоду активного довголіття і тривалості життя людей;

- створення правових, економічних та управлінських механізмів реалізації конституційних прав громадян України на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування;

- забезпечення гарантованого рівня надання безоплатної кваліфікованої медичної допомоги у визначеному законодавством обсязі;

- формування керованого ринку платних медичних послуг, сприяння діяльності закладів охорони здоров'я всіх форм власності, створення умов для задоволення потреб населення в медичних послугах (згадаймо «аптечні каси», які були запроваджені Гетьманом);

- ефективне використання наявних кадрових, фінансових і матеріальних ресурсів;

- солідарна участь держави, роботодавців, територіальних громад та окремих юридичних і фізичних осіб у фінансуванні послуг з надання громадянам медичної допомоги.

За ці роки майже не змінилася і державна політика у сфері охорони здоров'я. Як при Гетьманаті, так і сьогодні актуальними є:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;

- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтація охорони здоров'я на суттєве посилення заходів з попередження захворювань, запобігання інфекційним захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом факторів довкілля;

- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;

- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання населення, особливо дітей та молоді; посилення боротьби зі шкідливими звичками; розвиток фізичної культури і спорту; забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;

- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання народжуваності і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;

- забезпечення всебічного гармонійного фізичного та психічного розвитку дитини, починаючи з народження, її раціонального харчування, оптимальних умов побуту, виховання і навчання;

- запровадження ефективної системи багатоканального фінансування сфери охорони здоров'я;

- удосконалення системи соціального та правового захисту медичних і фармацевтичних працівників та пацієнтів;

- визначення критеріїв щодо диференціації розміру оплати праці медичних та фармацевтичних працівників залежно від рівня їх кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;

- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі медичного приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їх вартості.

Якщо проаналізувати Концепцію, то ми побачимо, що, як і в 1918 р., в Україні держава до охорони здоров'я прагне долучити і громадські організації: «Міністерство охорони здоров'я України та його територіальні органи мають планувати і провадити свою діяльність на основі показників сукупної тривалості активного життя і здоров'я населення. Зростатиме роль

громадських медичних об'єднань у розв'язанні проблем охорони здоров'я, що сприятиме демократизації управління у сфері охорони здоров'я».

Як тоді, так і зараз у системі управління у сфері охорони здоров'я реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій сфері та єдиних галузевих норм.

Позитивним в Концепції є і те, що передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги. Адже ця модель дуже добре зарекомендувала себе ще у 1918 р. Суголосно, на нашу думку, практиці Гетьманату є і втручання держави у цінову політику та до якості надання медичних послуг: «Держава реалізовуватиме єдину політику у сфері охорони здоров'я, встановлюватиме базовий стандарт якості загальнодоступної медичної допомоги... Держава зберігатиме за собою зобов'язання щодо захисту конституційних прав громадян на охорону здоров'я та медичну допомогу, контролюватиме якість надання медичних послуг закладами охорони здоров'я всіх форм власності».

Незважаючи на досить тривалий період існування незалежної держави, автори Концепції все ж визнають, що реформуванню підлягають структура, кадрове, матеріально-технічне, інформаційно-аналітичне забезпечення діяльності державної санітарно-епідеміологічної служби з урахуванням медико-демографічних тенденцій та соціально-економічних і екологічних особливостей регіонів. Саме в процесі реформування і міг би бути використаний позитивний досвід Санітарного департаменту Української держави. Адже саме завдяки його діяльності вдалося локалізувати вогнища епідемічних захворювань у 1918 р. З нашої точки зору, було б доцільно у структурі Міністерства охорони здоров'я України знову відродити Санітарний департамент. Адже в Україні небувалими темпами поширюються інфекційні хвороби, такі як гепатит, туберкульоз тощо. Як свідчить робота Санітарного

департаменту Української держави, для боротьби з цими інфекціями доцільним є створення окремого підрозділу, який би опікувався цими питаннями. Було б доцільно цьому департаменту, як і його попереднику в Українській державі, надати право розроблення законопроектів, що мали б на меті охорону народного здоров'я і запобігання порушенням вимог загальної гігієни і санітарної техніки, професійної гігієни та попередженню інфекційних і соціальних хвороб. Такі його повноваження дозволили б ефективно і, головне, оперативно протидіяти поширенню інфекційних хвороб.

Не можна не погодитися із тезою Концепції, що підвищенню ефективності державного санітарно-епідеміологічного нагляду сприятиме вдосконалення правового регулювання діяльності органів, установ і закладів санітарно-епідеміологічної служби. Саме при реалізації цього положення і міг би стати в нагоді досвід нормотворення Української держави.

На наш погляд, рецепцією з законодавства Української держави є і норма Концепції, що передбачає затвердження базового стандарту якості загальнодоступної медичної допомоги.

Позитивним використанням досвіду минулого є і повернення до пропонованої в Концепції сімейної медицини. Адже сімейний лікар може враховувати не лише генетичні особливості родини, але і стежити за здоров'ям людини від її народження протягом всього життя, що є вкрай важливим при лікуванні хронічних хвороб. Ще більш необхідним, на наш погляд, виходячи з досвіду минулого, є упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

Пересувна спеціалізована медична допомога на селі також добре зарекомендувала себе у 1918 р. Саме завдячуючи їй вдалося подолати епідемії тифу, холери та інших інфекційних захворювань.

Багатоканальне фінансування функціонування мережі лікувально-профілактичних закладів для надання безоплатної медико-соціальної допомоги хронічним хворим, які потребують тривалого лікування і догляду,

інвалідам, людям похилого віку також було запроваджено ще в період української революції.

В період Гетьманату була розгорнута активна робота зі здійснення заходів, спрямованих на надання соціальної допомоги молодим сім'ям, охорону праці жінок репродуктивного віку, створення умов, сприятливих для зміцнення фізичного, психічного здоров'я та соціального благополуччя дітей і підлітків, розширення їх доступу до спортивних, оздоровчих закладів, молодіжних клубів, розвиток індустрії дитячого харчування, забезпечення рівного доступу населення до служб репродуктивного здоров'я, планування сім'ї, медико-генетичного консультування, медичної допомоги жінкам під час вагітності та пологів. Було б доцільно запозичити з минулого утворення притулків для вагітних, кас взаємодопомоги і кас страхування материнства.

Як не дивно, але Концепція майже дослівно повторює перелік заходів з охорони материнства і дитинства, які були запроваджені в Українській державі:

- розширення профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційно-відновних заходів, спрямованих на оздоровлення жінок;
- подальший розвиток служб планування сім'ї, безпечного материнства, медико-генетичного консультування, запровадження багатоступеневої системи пренатальної допомоги;
- розвиток медико-організаційних технологій, що сприятимуть забезпеченню народження здорових дітей, збереженню та зміцненню їхнього здоров'я, профілактиці інвалідності;
- удосконалення структури родопомічних і дитячих закладів, першочергове оснащення їх лікувально-діагностичною апаратурою, впровадження у діяльність цих закладів гнучких організаційних систем залежно від регіональних умов і принципу реорганізації високовартісних видів медичної допомоги.

Реформування фармацевтичної галузі передбачає створення та виробництво нових вітчизняних лікарських засобів. Саме це завдання перед



собою ставило і Міністерство народного здоров'я та опікування. Зокрема, воно працювало над випуском власних сироваток.

На порядку денному міністерства було і забезпечення закладів охорони здоров'я населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, підвищення ефективності діяльності аптечних закладів, вдосконалення матеріально-технічної бази галузі, істотне збільшення та оновлення фондів охорони здоров'я.

Як у буремні революційні роки, так і сьогодні державні діячі усвідомлюють необхідність міцного наукового підґрунтя вітчизняної медицини. Сьогодні основне завдання в цьому напрямку покладається на Академію медичних наук України. Відповідно до її Статуту, Академія медичних наук України – це державна наукова організація з проблем медицини та охорони здоров'я, заснована на державній власності, яка діє відповідно до законодавства України на самоврядній основі. Академія об'єднує у своєму складі дійсних членів (академіків), членів-кореспондентів та іноземних членів, що обираються загальними зборами Академії, та всіх наукових співробітників, що працюють у наукових установах Академії, для спільного проведення досліджень у галузі медичних наук та охорони здоров'я з метою поліпшення здоров'я та продовження життя населення. Самоврядність Академії полягає у самостійному визначенні тематики досліджень, своєї структури, вирішенні науково-організаційних, господарських, кадрових питань, здійсненні міжнародних наукових зв'язків. Численність членів Академії медичних наук України – 50 дійсних членів (академіків) і 95 членів-кореспондентів.

Основними завданнями Академії є:

- визначення пріоритетних напрямів розвитку медичної науки;
- комплексний розвиток медичної науки, проведення фундаментальних та прикладних наукових досліджень у галузі медицини і фармації;
- інтеграція і координація академічної, вузівської та галузевої медичної науки з метою розроблення єдиних засад політики у цій сфері;

- підготовка кандидатів і докторів наук;
- розвиток міжнародного і зовнішньоекономічного співробітництва в галузі медичної науки, охорони здоров'я, вищої медичної і фармацевтичної освіти;
- підтримка талановитих учених, сприяння науковій творчості молоді в галузі медицини [86, с. 128].

У досліджуваний період функції Академії медичних наук виконували Математично-природничо-лікарська секція Наукового товариства ім. Шевченка, а згодом – Вчений комітет як вища наукова медична інституція при міністерстві. На жаль, нереалізованими залишилися проекти ще чотирьох дорадчих при МНЗтаО структур – Фармацевтичної ради, Медичної ради, Головної санітарної ради, Головної ради у справах державної опіки.

Відповідно до «Положення про Міністерство охорони здоров'я України», що було затверджене Указом Президента України 13 квітня 2011 р. воно:

1) визначає пріоритетні напрями розвитку сфер охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням;

2) узагальнює практику застосування законодавства з питань, що належать до компетенції МОЗ України, розробляє пропозиції щодо вдосконалення законодавчих актів, актів Президента України, Кабінету Міністрів України та в установленому порядку вносить їх на розгляд Президентів України та Кабінету Міністрів України;

3) бере відповідно до законодавства участь у підготовці проектів міжнародних договорів України, готує пропозиції щодо укладення і денонсації таких договорів, укладає міжнародні договори, забезпечує виконання зобов'язань України за міжнародними договорами з питань, що належать до компетенції МОЗ України;

4) забезпечує нормативно-правове регулювання у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення, протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів;

5) інформує та надає роз'яснення щодо здійснення державної політики у сферах охорони здоров'я, санітарно-епідемічного благополуччя населення, протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу та іншим соціально небезпечним захворюванням, створення, виробництва, контролю якості та реалізації лікарських засобів, медичних імунобіологічних препаратів і медичних виробів;

б) виконує функції у сфері охорони здоров'я;

7) виконує функції у сфері санітарно-епідемічного благополуччя населення.

З нашої точки зору, до функцій Міністерства охорони здоров'я України було б доцільно додати і певні функції Міністерства соціальної політики України. Адже таке поєднання функцій було достатньо успішним у 1918 р. Крім того, є ряд так званих «соціальних» інфекційних хвороб, поширенню яких можна було б запобігти за допомогою профілактичної роботи серед незахищених верств населення.

Міністерство, відповідно до положення про нього, володіє також надвідомчими (міжгалузевими) повноваженнями, реалізація яких дозволяє приймати накази, що поширюють свою загальнообов'язкову дію на інших суб'єктів, які не входять у відомчу систему управління. Такі накази можуть бути видані міністерством як самостійно, так і за погодженням з іншими центральними органами виконавчої влади (міністерствами і відомствами) або спільно з ними.

Окрім наказів, міністерство видає інші нормативно-правові акти: інструкції, положення, списки, які, однак, самостійного правового значення не мають, бо всіх їх затверджують відповідними наказами. Таким чином, наказ є

основною формою нормативного акту Міністерства охорони здоров'я, в основі якого лежить те чи інше управлінське рішення, яке таким чином набирає правової форми (що зобов'язує до його неухильного виконання), причому в результаті можуть бути встановлені як загальнообов'язкові правила поведінки, так і вирішені питання діяльності конкретних об'єктів, осіб.

Володіючи інформацією про стан справ у галузі охорони здоров'я, міністерство відіграє головну роль у формуванні стратегії розвитку і функціонування національної системи охорони здоров'я.

Враховуючи попередній досвід та й відповідно до нових уявлень про сутність державного регулювання і управління, на наш погляд, міністерство повинно виступати як провідник державної політики, як замовник науково обґрунтованого соціального замовлення медичній науці і практиці з розробки і впровадження нових методів запобігання, діагностики, лікування захворювань та реабілітації хворих.

Проблема визначення і правового закріплення повноважень міністерства полягає у тому, що в умовах формування та функціонування демократичної і правової держави, визначальні положення, що стосуються організації виконавчої влади, її окремих органів, здійснення в цілому державного управління повинні регулюватися не положеннями, нехай навіть затвердженими Кабінетом Міністрів України, які все ж таки мають силу підзаконних актів, а саме законодавчими актами, тобто законами, прийнятими Верховною Радою України. Саме це і є одним із завдань започаткованої в Україні адміністративної реформи.

Концепція даної реформи передбачає розробку та прийняття низки законодавчих актів, що мають комплексно врегулювати питання організації і здійснення державного управління. Після прийняття законів «Про Кабінет Міністрів України» і «Про міністерства та інші центральні органи виконавчої влади» настає час визначити конкретний правовий статус усіх існуючих міністерств (і впорядкувати їх кількість!) шляхом прийняття відповідних законодавчих актів, у тому числі про Міністерство охорони здоров'я України.

Виправданим кроком, з огляду історичного досвіду, є і надання органам місцевого самоврядування права здійснювати керівництво діяльністю комунальних закладів охорони здоров'я.

Як зазначалося вище, одночасно із процесом становлення апарату МНЗтаО в Україні відбувалося формування його губернських представництв. Нині в Україні ці функції виконують обласні управління та управління Севастопольської міської державної адміністрації та Головне управління охорони здоров'я Київської міської державної адміністрації [87, с. 38]. Основними завданнями цих управлінь охорони здоров'я є:

- забезпечення реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я;
- прогнозування розвитку мережі закладів охорони здоров'я для нормативного забезпечення населення медико-санітарною допомогою;
- здійснення заходів, спрямованих на запобігання інфекційним захворюванням, епідеміям і на їх ліквідацію;
- організація надання медико-санітарної допомоги населенню, роботи органів медико-соціальної експертизи, закладів судово-медичної та судово-психіатричної експертизи;
- забезпечення виконання актів законодавства в галузі охорони здоров'я, державних стандартів, критеріїв та вимог, спрямованих на збереження навколишнього природного середовища і санітарно-епідемічного благополуччя населення, а також додержання нормативів професійної діяльності в галузі охорони здоров'я, вимог Державної фармакопеї, стандартів медичного обслуговування, медичних матеріалів і технологій.

Водночас, в Україні функціонує ряд медичних закладів, які не підпорядковані Міністерству охорони здоров'я України. До Центральних органів виконавчої влади, яким підпорядковані заклади охорони здоров'я, належать: Міністерство оборони України, Міністерство внутрішніх справ України, Міністерство транспорту та зв'язку України, Служба безпеки України тощо.

Наприклад, у системі Міністерства оборони України існують військові шпиталі, медичні служби військових частин. Керівництво всіма структурними підрозділами медичної служби здійснюють відповідні управлінські структури вказаного міністерства.

Внаслідок аналітичного дослідження законів, положення яких регулюють суспільні відносини у сфері охорони здоров'я як безпосередньо, так і опосередковано, існує можливість зробити висновок про те, що з метою заповнення прогалин і недоліків у законодавстві про охорону здоров'я вважаємо за доцільне запропонувати прийняття низки законів у цій галузі.

1. Закон України «Про загальнообов'язкове державне медичне страхування». Дуже складним питанням у вітчизняній охороні здоров'я є фінансування цієї галузі. Проекти даного Закону вже декілька років активно обговорюються, якісно оновлюються, але все ж містять численні прогалини і недоліки. Медичне страхування не зможе одномоментно вирішити надто великі фінансові проблеми у цій галузі, але буде, за умови ефективної обраної моделі, одним з кроків до реформування системи фінансування закладів охорони здоров'я. У цілому ж прийняття вказаного Закону дозволить: а) покращити фінансування галузі; б) здійснювати чіткий контроль за витратами коштів на лікування хворого; в) запровадити ефективні цивільно-правові договірні відносини між закладами охорони здоров'я, роботодавцями, державою і людиною.

2. Закон «Про правовий статус пацієнтів в Україні». На сьогоднішньому етапі розвитку законодавчого забезпечення права на охорону здоров'я в Україні особливої гостроти та актуальності набувають питання захисту прав людини у сфері охорони здоров'я і, зокрема, при наданні їй медичної допомоги. І хоча певний рух в захисті прав пацієнта на законодавчому рівні є (Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 370 від 01.06.2009 р., яким затверджено «Порядок госпіталізації пацієнтів бригадами швидкої медичної допомоги у лікувально-профілактичні установи» [68, с. 44], Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 646 від

05. 10. 2011 р., яким затверджено «Порядок організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу тощо» [69, с. 184], з огляду на ряд документів міжнародного характеру у сфері захисту прав пацієнта (Положення про захист прав та конфіденційність пацієнта, прийняте Всесвітньою медичною асоціацією [82, 990054]; Положення щодо стратегії в галузі догляду за пацієнтами з тяжкими хронічними болями у разі невиліковних захворювань [83, 900041] та Лісабонську декларацію стосовно прав пацієнта [55, 990016], прийняті також Всесвітньою медичною асоціацією; Рекомендації Комітету міністрів державам-учасницям: стосовно проблеми пацієнта як активного учасника свого власного лікування № R(80)4 [105, 994072] та стосовно правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади, що примусово утримуються як пацієнти, № R(83)2 [104, 994074] вважаємо, що потреба в прийнятті Закону України «Про правовий статус пацієнтів в Україні» об'єктивно існує.

3. Закон «Про правовий статус та гарантії діяльності медичних і фармацевтичних працівників в Україні». Необхідність прийняття даного Закону обумовлена багатьма причинами, основні з яких: нерівноправність сторін у відносинах «пацієнт – лікар», де перший має значний обсяг прав, а останній – переважно обов'язки; потреба гарантувати реалізацію прав медичних і фармацевтичних працівників (особливе значення це має при працевлаштуванні у сільській місцевості, при роботі в шкідливих умовах тощо).

4. Закон «Про медичну експертизу в Україні».

5. Закон «Про біоетику та гарантії її забезпечення в Україні». З огляду на незахищеність пацієнтів, на небезпечні ситуації, які супроводжують діяльність медичних і фармацевтичних працівників, на потреби охорони здоров'я та медичної діяльності, незважаючи на позитивні тенденції, що

намітились у законотворчій діяльності, існує нагальна потреба у вирішенні цих проблем саме через створення належної правової бази з біоетики.

6. Закон України «Про лікарське самоврядування». Законопроект, в цілому відповідає реаліям сьогодення. Завдання полягає у необхідності формування громадської думки щодо важливості прийняття даного Закону.

7. Внесення змін до Закону України від 16 липня 1999 р. «Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини»».

8. Внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я породжено потребами теорії і практики (невідповідність чинному законодавству, зокрема Цивільному кодексу України; численні прогалини у регламентації окремих інститутів медичного права; відсутність уніфікованої термінології (зокрема, розмежування понять «медична допомога» і «медична послуга»); проблеми, що виникають на практиці при вирішенні «медичних» справ).

9. Ратифікація низки міжнародно-правових стандартів у сфері охорони здоров'я, зокрема Європейської соціальної хартії, конвенцій МОП «Про мінімальні норми соціального забезпечення» і «Про медичну допомогу та допомогу у випадку хвороби».

Водночас важливим кроком у реалізації цих завдань є прийняття Закону України «Про екстрену медичну допомогу», що був прийнятий 5 липня 2012 р. [34, с. 340].

Проте, все ж доцільно орієнтуватись на початок складної, але дуже необхідної роботи над розробленням Медичного кодексу України. Закони, котрі наразі існують в Україні щодо охорони здоров'я, зокрема надання медичної допомоги (їх фактично близько 15-ти), можуть стати (у зміненому за рахунок кодифікації варіанті) складовими цього узагальнюючого документу. Реалії сьогодення нашої держави свідчать про головну спрямовуючу роль Верховної Ради України у справі державотворення. Не є винятком і сфера охорони здоров'я. Профільний комітет з охорони здоров'я Верховної Ради повинен стати «локомотивом» перетворень у цій галузі. Саме у рамках



діяльності Комітету можуть і повинні бути сформовані ключові напрями розвитку медичного законодавства України.

Тому на перший план виходять питання визначення існуючих проблем вітчизняної охорони здоров'я і пошук шляхів для їх законодавчого розв'язання. Водночас важливо зайнятись розробленням певної стратегії законотворчої роботи, щоб було зрозуміло, який проект на якому етапі потрібно ініціювати для прийняття його Верховною Радою України.

Цілком можна погодитись з науковим експертом Українського центру прав людини В. Івасюком, що лише зусиллями законодавців, із залученням представників наукової юридичної та медичної спільноти, наша держава зможе у найближчому майбутньому створити належну нормативно-правову базу в сфері охорони здоров'я громадян [35, с.10-11].

При цьому варто пам'ятати, що проблеми збереження здоров'я людей є настільки значимими, що становлять одне з найважливіших завдань сучасної держави, основу її соціальної політики. Відповідно і державне управління цією сферою відносин є настільки складним, що зазвичай не охоплене повністю галуззю державного управління, яке здійснює спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади – Міністерство охорони здоров'я України.

Широта і складність завдань з охорони здоров'я людей покладає на всі без винятку органи державної влади необхідність виконання певних функцій управління в цій сфері відносин. Практично кожне із міністерств, які діють сьогодні в Україні, в тій чи іншій мірі займаються здійсненням державного управління щодо охорони здоров'я людей. Однак серед них є такі, управлінська діяльність яких напряму пов'язана зі здійсненням державного управління у сфері охорони здоров'я. Це стосується, в першу чергу, Міністерства у справах сім'ї та молоді й Міністерства праці і соціальної політики. Перше з них як спеціально уповноважений центральний орган виконавчої влади формує і здійснює основи державної політики щодо державної та соціальної підтримки сім'ї і молоді, бере участь у реалізації

державних програм з питань охорони здоров'я жінок, дітей і молоді, готує пропозиції щодо поліпшення становища сім'ї, жінок, молоді та дітей, заохочення материнства, інформує Президента України, Кабінет Міністрів України, місцеві державні адміністрації та органи місцевого самоврядування про хід виконання державних та регіональних програм з цих та інших питань.

Міністерство праці і соціальної політики України забезпечує втілення в життя державної політики у сфері охорони праці, умов праці, пенсійного забезпечення, соціального обслуговування населення, координує діяльність щодо реалізації державних і регіональних соціальних програм. Це міністерство бере участь у визначенні переліку робіт з важкими, шкідливими та особливими умовами праці, на яких заборонено застосування праці жінок і підлітків, здійснює комплексне управління охороною праці й забезпечення профілактики травматизму невиробничого характеру на державному рівні, розроблення за участю міністерств, інших органів виконавчої влади та профспілок національної програми поліпшення безпеки, гігієни праці та виробничого середовища і контроль за її виконанням, організовує медичне обслуговування громадян, які перебувають у будинках-інтернатах (пансіонатах) для громадян похилого віку та інвалідів та здійснює інші подібні заходи.

Особливе місце в системі центральних органів виконавчої влади займають «силові» міністерства та відомства – Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Служба Безпеки України і Державний комітет у справах охорони державного кордону України, які мають свої відомчі, воєнізовані медико-санітарні служби, головною метою діяльності яких є медичне обслуговування та охорона здоров'я військовослужбовців і членів їх сімей, забезпечення санітарно-епідемічного благополуччя на об'єктах (на території частин і з'єднань, у військових містечках та полігонах та ін.) їх відомчого підпорядкування.

Діяльність цих медико-санітарних служб має значні особливості, пов'язані із правовим режимом військових об'єктів, зокрема режимом

таємності, особливостями проходження громадянами військової служби, насамперед, значними фізичними і нервово-психічними навантаженнями на військовослужбовців і, відповідно, підвищеними вимогами до стану їх здоров'я та ін. Тому одним з важливих питань здійснення державного управління у цих спеціальних галузях управління є належна організація взаємодії між згаданими службами і, нарешті, між ними та державною системою охорони здоров'я населення. Проблеми періодичного виникнення техногенних катастроф і надзвичайних, аварійних ситуацій на об'єктах народного господарства призвели до необхідності створення окремої структури – системи медичних закладів медицини катастроф або екстремальної медицини. На початку така служба була сформована на базі Міністерства охорони здоров'я України, а в 1996 р. у зв'язку зі створенням Міністерства України з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи згадана служба була передана у склад цього міністерства [114, 1005/96].

Певні особливості у забезпеченні охорони здоров'я як пасажирів, так і своїх працівників є в галузі транспортного обслуговування громадян, що призводить до необхідності існування і діяльності в системі Міністерства транспорту України потужних медико-санітарних служб, найбільшою з яких є медико-санітарна служба залізничного транспорту.

Дотичним до здійснення державного управління в галузі охорони здоров'я органом є Державна інспекція України з питань захисту прав споживачів [116, с. 340]. Цей орган здійснює у межах своєї компетенції державний нагляд за додержанням технічних регламентів, стандартів, норм і правил. Держспоживінспекція України для виконання покладених на неї завдань має право в установленому порядку перевіряти у суб'єктів господарювання сфери торгівлі і послуг, у тому числі ресторанного господарства, якість продукції, додержання обов'язкових вимог щодо безпеки продукції, а також додержання правил торгівлі та надання послуг, та

виконувати інші функції, пов'язані із медико-санітарним благополуччям громадян.

Таким чином, поряд зі спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади – Міністерством охорони здоров'я України – окремі функції державного управління здійснюють також інші центральні органи виконавчої влади, що свідчить про складність завдань щодо охорони здоров'я населення і, відповідно, складність організаційно-правових механізмів вирішення і забезпечення цього питання.

На обласному ж рівні керівництво цією сферою здійснюють управління охорони здоров'я. Їх створюють відповідно до примірної схеми і примірного переліку управлінь та відділів обласної державної адміністрації наказом (розпорядженням) її голови.

Управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації є важливим органом виконавчої влади середньої ланки. Його важливість визначена тим, що воно є, з одного боку, спеціалізованим (галузевим) органом виконавчої влади області і його утворює обласна державна адміністрація, а з другого – як галузевий орган воно повинно вступати у службові відносини з Міністерством охорони здоров'я України, входить у систему органів виконавчої влади, які здійснюють державне управління у визначеній галузі відносин і наділені для цього відповідними владними повноваженнями. Ця «двоїстість» юридичної природи управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації проявляється у поєднанні в його діяльності як загальнодержавних, так і територіальних засад, і саме тому воно є головним «робочим» органом реалізації державної політики у галузі охорони здоров'я в області, з виконання законодавчих актів, урядових постанов і наказів Міністерства охорони здоров'я України на місці.

Водночас, якщо розуміти охорону здоров'я в широкому тлумаченні, як це подають Статут Всесвітньої організації охорони здоров'я, ряд інших міжнародно-правових актів, Основи законодавства України про охорону здоров'я, то слід відразу ж визнати, що згаданий орган виконавчої влади не

може забезпечити виконання цієї мети, оскільки не володіє для цього відповідними засобами і ресурсами. Так, зокрема, у ст. 3 Основ законодавства України про охорону здоров'я йдеться, що охорона здоров'я – це система заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних та психологічних функцій, оптимальної працездатності й соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя. Такі заходи за своїм характером можуть бути політичними, соціальними, організаційними, економічними, медичними, правовими, духовними та ін., і зрозуміло, що застосовувати їх, впливати на всі сфери суспільного життя (соціальну, економічну, культурну, духовну) управління охорони здоров'я не має достатніх повноважень. Аналіз положень про управління свідчить про те, що діяльність управління охорони здоров'я на 90% запрограмована не на охорону здоров'я населення, а на організацію і забезпечення надання населенню медико-санітарної допомоги. І тому загальноприйнятним вважають розуміння охорони здоров'я у вузькому значенні, тобто саме як організацію медико-санітарної допомоги населенню. Власне, це і є основою службової діяльності управління охорони здоров'я, з цього й випливають його основні завдання та функції.

Правовий статус управління охорони здоров'я обласної державної адміністрації був визначений на основі Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Київської та Севастопольської міської державної адміністрації, яке було затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 грудня 1998 р. № 1946 [85, с. 66]. В ньому було сказано, що обласні державні адміністрації розробляють свої конкретні положення про управління охорони здоров'я, які враховують конкретні місцеві умови, в тому числі й місцеву систему закладів охорони здоров'я, їх мережу та потужність, і які затверджує голова відповідної обласної державної адміністрації.

20 грудня 2000 р. була прийнята нова постанова, яка суттєво не змінила функції управління [87, с. 38]. Проте, відповідно до Постанови Кабінету міністрів України № 99 від 6 лютого 2013 р. зазначена постанова втратила

чинність [88, с. 72]. Таким чином, у цьому питанні на сьогодні залишається правовий вакуум.

До прийняття зазначеної постанови діяльність відділу охорони здоров'я районної державної адміністрації регулювалась Типовим положенням про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації, що було затверджено Постановою КМУ № 1364 від 28 листопада 2007 р. Відповідно до його норм, основними завданнями відділу були забезпечення реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я у відповідному районі; здійснення контролю за дотриманням законодавства та державних стандартів у сфері охорони здоров'я; координація діяльності закладів охорони здоров'я незалежно від форми власності та підпорядкування, пов'язаної з наданням лікувально-профілактичної допомоги населенню району.

Із вищесказаного можна зробити такі висновки:

- по-перше, нормативно-правова база вітчизняної охорони здоров'я недостатня і суперечить міжнародним зобов'язанням України. Законодавчий процес у сфері охорони здоров'я є хаотичним та дезорієнтованим щодо національних пріоритетів.

Ось лише деякі ознаки такого характеру законодавчо-правового забезпечення системи охорони здоров'я:

1) несумісність національних стандартів якості та відповідних санітарно-гігієнічних норм виробництва ліків, вакцин, тест-систем, медичного обладнання, продуктів харчування, питної води з міжнародними стандартами;

2) відсутність гарантій якості та безпечності національної служби донорства, що спричинено платним порядком донорства та дозволом переливати не перевірену на ВІЛ / СНІД кров;

3) нерозвиненість механізмів та інституцій громадського контролю за якістю надання медичної допомоги та повна залежність професійних об'єднань медиків від держави призводить до примітивності зворотної реакції суспільства на політику уряду в сфері охорони здоров'я. Як наслідок, система охорони здоров'я повністю відчужена від потреб громадян;

- по-друге, фінансове забезпечення охорони здоров'я, згідно з висновками вітчизняних та міжнародних експертів, вкрай недостатнє, нерегулярне, непланове та таке, що здійснюється за залишковим принципом і без урахування пріоритетності заходів.

Уряд України здійснює фінансування охорони здоров'я, керуючись тимчасовими інтересами державної бюрократії або політичної кон'юнктури.

Штучний відбір на виживання торкнувся всіх медичних професій, внаслідок чого частина з них, зокрема стоматологія, венерологія, косметологія, частково хірургія і гінекологія, є престижними та високооплачуваними. Натомість, решта професій, передовсім педіатрія, втратили престижність, а відповідні спеціалісти не отримують задовільного прибутку ні від держави, ні від приватної практики. У деяких вищих медичних закладах ліквідовано факультети педіатрії. Це призвело до значного погіршення якості надання медичної допомоги дітям, організм яких, особливо в ранньому віці, має значні морфофункціональні відмінності від дорослого організму.

Будь-яка держава сприймає систему державної охорони здоров'я як тягар і намагається перекласти оплату якомога більшої кількості медичних послуг на громадян. При цьому медичні працівники, які працюють в приватному секторі, зацікавлені в підвищенні ціни за свої послуги. Збалансування інтересів суспільства, держави та медичних працівників, захист від порушення прав людини на отримання медичної допомоги – все це буде важливе за умови, якщо будуть розвиватися недержавні інститути у сфері охорони здоров'я.

Через високу собівартість спеціальних методів обстеження, ліків, хірургічної допомоги, реабілітаційної медицини держава скорочує мережу медичних закладів, де надаються відповідні медичні послуги. Ця обставина, крайня обмеженість власного бюджету громадян та висока ціна приватних медичних послуг унеможливають отримання повної, вчасної та адекватної медичної допомоги майже 70% населення України.

У зв'язку з фактичною ліквідацією системи диспансерного контролю за хворими та особами в премобільному стані, високою вартістю ліків та діагностично-лікувальних процедур, девальвацією лікарської професії, зниженням довіри до медиків, переорієнтацією державної політики в сфері охорони здоров'я від профілактичної медицини в бік лікувальної – медична допомога надається по можливості, випадково, вона втратила свою плановість, етапність, тривалість та наступність.

У 2010 р. було розпочато масштабний експеримент, початок якому поклала Програма економічних реформ на 2010-2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», у відповідності з якою були прийняті Верховною Радою України Закони України: «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» та «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» [107, с. 149].

Однак, на теперішній час первинна допомога все ще не перебільшує 15% в об'ємах фінансування і складає до 5% показників загального об'єму медичної допомоги. Це призводить до необхідності значного (за різними джерелами від 800 до 1600 грн. в рік на одну особу) фінансування медичних послуг за рахунок особистих коштів громадян.

За даними досліджень ці витрати ідуть на придбання медикаментів (65%), гонорари (25%), оздоровлення і санаторне лікування (6%) та ін. (4%).

Комплекс суб'єктів правових відносин ринку медичних послуг складають: провайдери (заклади охорони здоров'я), медичні фахівці (лікарі, медсестри та ін.), споживачі (населення, пацієнти), структури влади, котрі здійснюють управління і забезпечують фінансування громадських медичних послуг – бюджетна система, фонди страхування.

Аналіз історичного розвитку систем охорони здоров'я країн Європи показує, що серед них (систем) обов'язковими є:



«Закон про основи законодавства про охорону здоров'я», який повинен подати у доступній формі організаційну модель надання громадських медичних послуг;

«Закон про медичну допомогу і медичні заклади», що визначає й регулює статус провайдерів медичної допомоги;

«Закон про права, обов'язки і об'єднання пацієнтів та медичних працівників» – визначає статус, порядок і процедури формування корпоративних асоціацій та інших інститутів громадянського суспільства, які декларують своє ставлення до процесу надання медичної допомоги.

«Закон про фінансову модель національної системи охорони здоров'я» – визначає фінансування і статус фінансових структур – платників за медичну допомогу [107, с. 149-150].

Що ж є інтегральною причиною фактичної відсутності національної системи охорони здоров'я в Україні?

З одного боку, була миттєво дезорганізована радянська система охорони здоров'я, з іншого – відбулося насильницьке, хаотичне, вибіркове впровадження так званих «ринкових» засад правовідносин на ринку медичних послуг. Все це сталося за відсутності соціально-економічних передумов та схваленої громадським консенсусом довгострокової програми реформ в такій надзвичайно соціально значимій сфері, як охорона здоров'я. Ціна такої стратегічної помилки для України вимірюється кількістю жертв, що порівнянна за часом та чисельністю хіба що з голодомором та війною.

Визнання Українською державою охорони здоров'я людини та санітарного нагляду як пріоритетних елементів системи національної безпеки країни, як це було зроблено гетьманом Павлом Скоропадським, є безумовним чинником докорінної реформи в сфері профілактики захворювань та надання медичної допомоги.

### Висновки до розділу 3

В результаті зречення від влади Гетьмана України Павла Скоропадського до влади прийшла Директорія, яка відновила Українську Народну Республіку. З поваленням Гетьманату і приходом до влади Директорії УНР МНЗтаО було збережене, але дещо зі зміненою структурою. Негативно на діяльності міністерства і його органів на місцях позначились «кадрові чистки», які були влаштовані Директорією. 14 січня 1919 р. урядом Директорії було видано наказ по МНЗтаО, відповідно до якого всі урядовці усіх відомств, як у центральних урядових інституціях, так і на місцях, які були призначені за часів гетьманщини, мали бути негайно звільнені зі своїх посад. Ці дії української влади в умовах браку кваліфікованих фахівців і складної епідеміологічної ситуації негативно позначились на діяльності міністерства.

Наказом нового уряду від 26 грудня 1918 р. було призначено нового міністра народного здоров'я, яким став Б. Матюшенко. Пізніше, відповідно до наказу Ради Народних Міністрів від 13 лютого 1919 р., міністром народного здоров'я став О. Корчак-Чепурківський, а згодом, 9 квітня 1919 р., міністром народного здоров'я спочатку призначили О. Білоуса, пізніше – Д. Одрину.

У зв'язку з військовими діями, міністерство у листопаді 1920 р. мало бути евакуйоване до Кам'янця, проте туди воно так і не доїхало через наступ більшовиків і згодом опинилось у Ченстохові (Польща), де, не маючи ні вказівок з центру, ні фінансових ресурсів, до січня 1921 р. ніякої роботи, фактично, не провадило. Робота МНЗтаО розпочалася з приїзду туди 17 січня 1921 р. департаменту загальних справ, у якому було зосереджено всю роботу по міністерству.

З січня 1921 р. обов'язки міністра НЗтаО часто виконував член Ради міністра доктор медицини Є. Лукасевич, а 30 березня 1921 р. міністром було призначено І. Липу. Офіційно останнім міністром народного здоров'я й опікування УНР був М. Левицький, який після еміграції уряду УНР до

м. Тарнова (Польща) у 1921 р. не лише обґрунтував необхідність ліквідації міністерства, але й наполягав на ній.

З архівних документів міністерства, що збереглися, особливо цікавими були плани і звіти періоду урядування І. Липи (30 березня – 5 серпня 1921 р.), який ретельно стежив за документацією і майже щотижня подавав звіти про проведену роботу до Ради Народних Міністрів. Уже в перші дні своєї діяльності на цій посаді він подав стислий план роботи міністерства. Його зміст свідчить, що передбачалося продовження справ, розпочатих у попередній період.

Станом на 28 червня 1921 р. міністерством було проведено докорінну реорганізацію і відновлення роботи двох департаментів – медичного і санітарного, розробку законопроектів про Раду міністра і вищого наукового органу при міністерстві – Вченого комітету, підготовлено законопроекти щодо надання фельдшерам права вступу на медичні факультети і призначення їм стипендій, про видачу субсидій Українському Червоному Хресту і основні принципи взаємовідносин між ним та міністерством.

Повний склад міністерства за зазначеною структурою і штатним розписом складав 94-104 особи, але в умовах евакуації та еміграції він часом скорочувався до кількох осіб. Позитивні результати роботи досягалися за рахунок високої кваліфікації, патріотизму та відповідальності багатьох працівників міністерства.

Як видно із розглянутих планів і діяльності МНЗтаО, як на батьківщині, так і в еміграції, важливою його функцією було створення правової бази для організації та керівництва системою охорони громадського здоров'я. Основним завданням у формуванні цієї системи було обґрунтування і опрацювання структури та функцій міністерства і його органів на місцях, які були стрижнем усієї системи і забезпечували її належне функціонування. Ця серйозна і велика робота розпочалася за доби Центральної Ради, коли Головна медично-санітарна управа ще працювала у складі Генерального секретаріату (Народного Міністерства внутрішніх справ), широко розгорнулася за участю

висококваліфікованої комісії за доби Гетьманщини, коли було створене окреме МНЗтаО, і нарешті завершена за доби Директорії.

Аналіз керівних кадрів МНЗтаО свідчить, що як за доби Української держави, так і за часів Директорії УНР у формуванні системи охорони громадського здоров'я в Україні брали активну участь українські лікарі-патріоти, які ще до революції зробили вагомий внесок в українське національне відродження, а під час революції більшість із них були учасниками національно-визвольних змагань. Майже всі вони пройшли школу земської медицини, під час Першої світової війни служили у війську, мали чималий лікарський і адміністративний досвід. Багато хто з працівників МНЗтаО України були і стали видатними ученими-фахівцями в різних галузях медицини, роль яких у становленні та розвитку української медичної науки і практики важко переоцінити.

Зрозуміло, що з огляду на обставини, в яких опинилася Директорія, (умови еміграції, часта зміна керівництва, брак коштів) чекати на поліпшення медичного забезпечення населення було марним. На цьому фоні позитивно виглядають здобутки Гетьманату в цій галузі. Деякі з них могли б бути використані і сьогодні в процесі реформи системи охорони здоров'я України.

Досвід Української держави може бути використаний в тому числі і при інституційній розбудові структури Міністерства охорони здоров'я України, зокрема, в процесі реформування міг бути б використаний позитивний досвід Санітарного департаменту Української держави. Адже саме завдяки його діяльності вдалося локалізувати вогнища епідемічних захворювань у 1918 р. В Україні небувалими темпами поширюються інфекційні хвороби, такі як гепатит, туберкульоз тощо. Як свідчить робота Санітарного департаменту Української держави, для боротьби з цими інфекціями доцільним є створення окремого підрозділу, який би опікувався цими питаннями. Було б доцільно цьому департаменту, як і його попереднику в Українській державі, надати право розроблення законопроектів, що мали б на меті охорону народного здоров'я і запобігання порушенням вимог

загальної гігієни і санітарної техніки, професійної гігієни та попередженню інфекційних і соціальних хвороб. Адже такі його повноваження дозволили б ефективно і, головне, оперативно протидіяти поширенню інфекційних хвороб.

Слід сказати, що пріоритетність охорони здоров'я, яка була пропагована у період Української держави, залишається такою і сьогодні, оскільки досвід Української держави очевидно вплинув на розроблення Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, що була затверджена Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. № 1313/2000.

У Концепції сказано, що вона спрямована на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування та управління у сфері охорони здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя. Аналіз Концепції свідчить, що завдання, які Україна ставить сьогодні, за 100 років майже не змінилися.

До сьогодні у незалежній Україні не розроблено повноцінної концепції реформування охорони здоров'я в ринкових умовах, відсутні також необхідні нормативно-правові акти для проведення цих реформ. Крім того, недоліком правової системи у галузі медичної допомоги є те, що медичне законодавство не систематизовано в одному законодавчому акті. В той час як важливою умовою формування медичного права є необхідність систематизації численного нормативного матеріалу.

Як тоді, так і зараз у системі управління у сфері охорони здоров'я реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій галузі та єдиних галузевих норм.

Позитивним у Концепції є і те, що передбачається розвиток державно-комунальної моделі надання медичної допомоги. Адже ця модель дуже добре

zareкомендувала себе ще у 1918 р. Аналогічним практиці Гетьманату, на нашу думку, є і втручання держави у цінову політику та до якості надання медичних послуг.

Позитивним використанням досвіду минулого є і повернення до запропонованої в Концепції сімейної медицини. Адже сімейний лікар може враховувати не лише генетичні особливості родини, але й стежити за здоров'ям людини від її народження протягом всього життя, що є вкрай важливим при лікуванні хронічних хвороб. Ще більш необхідним, на наш погляд, виходячи з досвіду минулого, є упорядкування мережі лікувально-профілактичних закладів.

Реформування фармацевтичної галузі передбачає створення та виробництво нових вітчизняних лікарських засобів. Саме це завдання перед собою ставило і МНЗтаО. Зокрема, воно працювало над випуском власних сироваток. На порядку денному міністерства було і забезпечення закладів охорони здоров'я населення якісними лікарськими засобами та виробами медичного призначення, підвищення ефективності діяльності аптечних закладів, вдосконалення матеріально-технічної бази галузі, істотне збільшення та оновлення фондів охорони здоров'я.

Враховуючи попередній досвід та й відповідно до нових уявлень про сутність державного регулювання і управління, на наш погляд, міністерство повинно виступати як провідник державної політики, як замовник науково обґрунтованого соціального замовлення медичній науці і практиці з розробки і впровадження нових методів запобігання, діагностики, лікування захворювань та реабілітації хворих.

Проблема визначення і правового закріплення повноважень міністерства полягає у тому, що в умовах формування та функціонування демократичної і правової держави, визначальні положення, що стосуються організації виконавчої влади, її окремих органів, здійснення в цілому державного управління повинні регулюватися не положеннями, нехай навіть затвердженими Кабінетом Міністрів України, які все ж таки мають силу

підзаконних актів, а саме законодавчими актами, тобто законами, прийнятими Верховною Радою України. Саме це і є одним із завдань започаткованої в Україні адміністративної реформи.

## ВИСНОВКИ

У висновках дисертації вирішено поставлену наукову задачу, яка полягала у доведенні ефективності механізму правового регулювання суспільних відносин у сфері охорони здоров'я в складних умовах того часу, та надано можливі шляхи застосування цього досвіду у процесі реформування системи охорони здоров'я України, шляхом проведення комплексного історично-правового аналізу організаційно-правових засад функціонування міністерств народного здоров'я та опікування Української держави та Директорії УНР. За результатами здійсненого дослідження сформульовано такі висновки і рекомендації, що мають теоретичне й практичне значення:

1. Провідними вченими розроблена концепція періодизації історіографії проблеми. Джерелознавчим та історіографічним проблемам української історії доби визвольних змагань і державотворення (1917–1921 рр.) присвячені монографії та дисертаційні роботи. Підкреслюється, що до цього часу слабо висвітленим залишається сам процес формування, персональний склад, аналіз механізму діяльності вищих органів влади та управління Української держави, Директорії УНР, які відповідали за становлення та функціонування соціально-трудової сфери життєдіяльності, тобто стосовно таких корінних питань як організація праці, заробітної плати, соціального страхування, охорони здоров'я, охорони праці, покращення житлових умов, боротьби з безробіттям тощо. При цьому сучасні дослідники доби Української держави та Директорії УНР, як і їх попередники, продовжують обходити увагою складні й динамічні процеси, що відбувалися в організації охорони здоров'я та соціального захисту населення цих періодів. Тож на сьогодні немає спеціальної праці, у якій би комплексно аналізувалась проблема управління охороною здоров'я в Українській державі, Директорії УНР, у цій надзвичайно важливій і актуальній нині сфері.

2. Упродовж багатьох століть українські землі були у складі різних держав. Історична доля України склалася таким чином, що українці, у тому



числі науковці й діячі медицини, упродовж сторіч не мали можливості працювати і творити для своєї держави. Але при відсутності української державності, формальної відсутності національних шкіл, соціальна медицина, організація системи охорони здоров'я в Україні існувала і розвивалася.

Зважаючи на необхідність вивчення історичного минулого нашого народу з метою врахування здобутків Української держави, Директорії УНР у цій царині при проведенні реформи системи охорони здоров'я в сучасній Україні, нами була зроблена спроба наукового дослідження діяльності міністерств народного здоров'я та опікування Української держави та Директорії УНР.

3. За час існування Української держави уперше в історії України було створено Міністерство народного здоров'я та опікування. Структура міністерства у складі 4 департаментів (медичного, санітарного, державного опікування та загальних справ), поділених на 16 відділів та 6 самостійних підрозділів, підпорядкованих безпосередньо міністру, охоплювала всі напрямки охорони здоров'я та соціального захисту і відповідала поставленим перед МНЗтаО завданням. Губернські лікарські управління, утворені на основі лікарських відділень губернських правлінь, отримали значні повноваження і, по суті, стали єдиними керівними структурами МНЗтаО у губерніях. В Українській державі йшов процес становлення місцевих органів МНЗтаО. Його особливість полягала у частковому відновленні місцевих органів охорони здоров'я колишньої Російської імперії з одночасним їх реформуванням відповідно до нових умов життя.

4. Міністерство розпочало перегляд лікарсько-санітарного законодавства, яке не відповідало тогочасним умовам, і створювало для цього комісії та секції за різними напрямками діяльності, зокрема була створена «Комісія з реформування лікарських управлінь». Нею були розглянуті основні положення законопроектів, напрацьованих під керівництвом проф. Г. Рейна і використаних у подальшій роботі. З метою реформування управління медичною справою МНЗтаО Української держави було створено спеціальну

комісію за участю провідних управлінців галузі і представників медичної громадськості. Одними із важливих законодавчих актів були затверджені «Законопроект про утворення судово-медичної ради», а також прийняті «Положення про Головну раду державного опікування» і «Положення про місцеві органи державного опікування».

5. В Українській державі (1918 р.) були реалізовані нормативно-правові основи розвитку галузі охорони здоров'я, що покладалися на відповідні центральні та місцеві органи влади, органи самоврядування різних рівнів, громадські спілки і суспільства. Організація боротьби з епідемічними захворюваннями за доби Української держави набула загальнодержавного значення. Санітарному департаменту МНЗтаО та органам місцевого самоврядування до певної міри, на скільки це було можливо за умов поширення одразу кількох пандемій – холери, «іспанки», тифу – вдалося взяти під контроль їх поширення та організувати ліквідацію. Саме при тісному співробітництві різних структур охорони здоров'я в Українській державі вдалося досягти певних успіхів у справі налагодження медичного обслуговування населення, зберегти від скорочення, а в окремих випадках і розширити мережу лікарняних, санаторно-курортних, фармацевтичних та спеціальних медичних закладів. Організовувало і координувало діяльність усіх цих органів і закладів МНЗтаО.

6. На результативності функціонування закладів охорони здоров'я та соціального захисту позначилися різні чинники. Перш за все далися ознаки руйнівні наслідки Першої світової війни, революції, впливу зовнішніх військових чинників. До негативних факторів впливу долучилися економічний занепад, фінансова криза, проблеми з підбором кадрів, соціальні вибухи, об'єктивний характер поширення епідемій, небажання налагодити співпрацю з відповідними органами та закладами з боку військових властей Австро-Угорщини та Німеччини. Без урахування всіх цих чинників об'єктивний аналіз процесу становлення та діяльності державних, місцевих,

громадських структур у галузі охорони здоров'я та опікування був би просто неможливий.

7. Директорія УНР прагнула, використовуючи позитивний досвід діяльності МНЗтаО за доби Української держави, забезпечити його ефективне функціонування, як важливої ланки соціальної політики держави. Діяльність міністерства за часів Директорії УНР можна оцінювати по-різному. Особливо значущим у роботі МНЗтаО був період урядування І. Липи.

Станом на червень 1921 р. міністерство провело докорінну реорганізацію своєї структури і відновило роботу двох департаментів – медичного і санітарного, а також розпочало розробку законопроектів про Раду міністра і вищий науковий орган при міністерстві – Вчений комітет, підготувало законопроекти щодо надання фельдшерам права вступу на медичні факультети і призначення їм стипендій, про видачу субсидій Українському Червоному Хресту і основні принципи взаємовідносин між ним та міністерством. Було також підготовлено: план охорони материнства і дитинства, положення та інструкції про губернські, повітові і міські призовні комісії, план про порядок реєстрації медичного персоналу УНР.

На основі Санітарно-лікарського статуту, який визначав основні принципи структури та функцій вищих органів виконавчої влади, порядок надходження і руху справ у підрозділах міністерств, їх виконання, ревізію та звітність було опрацьовано і затверджено Статут Міністерства народного здоров'я та опікування, який визначав основи організації та управління системою охорони громадського здоров'я в Україні.

Зрозуміло, що з огляду на обставини, в яких опинилася Директорія (умови еміграції, брак коштів, часта зміна керівництва), чекати на значне поліпшення медичного забезпечення населення було марним. На цьому фоні позитивно виглядають здобутки Української держави у цій галузі. Деякі з них могли б бути використані і сьогодні в процесі реформи системи охорони здоров'я України.

Досвід діяльності МНЗтаО Української держави, Директорії УНР може бути використаний в тому числі і при інституційній розбудові структури Міністерства охорони здоров'я України, зокрема, у процесі реформування міг би бути використаний позитивний досвід Санітарного департаменту Української держави. Адже саме завдяки його діяльності вдалося локалізувати вогнища епідемічних захворювань у 1918 р. В Україні великими темпами поширюються інфекційні хвороби, такі як гепатит, туберкульоз тощо. Як свідчить робота Санітарного департаменту Української держави для боротьби з цими інфекціями доцільним є створення окремого підрозділу, який би опікувався цими питаннями. Було б доцільно цьому департаменту, як і його попереднику в Українській державі, Директорії УНР надати право розроблення законопроектів, адже такі його повноваження дозволили б ефективно і, головне, оперативно протидіяти поширенню інфекційних хвороб.

Як і тоді, зараз у системі управління сферою охорони здоров'я реалізується принцип децентралізації зі збереженням відповідальності за результати діяльності на кожному рівні системи. Водночас передбачається збереження управлінської вертикалі для забезпечення реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я, дотримання державних соціальних нормативів у цій галузі та єдиних галузевих норм. Набуває розвитку державно-комунальна модель надання медичної допомоги, яка дуже добре зарекомендувала себе ще у 1918 р. Аналогічним практиці Української держави, на нашу думку, є і втручання держави у цінову політику та до якості надання медичних послуг.

Використання історичного досвіду українських лікарів може бути корисним і для знаходження механізму щодо підвищення ефективності сучасного стану галузі, стати важливим джерелом для побудови нової системи державного управління охороною здоров'я і, що теж важливо, стати ще однією спробою ліквідувати «білу пляму» щодо історії минулого України загалом.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авер'янов В.Б. Виконавча влада: конституційні засади і шляхи реформування / В.Авер'янов, О.Крупчан. – Харків: Право, 1998. – 37 с.
2. Андрусишин Б. І. Вищі державні органи регулювання соціально-трудовою сферою Української держави // Спецвипуск «Павло Скоропадський – останній гетьман України ( до 140-річчя від дня народження)». Національна та історична пам'ять: зб. наук. праць. Вип. 7. / Б. Андрусишин. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 114-123.
3. 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.
4. Андрусяк Т. Правові основи Гетьманської держави 1918 р. Останній гетьман / Т. Андрусяк // Ювілейний збірник пам'яті Павла Скоропадського. 1873-1945. – К., 1993. – С. 83-93.
5. Балейма Т.М. Охорона здоров'я як важливий напрям діяльності українських урядів доби національних змагань 1917-1921 рр. / Т.Балейма // Вістник Академії праці і соціальних відносин. – Вип. 1. – К., 2009. – С. 48-54.
6. Балейма Т.М. Соціальна політика національних урядів України у 1917-1920рр. (На матеріалах Подільської губернії): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / Т.Балейма – К., 2010. – 18 с.
7. Ветров І., Національні грошові знаки України 1917-1920 рр. / Ветров І., Виговський М. // Київська старовина, 1993. –№3. – С. 5-9.
8. Винниченко Ю.В. Відродження нації. – У 3-х тт. – Т. 3 / Винниченко В. – Київ-Відень, 1920. – С. 107-110.
9. Вороненко Ю.В. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України / Ю.Вороненко, Я.Радиш // Український медичний часопис. – 2007. – №1(57) – С. 45-49.

10. Вороненко Ю.В. Медичне право у системі права України: стан і перспективи розвитку / Ю. Вороненко, Я. Радиш. // Український медичний часопис. – 2006. – №5. – С. 5-10.
11. Гай-Нижник П.П. Фінансова політика уряду Української держави гетьмана П. Скоропадського (29 квітня – 14 грудня 1918 р.): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / П.Гай-Нижник. – К., 2000. – 20 с.
12. Ганіткевич Я. Історія медицини / Я. Ганіткевич, О. Голяченко. – Тернопіль, Вид-во «Лілія», 2004. – 146 с.
13. Ганіткевич Я. Історія української медицини в датах та іменах / Я.Ганіткевич. – Львів, 2004. – 368 с.
14. Ганіткевич Я. Українські лікарі-вчені першої половини ХХ ст. та інші наукові школи // (Бібліографічні нариси та бібліографія) / Я.Ганіткевич. – Львів, 2002. – 544 с.
15. Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення України / З.Гладун. // К.: Юрінком Інтер, 2007. – 712 с.
16. Гладун З.С. Державне управління в галузі охорони здоров'я / З.Гладун. // Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
17. Голяченко О.М. Рецензія на книгу Гладун З.С. Адміністративно-правове регулювання охорони здоров'я населення в Україні. /О. Голяченко // К.: Юрінком Інтер, 2007. – С. 5-6.
18. Гоцуляк С. Л. Розвиток санітарного законодавства в різних сферах життєдіяльності українського народу (історико-правовий аспект) / С. Гоцуляк // Актуальні проблеми науки історії держави і права: матеріали «круглого столу» присвяченого пам'яті проф. А. Й. Рогожина (Харків, 5 жовтня 2013 р.) / за ред.. В. Д. Гончаренка; Нац. ун-т «Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого»; Нац. акад. прав. наук України. – Х.: «Право», 2013. – С.208-211.
19. Грамота до всього українського народу. Наказ гетьмана П.Скоропадського // Державний вістник. – 1918. – №7. – 26.05. – С. 1.

20. Дзейко Ж. Правовий статус вищих органів державної влади періоду Гетьманщини / Ж. Дзейко // Розбудова держави, 1996. – №3. – С. 48-52.
21. Дорошенко Д. Історія України, 1917-1923 рр. у 2-х т.: документально-наукове видання / Д. Дорошенко. [Упоряд. К.Галушко]. – Вид-во «Темпора», 2002. – Т.2: Гетьманська держава 1918 року. – 352 с.: іл.
22. Епідемічна ситуація на Поділлі у травні 1918 р. // Нова рада. – 1918. – 29.05. – С. 3.
23. Жванко Л.М. Внутрішня політика Української держави у галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення (квітень-грудень 1918 р.): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / Л. Жванко. – Х., 2002. – 20 с.
24. Жванко Л.М. Внутрішня політика Української держави у галузі охорони здоров'я та соціального захисту населення (квітень-грудень 1918 р.): дис. на здобуття наукового ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / Л. Жванко. – Х., 2002. – 368 с.
25. Жванко Л.М. Всеукраїнські з'їзди діячів медицини доби Гетьманату П.Скоропадського / Л. Жванко // Вісник Харківського державного політехнічного університету: Зб. наук. праць. – Х.: Вид-во ХДПУ, 1999. – Вип. 38. – С.37-45.
26. Жванко Л.М. Основи політики Української держави у сфері охорони здоров'я та соціального захисту населення (квітень-грудень 1918) / Л. Жванко // Київська старовина, 2006. – №2. – С.63-75.
27. Жванко Л.М. Соціальні виміри Української держави (квітень-грудень 1918р.): монографія / Л. Жванко. – Х.: Вид-во «Прапор», 2007. – 224 с.
28. Жванко Л.М. Становлення Міністерства народного здоров'я та державного опікування Української держави Павла Скоропадського / Л. Жванко // Придніпровський науковий вісник. Гуманітарні науки. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 1998. – №93. – С. 81-85.
29. Жванко Л.М. Становлення судової медицини та медичної експертизи в Українській державі / Л. Жванко // «Право України», 2001. – №2. – С. 124-127.

30. Жванко Л.М. Уряд П. Скоропадського і боротьба за подолання епідемій серед місцевого населення і біженців / Л. Жванко // Київська старовина, 2005. – №6. – С. 112-130.
31. Закон про Головну медично-санітарну управу і департамент державного опікування Міністерства внутрішніх справ та всі підлеглі їм державні інституції // Державний вістник, 1918. – №8. – 31.05. – С. 1.
32. Закон про призначення членів Ради Міністрів Української держави // Державний вістник. – 1918. – №1. – 16.05. – С. 2.
33. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» // Відомості Верховної Ради України. – 1993. – №4. – С. 19.
34. Закон України «Про екстрену медичну допомогу» // Відомості Верховної Ради України. – 2013. – №30. – С. 340.
35. Івасюк В. Стан і перспективи національної системи охорони здоров'я / В. Івасюк // Голос України. – 1998. – 23.06. – С. 10-15.
36. Ігумнов С.М. Нарис розвитку земської медицини на Україні /С. Ігумнов // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я [Під ред. Дупленко К.Ф.]. – К.: Держмедвидавництво, 1957. – 385 с.
37. Калакура Я.С. Українська історіографія: Курс лекцій / Я.Калакура. – К.: Генеза, 2002. – С. 441.
38. Капелюшна М. Державотворення та правотворення доби української революції 1917-1921 рр. у новітніх дослідженнях правознавців // Українська революція 1917-1921 років: погляд із сьогодення / М. Капелюшна: Міжнародна наукова конференція 25 квітня 2012 р. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 630-639.
39. Капелюшний В.П. Соціальна політика в Україні 1917-1921 рр. // Здобута і втрачена незалежність: історичний нарис української державної доби національно-визвольних змагань (1917-1921 рр.) / В. Капелюшний. – К., 2003. – С. 309.



40. Капелюшний В.П. Соціальна політика національних урядів України (1917-1920 рр.): історіографічні аспекти проблеми / В. Капелюшний, Т. Балейма // Проблеми історії та історіографії України – К.: Логос, 2006. – С. 38.
41. Ковальчук М. Перша світова війна і Українська держава П. Скоропадського 1918 р. / М.Ковальчук // Київська старовина, 2008 – Листопад-грудень. – №2. – С.30-61.
42. Колосова О.О. Організація охорони здоров'я та соціальне забезпечення населення України у час правління національних урядів 1917-1921 рр. / О. Колосова // Вісник Запорізького національного університету. – №2. – Запоріжжя, 2010. – С. 21-33.
43. Колосова О.О. Правове регулювання соціального забезпечення у Наддніпрянській Україні: автореф. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.01 «Теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень» / О. Колосова. – Одеса, 2012. – 20 с.
44. Колосова О.О. Правові підстави діяльності Міністерства народного здоров'я часів Директорії УНР / О. Колосова // Юридична відповідальність: проблеми теорії та практики – К.: Ін-т держави і права ім. В.М. Корецького НАН України, 2010. – С. 102-105.
45. Коник С. Державне управління охороною здоров'я у період Гетьманату та у добу УНР/ С. Коник, Я. Радиш // Вісник УАДУ при Президентіві України. – №4. – К., 2003. – С.24-34.
46. Коник С.М. Становлення вищих та центральних органів виконавчої влади Української держави 1918 року: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з держ. управління: спец. 25.00.01 «Теорія та історія державного управління» / С. Коник. – К., 2002. – 20 с.
47. Конституція України. Коментар основних положень Конституції України щодо захисту прав і свобод людини і громадянина / [Упор. М.І. Хавронюк]. – Літера ЛТД, 2008. – 112 с.
48. Копиленко О.Л. Держава і право України 1917-1920 рр. / О. Копиленко, М. Копиленко // Право України, 1997. – 208с.

49. Копиленко О.Л. З досвіду законотворчості УНР та Української держави / О. Копиленко, М. Копиленко // Право України, 1995. – №5-6. – С. 52-54.
50. Кошторис витрат на опікування дітей протягом 1918 р. // Державний вістник. – 1918. – №57. – 12.09. – С.2.
51. Красніцький А. Українські державотворчі процеси 1917-1920 років у науковому доробку істориків права: досягнення та перспективи дослідження / А. Красніцький // Українська революція 1917-1921 років: погляд із сьогодення: Міжнародна наукова конференція 25 квітня 2012 р. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 640-649.
52. Криштопа Б.П. Органи управління та керівництво охороною здоров'я в період української державності 1917-1919 рр. / Б. Криштопа // Агапіт, 2000. – №12. – С. 3-4.
53. Кульчицький С.В. Українська держава часів Гетьманщини / С. Кульчицький. – УГЖ, 1992. – №7-8. – С. 60-70.
54. Курорт Березівські мінеральні води. Історія і сучасність: 1862-2012 / А. І. Сердюк, Б. А. Рогожин, Л. Д. Тондій та ін.; під ред. А. І. Сердюка, Б. А. Рогожина. – Харків: «Золотые страницы», 2012. – 400 с. (Російською мовою).
55. Лісабонська декларація стосовно прав пацієнта // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/990016>.
56. Мандебура Т. О. Історія державотворення // Конституція України – Основний Закон суспільства, держави, людини: Науково-метод. рекомендації / Кол. авт.; Керів. авт. кол. – І. Ф. Надольний. – К.: Вид-во УАДУ при Президентові України, 1998. – С. 31-38.
57. Мартиненко О.В. Медична галузь в Україні (історичний період 1917-2007рр.) / О. Мартиненко. – К.: Вид-во «Україна», 2007. – 98 с.
58. Матеріали I Всеукраїнського з'їзду делегатів союзів «увічних вояків» // Русский голос. – 1918. – 14 июля.
59. Матеріали до історії української медицини. Т. 2 / [За ред. П. Джуля. Видання Українського лікарського товариства Північної Америки]. – Чикаго, 1998. – 298 с.

60. Машевський О.П. Політика уряду П. Скоропадського у галузі освіти, науки, мистецтва (квітень-грудень 1918 року): автореф. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / О. Машевський – К., 1997. – 20 с.
61. Медична секція українського наукового товариства у Києві – перша наукова організація українських лікарів у наддніпрянської України / [За ред. Пундія П.] // Українські лікарі. Книга 1. Естафета поколінь національного відродження. – Львів-Чикаго, 1994. – С. 271-277.
62. Мельник О. О. Реформування органів місцевого самоврядування за доби Гетьманату // Спецвипуск «Павло Скоропадський – останній гетьман України (до 140-річчя від дня народження)». Національна та історична пам'ять: зб.наук. праць. Вип. 7. / О. Мельник. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 124-130.
63. Мироненко О.М. Верховне управління Українською державою (квітень-грудень 1918 р.) / О. Мироненко // Правова держава. – 1995. – Вип. 6. – С. 123-134.
64. Москаленко В.В. Сутність соціального захисту та його місце у політиці соціальної держави / В. Москаленко // Наукові записки НаУКМА. – Т.21. Політичні науки. – К.: Видавничий дім «КМ Академія», 2003. – С. 41-44.
65. Мякота С.Є. Економічна політика уряду Української держави (квітень-грудень 1918 року): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України». – К., 1997. – 20 с.
66. Найближчі завдання та схема організації санітарної статистики в Україні // Вістник МНЗтаО. – 1918. – Липень.– Ч.8. – С. 88-93.
67. Накази гетьмана П. Скоропадського про посадові переміщення по МНЗтаО // Державний вістник. – 1918. – №26. – 22.07. – С. 3.
68. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №370 від 01.06.2009 р. про затвердження «Порядку госпіталізації пацієнтів бригадами швидкої медичної допомоги у лікувально-профілактичні установи» // Офіційний вісник України, від 02.10.2009 р. – № 72, стор. 44, стаття 2516.

69. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №646 від 05.10.2011 р. Про затвердження Порядку організації медичного обслуговування та направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я, що надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу // Офіційний вісник України від 29.02.2011р. – №99, стор.184, стаття 3649.
70. Наказ П. Скоропадського про призначення нового складу Ради міністрів // Державний вісник. – 1918. – №71. – 16.11. – С. 2.
71. Народа завідуючих губернськими санітарними бюро при МНЗтаО 22-25 травня 1918 р. // Вісник МНЗтаО. – 1918. – Ч.10. – С. 109-120.
72. Нижник Н.Р. Державне управління в Україні: проблеми і перспективи / Н. Нижник // Вісник УАДУ при Президентові України, 1996. – №1. – С. 102-116.
73. Організація МНЗтаО // Вісник МНЗтаО. – 1918. – Липень. – Ч. 11. – С. 146-152.
74. Основи законодавства України про охорону здоров'я // Ваше здоров'я, 1996. – 7-13 грудня. – № 49 (185).
75. Осташко Т. Пріоритети соціально-економічної політики Гетьманату Павла Скоропадського / Т. Осташко.// Проблеми вивчення історії Української революції 1917-1921 років. – К.: Інститут історії України, 2010. – №5. – С. 145-176.
76. Павло Скоропадський. Спогади. Кінець 1917-1918 рр. / П. Скоропадський. – Київ-Філадельфія, 1995. – 495 с.
77. Пиріг Р. Я. Державно-політична модель Гетьманату 1918 року: проблеми визначення / Р. Пиріг // Українська революція 1917-1921 років: погляд із сьогодення: Міжнародна наукова конференція 25 квітня 2012 р. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 98-105.
78. Пиріг Р.Я. Павло Скоропадський: штрихи до політичного портрету / Р. Пиріг, Ф. Проданюк // Український історичний журнал, 1992. – №9. – С. 91-105.
79. Пиріг Р. Я. Правляча еліта Української держави 1918 року: Проблеми національної ідентифікації // Спецвипуск «Павло Скоропадський – останній

гетьман України ( до 140-річчя від дня народження)». Національна та історична пам'ять: зб. наук. праць. Вип. 7. / Р. Пиріг. – К.: Український інститут національної пам'яті, 2013. – С. 48-55.

80. Подковенко Т.О. Становлення системи законодавства України у 1917-1920 роках (Українська Центральна Рада, Гетьманат П. Скоропадського, Директорія УНР): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.01 «Теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень» / Т. Подковенко. – К., 2004. – 21 с.

81. Положення про вищу та середню освіту фармацевтів // Нова рада. – 1918. – 12 липня.

82. Положення про захист прав та конфіденційність пацієнта // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/990056>.

83. Положення щодо стратегії в галузі догляду за пацієнтами з тяжкими хронічними болями у разі невиліковних захворювань // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/900041>

84. Поляруш С.І. Становлення і діяльність органів державної опіки та громадської благодійності на лівобережній Україні (1775-1918 рр.): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / С. Поляруш. – К., 1996. – 20 с.

85. Постанова Кабінету Міністрів України (далі – КМУ) від 10 грудня 1998 р. №1946. «Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної Київської та Севастопольської міської державної адміністрації» // Офіційний вісник України від 31.12.1998 р., №50, стор. 66.

86. Постанова КМУ від 18 жовтня 1999 р. №1913 «Про затвердження Статуту Академії медичних наук України» // Офіційний вісник України від 05.11.1999 р., №42, стор.128.

87. Постанова КМУ від 20 грудня 2000 р. №1845 «Про затвердження Типового положення про управління охорони здоров'я обласної, Севастопольської міської державної адміністрації та Головного управління охорони здоров'я

Київської міської державної адміністрації» // Офіційний вісник України від 05.01.2000 р., №51, стор. 38, стаття 2207.

88. Постанова КМУ від 6 лютого 2013 р. «Про визнання такими, що втратили чинність, деяких постанов КМУ» // Офіційний вісник України від 22.02.2013 р., №12, стор. 72, стаття 458.

89. Про відкриття в Україні оздоровчих закладів // Нова рада. – 1918. – 10.07.

90. Проданюк Ф.М. Внутрішня політика Української держави (29 квітня-14 грудня 1918 року): автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. іст. наук: спец. 07.00.01 «Історія України» / Ф. Проданюк – К., 1997. – 23 с.

91. Проект доктрини Концепції охорони здоров'я // Народне здоров'я, 1993, березень. – № 5. – С. 67.

92. Проект статуту бюро із закупівлі за кордоном фармацевтичних апаратів // Нова рада. – 1918. – 25 вересня.

93. Проект статуту медично-санітарної Ради України // Українські медичні вісті. – 1918. – Ч.1. – 15 січня. – С. 28-30.

94. Проект тимчасового статуту щодо установи уповноважених МНЗтаО // Державний вісник. – 1918. – №68. – 08.11. – С. 3.

95. Про затвердження вартості медикаментів та оплати за приготування ліків // Робітнича газета. – 1918. – 15 серпня.

96. Про організацію по губерніях «Врачебно-санітарних управлінь» / Доп. С. Наумченка // Вісник МНЗтаО, 1918. - Липень. – Ч. 7. – С. 79-80.

97. Про поширення в Україні антиурядових настроїв // Нова рада. – 1918. – 11 червня.

98. Про структуру Міністерства народного здоров'я та опікування // Вісник МНЗтаО. - 1918. - Липень. – Ч. 11. – С. 146-152.

99. Пундій П. Українські лікарі: Бібліографічний довідник. Кн. 1. Естафета поколінь національного відродження / П. Пундій. [Голов. ред. Я. Ганіткевич]. – Львів, 1994. – 327 с.

100. Пшенишна О. Внутрішня політика кабінету міністрів Української держави 1918 р. (На прикладі роботи Міністерства народного здоров'я та

опікування) / О. Пшенишна // Волинські історичні записки. – Т.1. – Луцьк, 2008. – С. 247-252.

101. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (монографія) / Я. Радиш. – К.:Вид-во УАДУ при Президентові України, 2001. – 360 с.

102. Радиш Я.Ф. Роль і місце українських лікарів минулого у державотворенні та реформуванні державницького підходу до медичного забезпечення (історичний аспект) / Я. Радиш // Вісник УАДУ при Президентові України, 2001. – №2. – С. 177-186.

103. Реєнт О.П. Павло Скоропадський / О. Реєнт. – К.: Альтернатива, 2003. – 304 с.

104. Рекомендація Комітету міністрів державам-учасницям стосовно правового захисту осіб, які страждають на психічні розлади, що примусово утримуються як пацієнти, NR(83)2 // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994074>.

105. Рекомендація Комітету міністрів державам-учасницям стосовно проблеми пацієнта як активного учасника свого власного лікування NR(80)4 // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/994072>.

106. Робота санаторно-курортного відділу МНЗтаО по створенні мережі санаторіїв для хворих з числа військовополонених // Земське діло. – 1918. – 27 липня.

107. Рогожин Б. А. Проблеми правового забезпечення реформ системи охорони здоров'я в Україні (рос. мовою) / Б. Рогожин // Актуальні проблеми науки історії держави і права: матеріали «круглого столу», присвяч. пам'яті проф. А.Й. Рогожина (Харків, 5 жовтня 2013 р.) / за ред. В. Д. Гончаренка; Нац. ун-т «Юрид. акад.. України ім. Ярослава Мудрого»; Нац. акад. прав. наук України. – Х.: Право, 2013. – 256 с.

108. Румянцев В.О. Українська державність: 1917-1922 (форми і проблеми розбудови) / В. Румянцев – Х.: Основа, 1996. – 164 с.

109. Скоропадський П. Спогади (кінець 1917-грудень 1918) / П. Скоропадський. – Київ-Філадельфія, 1995. – 493 с.
110. Солдатенко В.Ф. Українська революція: концепція та історіографія / В. Солдатенко // Пошуково-видавниче агентство «Книга Пам'яті України». – К., 1997. – 416 с.
111. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / [Під ред. Ю.В. Вороненка, В.Ф. Москаленка]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 680 с.
112. Стеценко С.Г. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні / С. Стеценко, І. Сенюта // Право України, 2007. – №6. – С. 96-100.
113. Стеценко С.Г. Медичне право України / С. Стеценко, В. Стеценко, І. Сенюта. – К.: Вид-во «Правова єдність», 2008. – 507 с.
114. Указ Президента України від 28 жовтня 1996 р. № 1005/96 з питань надзвичайних ситуацій та у справах захисту населення від наслідків Чорнобильської катастрофи від 28 жовтня 1996 р. №1005/96 // Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1005/96>.
115. Указ Президента України «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» // Офіційний вісник України від 22.12.2000 р., №49, т. 1, стор. 5, стаття 2116.
116. Указ Президента України «Про Положення про Державну інспекцію України з питань захисту прав споживачів» // Офіційний вісник України від 26.04.2011, № 29, стор. 340, стаття 1271.
117. Україна: Хроніка ХХ століття. Довідкове видання. Рік 1918 / [Авт. кол. О. Андрощук, О. Бажан, Г. Басараба, Н. Барановська, О.Бойко та ін.]. – К., 2005. – 360 с.
118. Українська революція і державність (1917-1920 рр.) / [Бевз Т.А., Веденєєв Д.В., Голущак Г.Л., Коріненко П.С., Солдатенко В.Ф.]. – К.: Парламентське вид-во, 1998. – 247 с.
119. Українська Центральна Рада: Документи і матеріали. У 2-х т. – Т. 2. – К., 1997. – С. 128-130.



120. Українське державотворення: Невитребуваний потенціал. Словник-довідник / [Авт. кол. О. Мироненко, О. Римаренко, Ю. Усенко, І. Чехович ]. – К.: «Либідь», 1997. – 560 с.
121. Українські Медичні Вісті. – Ч. 1-13 / [Гол. ред. Є.К. Лукасевич]. – Вид-во «Всеукраїнська спілка лікарів», 1918. – 396 с.
122. Управління медичною справою (медично-санітарною допомогою, охороною здоров'я в Україні. Друга половина XVII-кінець XX ст.) // Соціальна медицина та охорона здоров'я. / [Під ред. Вороненко Ю.В., Москаленко В.М.]. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. – 598 с.
123. Утворення санітарно-епідемічних рад по боротьбі з холерою // Вістник МНЗтаО, 1918. - Липень. – Ч.12. – С. 162-165.
124. Хорош И.Д. Строительство советского здравоохранения в УССР в год решающих побед Красной армии на фронтах гражданской войны (1919) / И.Хорош // Первые годы становления советского здравоохранения в Украине (1918-1920 гг.). – К.: Госмедиздат УССР, 1963. – С. 46-52.
125. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України (далі ЦДАВО України). - Фонд (Ф.) 1035 Міністерство народного здоров'я та опікування (МНЗтаО), опис (оп.) 1, справа (спр.) 82. Департамент державного опікування. Бюлетні інформаційного бюро МНЗтаО, 88 арк.
126. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 81. Департамент державного опікування дітей (відділ). Протоколи нарад з питань опікування. Положення про Головну раду і органи державного опікування, 25 арк.
127. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп.1, спр. 75. Департамент загальних справ, відділ фінансовий. До департаменту державного опікування, 94 арк.
128. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 36. Законопроект тимчасового положення ради і переписка із закладами по судово-медичній раді, 46 арк.

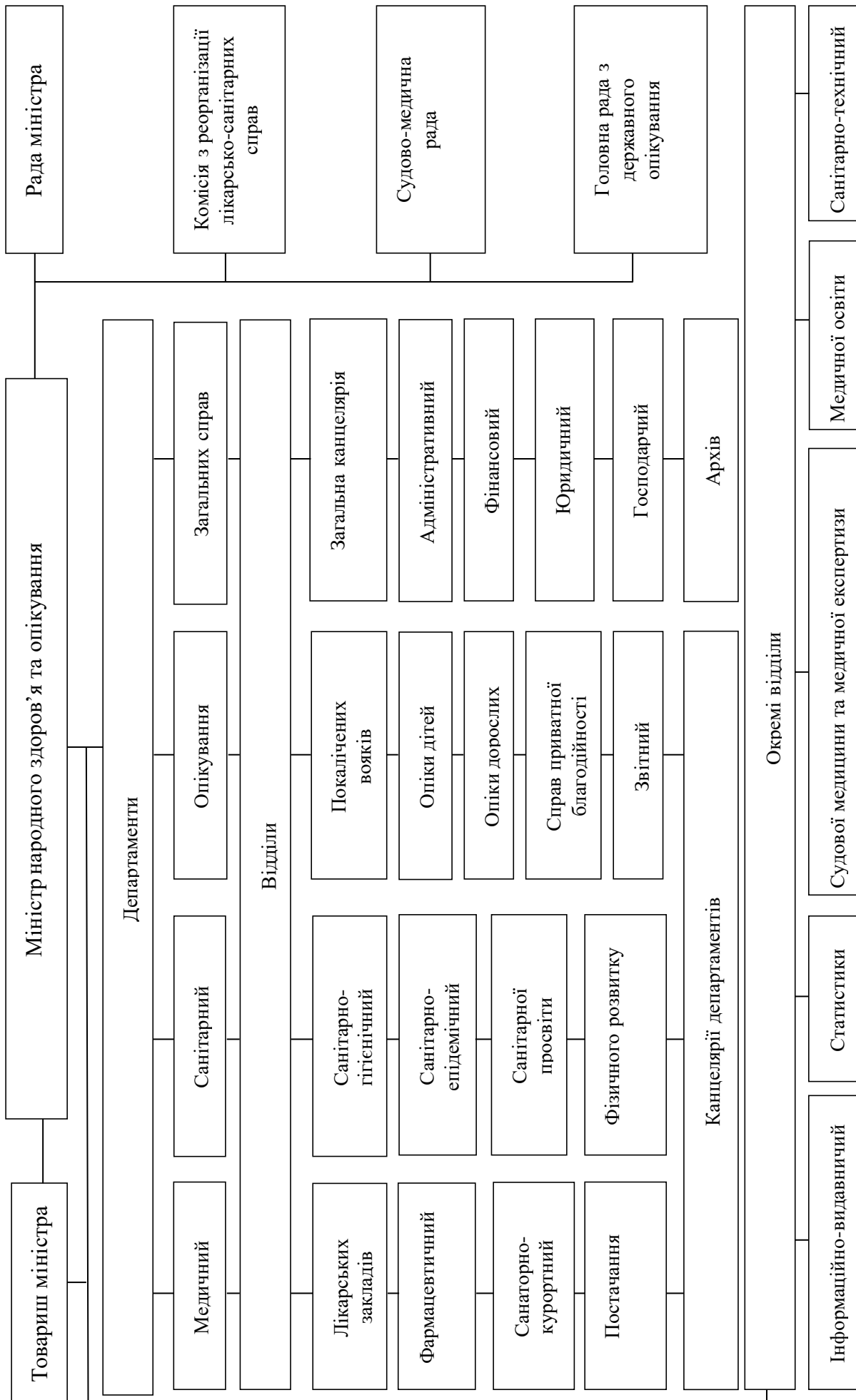
129. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 20. Листування з губерньськими лікарськими інспекторами, міністерствами і повітовими лікарями про адміністративний поділ губерній, про особовий склад, 24 арк.
130. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 21. Листування з міністерством з організаційних питань, 23 арк.
131. ЦДАВО України. - Ф. 1035, МНЗтаО, оп. 1, спр. 1. Наказ гетьмана про склад Ради Міністрів. Звіти про діяльність департаменту державного опікування, 125 арк.
132. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 6. Накази по міністерству, департаментам і відділам, 223 арк.
133. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 3. Переписка з відділами. Про склад відділу судової медицини, 57 арк.
134. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп.1, спр. 61. Переписка з Українським Червоним Хрестом по медично-санітарних заходах і боротьбі з інфекційними захворюваннями, 33 арк.
135. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 79. Порядок вироблення призначень і опублікувань, 86 арк.
136. ЦДАВО України. - Ф. 1064 Постанови і накази Ради міністрів Української держави у 1918 р., оп. 1, спр. 4. Постанова Ради міністрів Української держави про асигнування коштів МНЗтаО на боротьбу з холерою, 151 арк.
137. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 87. Про діяльність департаменту державного опікування, 15 арк.
138. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 76. Проект законів до Ради міністрів про асигнування грошей заходам з опіки дітей, 121 арк.
139. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 24. Проекти законів по МНЗтаО про відділення санітарно-технічного відділу із санітарного департаменту, 13 арк.
140. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп.1, спр. 77. Про опікування інвалідів і дітей, 31 арк.

141. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп 1, спр.18. Про організацію головного управління охорони здоров'я і його органів місцевого самоврядування, 223 арк.
142. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 19. Протоколи комісії з організації місцевих санітарних органів. Список членів комісії з реформи лікарських управлінь і наказ міністерства. Список законопроектів міністерства, 199 арк.
143. ЦДАВО України. - Ф. 1035 МНЗтаО, оп. 1, спр. 27. Протоколи комісії з реформи справ судової медицини і медично-адміністративної експертизи, матеріали до них і список членів комісії, 168 арк.
144. ЦДАВО України. - Ф. 1064 Рада міністрів Української держави, оп. 2, спр. 15. Про складання Ради міністрів із себе повноважень і передачі влади Директорії, 15 арк.
145. ЦДАВО України. - Ф. 1035, оп. 1, спр. 58. Справи по військовому відомству. Переписка з військово-санітарним управлінням з організації протиепідемічних питань, 28 арк.
146. ЦДАВО України. - Ф. 1065 МНЗтаО УНР, оп. 4, спр. 84. Закон Директорії про ліквідування МНЗтаО і матеріали до нього, 8 арк.
147. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 2. Закони Директорії, Постанови міністра народного здоров'я та опікування, пояснюючі записки до них, спр. 2. Тимчасовий статут перестереження та боротьби проти пошесних хвороб, 245 арк.
148. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 3. Закони Ради міністрів і МНЗтаО. Спр. 14. Інструкція про порядок діяльності, план роботи, звіт і список урядовців петлюрівського МНЗтаО, 31 арк.
149. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 2, спр. 8. Листування з відділом постачання про видачу матеріалів співробітникам МНЗтаО, 88 арк.
150. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 3, спр. 2. Листування з медичними закладами про їх фінансування та постачання медикаментами. Про надання медичної та соціальної допомоги, 48 арк.

151. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 2, спр. 19. Про передачу справ МНЗтаО до Головної управи товариства Червоного Хреста, 27 арк.
152. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 1, спр. 66. Про санітарний та медичний стан в Україні і план роботи МНЗтаО, 12 арк.
153. ЦДАВО України. - Ф. 1604 МНЗтаО УНР, оп. 2, спр. 1. Тимчасовий закон «Про забезпечення пенсією і допомогою осіб медичного персоналу на випадок захворювання або смерті від участі у боротьбі з гостро-заразними хворобами», 233 арк.
154. ЦДАВО України. - Ф. 2199 Міністерство фінансів Української держави 1918 р., оп. 1, спр. 11. Кошториси Міністерств сповідань, народного здоров'я та опікування, праці, торгу і промисловості, шляхів та державного контролю, 246 арк.
155. ЦДАВО України. - Ф. 3325 Штати міністерств, оп. 1. Спр. 242. Штати гетьманського міністерства охорони народного здоров'я та опікування, 30 арк.
156. Ціборовський О.М. Відновлення і становлення української державності // На варті здоров'я: історія становлення соціальної медицини і охорони здоров'я / О.Ціборовський. – К.: ФАКТ, 2010. – С. 239-260.
157. Ціборовський О.М. Охорона здоров'я в Українській державі (доба Гетьманщини / О. Ціборовський. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – №2. – С.147-151.
158. Ціборовський О.М. Охорона здоров'я в УНР та Директорії (1918-1921 рр.) / О. Ціборовський // На варті здоров'я: історія становлення соціальної медицини і охорони громадського здоров'я. – К.: ФАКТ, 2010. – С. 239-260.
159. Ціборовський О.М. Перші кроки до становлення системи охорони здоров'я в незалежній Україні (доба Центральної Ради). /О. Ціборовський //Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. - №1. – С. 103-104.
- 160.Ціборовський О.М. Реформа системи охорони здоров'я України 1918р. / О. Ціборовський // Україна, Здоров'я нації. – 2007. – №1. – С.150-153.

161. Ціборовський О.М. Реформування медичної освіти в Україні на початку ХХ ст. / Ціборовський О. // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – Київ-Тернопіль, «Укрмедкнига», 2007. – С. 86-91.
162. Ціборовський О.М. Стан організації та управління медичною справою на початку ХХ с. (За даними правових документів) / О. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я. – 2007. – №3. – С. 59-66.
163. Ціборовський О. М. Українські вчені – ініціатори і піонери створення перших Міністерств охорони здоров'я / О. Ціборовський // Охорона здоров'я України. – 2008. - №2. – С. 69-74.
164. Шемшученко Ю.С. Теоретичні проблеми формування правової держави /Ю. Шемшученко // Право України. – 1955. - №12. – С.8.
165. Яременко О.І. Система центральних органів державного управління Української держави (квітень-грудень 1918 р.) / О. Яременко // Вісник УАДУ при президенті України. – 1998. – №4. – С.40-47.
166. Мирский М.Б. Медицина в России XVII-XIX веках / М. Мирский // Российская политическая энциклопедия (РОССПЕН). – М., 1996. – 400 с.
167. Устав врачебный // Свод законов Российской империи / СПб.: Изд. кодифицированного отдела при государственном совете. – 1892. – Т. XIII. – С. 12-27.

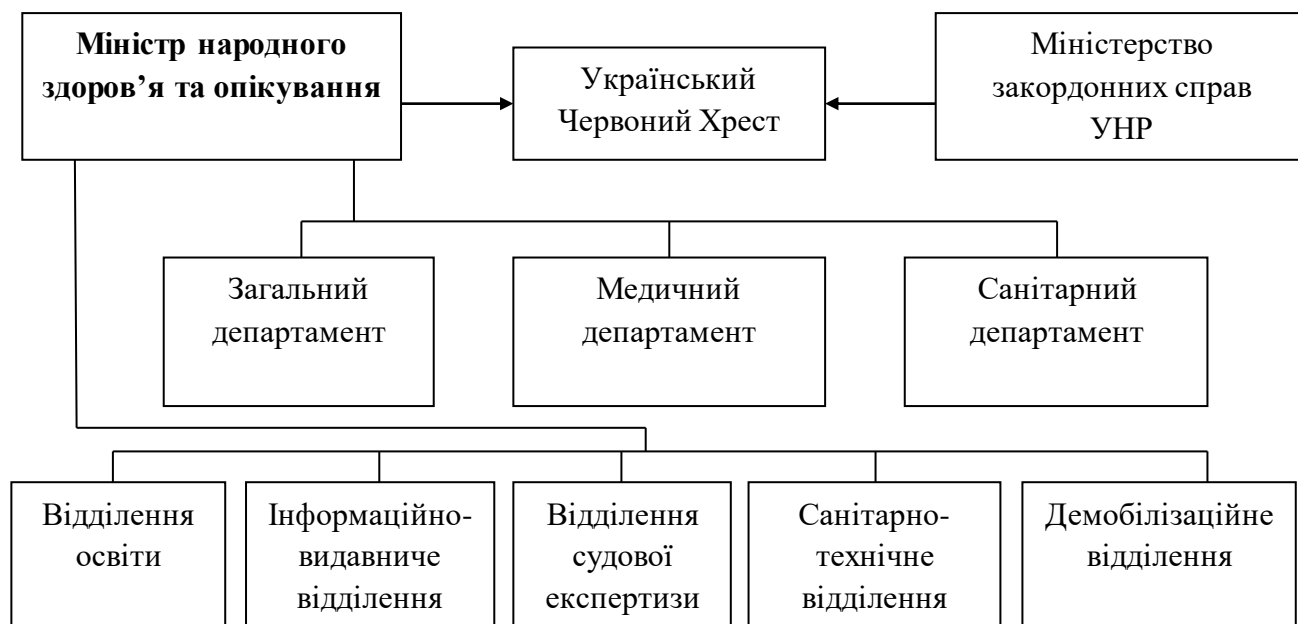
**Структура Міністерства народного здоров'я та опікування станом на 24 вересня 1918 р.**



Складено за: Коник С. Державне управління охороною здоров'я у період Гетьманату та у добу УНР / С. Коник, Я. Радич // Вісник УАДУ при Президентові України. – №4. – К., 2003. – С. 26.

## ДОДАТОК 2

Структура Міністерства народного здоров'я та опікування в уряді Директорії УНР.



Складено за: Коник С. Державне управління охороною здоров'я у період Гетьманату та у добу УНР/ С. Коник, Я. Радши // Вісник УАДУ при Президентіві України. – №4. – К., 2003. – С. 32.

## ДОДАТОК 3

Штати Міністерства народного здоров'я та опікування  
від 24 вересня 1918 року.

Назва посад	Кількість осіб	Платня за рік одному, крб.
Міністр	1	24000
Товариш міністра	1	18000
Члени Ради міністра	5	12000
Юрисконсульти	2	12000
Лікар	1	6000
Департамент загальних справ		
Директор	1	15000
Віце-директор	1	12000
Начальники відділів	5	10000
Лікарі для доручень	3	9000

Урядовці для доручень	3	9000
Старші діловоди	3	7200
Діловоди	8	6600
Канцелярські урядовці	47	5400
Завідуючий господарчою частиною	1	9000
Старший бухгалтер	1	9000
Бухгалтери	2	7200
Скарбники	1	6600
Рахівники	4	4800
Екзекутор	1	5400
Архіваріус	1	6600
Помічник архіваріуса	1	5400
Практиканти	5	1800
Департамент медичний		
Директор	1	15000
Віце-директор	1	12000
Начальники відділів	5	10000
Лікарі для доручень	8	9000
Урядовці для доручень	5	9000
Фахівці	13	від 7200 до 12000
Діловоди	11	від 6600 до 7200
Помічники діловодів	14	54000
Канцелярські урядовці	28	від 3000 до 4200
Практиканти	5	1800
Департамент санітарний		
Директор	1	15000
Віце-директор	1	12000
Начальники відділів	4	10000
Лікарі для доручень	6	від 7200 до 9000
Фахівці	9	від 7200 до 12000
Старші діловоди	5	7200
Діловоди	23	6500
Канцелярські урядовці	35	від 3000 до 4200
Практиканти	5	1800
Департамент опікування		
Директор	1	15000



Віце-директор	1	12000
Начальники відділів	5	10000
Фахівці	4	від 7200 до 12000
Інспектори	4	від 6000 до 9000
Старші діловоди	6	7200
Діловоди	8	6000
Помічники діловодів	12	5400
Канцелярські урядовці	38	від 3000 до 4200
Практиканти	5	1800
Окремі відділи		
Відділ медичної освіти		
Начальник відділу на правах віце-директора	1	12000
Помічник начальника відділу на правах начальника відділу	1	10000
Фахівці	3	від 7200 до 12000
Лікарі для доручень	1	9000
Старші діловоди	1	7200
Діловоди з помічниками	5	від 5400 до 6600
Канцелярські урядовці	6	від 3000 до 4200
Відділ судової медицини і медичної експертизи		
Начальник відділу на правах віце-директора	1	12000
Помічник начальника відділу на правах начальника відділу	1	10000
Фахівці	3	від 7200 до 12000
Лікарі для доручень	2	від 7200 до 9000
Старші діловоди	1	7200
Діловоди з помічниками	5	від 6500 до 7200
Канцелярські урядовці	6	від 3000 до 4200
Відділ статистики		
Начальник відділу на правах віце-директора	1	12000
Помічник начальника відділу на правах начальника відділу	1	10000
Фахівці	2	від 7200 до 1200
Старші статистики	2	7200
Статистики	4	6600
Рахівники	3	4800

Канцелярські урядовці	24	від 3000 до 4200
Відділ санітарно-технічний		
Начальник відділу на правах віце-директора	1	12000
Помічник начальника на правах начальника відділу	1	10000
Фахівці	3	від 7200 до 12000
Інженери для доручень	5	від 7200 до 9000
Старші діловоди	1	7200
Діловоди і помічники	4	від 6600 до 7200
Канцелярські урядовці	9	від 3000 до 4200
Відділ інформаційний і редакційний		
Начальник відділу на правах віце-директора	1	12000
Редакція:		
Секретар – (фахівець)	1	9000
Відповідальні перекладачі	2	7200
Перекладачі з іноземних мов	2	7200
Відповідальний коректор	1	7200
Перекладачі – (діловоди)	2	6600
Перекладачі – (помічники діловодів)	1	5400
Урядовці	1	3600
Інформаційне бюро:		
Фахівець	1	9000
Референти	3	7200
Канцелярські урядовці	2	5400
Канцелярія :		
Завідуючий – (фахівець)	1	9000
Помічник – (діловод)	1	6600
Молодший помічник	1	від 3000 до 3600

Примітка. За міністром застерігалось право призначення платні кожному фахівцеві, зокрема, залежно від класу.

Складено за: ЦДАВО України. – Ф.3325 Штати міністерств, оп. 1. Спр. 242. Штати гетьманського Міністерства охорони народного здоров'я та опікування, 30 арк.