

## СЕКЦІЯ ІСТОРІЯ УКРАЇНИ. СУЧАСНЕ БАЧЕННЯ

УДК 33:338.35:354.6(477)

**Волониць В.С.**

кандидат історичних наук, доцент

### ДО ПИТАННЯ ПРО РОЗВИТОК ВІТЧИЗНЯНОЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ШЛЯХУ ДО РЕФОРМУВАННЯ (XX– НА ПОЧАТКУ XXI СТ.).

Охорона здоров'я це один з пріоритетних напрямів діяльності держави. Реформування медицина як соціального інституту українського суспільства є постійним предметом жвавих дискусій медиків, соціологів, істориків, політологів, юристів, економістів. В системі охорони здоров'я труднощі, супутні реформуванню, мають особливе значення, оскільки стосуються масштабної, соціально значущої сфери і можуть продукувати ризики здоров'ю нації уцілому.

Проблема реформування цієї системи набуває особливої актуальності з огляду на ті глобальні виклики перед якими постало людство й наша країна зокрема на початку XXI століття у в'язку з пандемією коронавірусу COVID-19.

Поточна ситуація продемонструвала, що медична система і наука України зовсім не готові до масштабної пандемії. Це не дивно, адже за довгі роки вже незалежної України так й не була зреалізована медична реформа не виділяюся достатньо коштів на фінансування науки і медицини, на зарплати вченим і медикам. Проте заради об'єктивності слід відзначити що система охорони здоров'я й провідних європейських країнах в період пандемії теж виявила безліч проблем і недоліків. Верховна Рада України, медична громадськість та провідні фахівці у галузі медичного менеджменту вже під час швидкого поширення епідемії змушені були швидко відреагувати та вдаватися до певних дій щодо посилення спроможності системи охорони здоров'я й тоді знов заговорили про соціальний захист медичних працівників, підняття престижності праці лікаря, безперервне функціонування системи екстреної медичної допомоги; кадрове забезпечення потреб системи охорони здоров'я в епідеміологах, гігієністах та фахівцях з лабораторної діагностики; відновлення системи протиепідемічного захисту та розбудови мережі інфекційних лікарень тощо [1].

Проте всі проблеми які «виявилися» у цей складний час у прихованому стані існували не одне десятиліття, тому доречно звернутися до історичного досвіду функціонування національної системи охорони здоров'я. Своім корінням вони походять з запровадженої ще у 1930-х роках т.з системи М. Семашка яка прийшла на зміну потужній первинній ланці – інституту земських лікарів який забезпечував можливість здійснювати висококваліфіковану та високоспеціалізовану медичну допомогу. На початку XX століття медична допомога для широких мас населення була недоступна, люди масово помирали від інфекційних хвороб.

Концепція створення централізованої і безкоштовної системи охорони здоров'я, сформульована і всебічно розроблена М.О. Семашко, була покладена в основу державної політики і реалізована в СРСР. Головною складовою, за новою системою, ставала лікарня на районному рівні, в якій надавалася допомога за практично всіма нозологіями (захворюваннями). При цьому первинна ланка значною мірою інтегрувалася до складу такої лікарні. Допомога, що надавалася перед цим на первинному рівні, переходила до районної лікарні. Проте зберігалися фельдшерсько-акушерські пункти у сільській місцевості та пункти невідкладної допомоги при поліклініках. Дільничний терапевт поступово перебирає на себе функції обслуговування нескладних випадків та за потреби направляти до районної лікарні [2].

Була сформована централізована система медичних установ: фельдшерсько-акушерський пункт – сільські дільничні лікарні – дільнична поліклініка – районна лікарня - міська лікарня – обласна лікарня – спеціалізовані інститути. Окрім цього нова система передбачала, що вся медицина і фармація на території СРСР націоналізується і стає власністю держави, заборонялося будь – яка приватна медична практика; декларувалося що держава гарантує і забезпечує всі верстви населення повним обсягом всіх видів медичної допомоги, лікування в медичних закладах, забезпечення ліками і вакцинами для профілактичних щеплень. Отже, на той час ця система змогла знизити смертність, доставити медицину в найглибші куточки країни, запровадити профілактику, вакцинацію, проте іншим наслідком змін стало систематичне знищення лікарської інтелігенції й заміна цієї елітної професії лікаря на робітничу, низькооплачувану.

Однак, незважаючи на всі зусилля М. О. Семашка, організувати єдину систему йому так й не вдалося, свої медичні установи зберегли армія, номенклатурна еліта, залізничники, шахтарі і багато інших відомств. Проте ця радянська модель мала низку позитивних аспектів, які давали змогу забезпечити достатній рівень медичного обслуговування, а саме: чітке дотримання затверджених протоколів лікування хвороб; дільничні

лікарі тривалий час працювали на місцях й мали детальну інформацію про своїх пацієнтів тобто виконували функцію сімейних лікарів; існування мережі реабілітаційної допомоги, зокрема, розгалужена системи санаторіїв, денних стаціонарів; ліки відпускалися переважно за рецептами (40%), що забезпечувало відповідальність лікаря та відповідність лікування протоколам [3].

По закінченню Другої світової війни, згідно з прийнятим у 1946 році п'ятирічним планом (1946–1950) відбудови народного господарства розпочалося відновлення зруйнованих медичних закладів. З метою покращення діагностичної та лікувальної роботи у 1947 році були об'єднані поліклініки з лікарнями. Прикметно, що майже до 1960-х років активно експлуатувався фонд приміщень колишніх старих, ще земських лікарень, та більш – менш пристосованих для такої функції будівель, проте нові приміщення для лікарень, поліклінік, амбулаторій не будувалися.

При цьому у повній відповідності до традиційної радянської системи Семашка збільшували кількість лікарняних ліжок у колишніх земських лікарнях. Згідно з Постановою ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР про розвиток медичної справи, лише у 70-ті роки ХХ століття вперше радянською владою було розпочато будівництво нових лікарняно – амбулаторних комплексів на 200-300 і більше ліжок [4].

Пунктом 12 цієї постанови передбачалося «здійснювати починаючи з 1978 року будівництво нових, розширення і реконструкцію діючих медико-санітарних частин і поліклінік для працівників підприємств, які будуються, розширюються і реконструюються, за рахунок капітальних вкладень, що виділяються на будівництво об'єктів виробничого призначення». Рекомендувалося виконкомом передбачати в планах починаючи з 1978 року спрямування капіталовкладень в першу чергу на будівництво амбулаторно-поліклінічних закладів, родильних будинків, дитячих, центральних районних, великих багатопрофільних і спеціалізованих лікарень [5].

Тому саме наприкінці 1970-х років вперше за радянських часів по всій Україні з'являються нові, зведені за типовими проектами, районні, міські, дільничні лікарні, поліклініки, амбулаторії та фельдшерсько – акушерські пункти. З 26 березня 1971 року Указом Президії Верховної Ради СРСР встановлено обов'язкове прийняття випускниками медичних інститутів СРСР «Присяги лікаря Радянського Союзу» (з 1992 р. складають «Клятву Лікаря України») [6].

Зрозуміло що громістка радянська система охорони здоров'я потребувала великої кількості лікарів та середнього медперсоналу. Тому вже у 1980-х роках кількість лікарів на 10000 населення майже вдвічі перевищував відповідні показники у країнах Заходу. Фіксована низька заробітна плата медичного персоналу залежала лише від спеціалізації й кваліфікації та надходила з державного бюджету що жодним чином не умотивувала лікарів підвищувати якість надання медичної допомоги. Концепція радянської системи охорони здоров'я, розробником якої був Микола Семашко, сформований у парадигмі земської медицини, передбачала що платити лікарю треба мінімально в надії на те, що його прогодують хворі. Цей підхід до оплати праці медичних працівників, звичайно у неофіційній формі, зберігався протягом усього радянського та пострадянського часу [7].

Отже, сама система з початку свого заснування закладала принцип «подяки пацієнта» у якості часткової оплати праці медиків. Забезпеченість населення СРСР лікарями і лікарняними ліжками майже в три рази перевищувала встановлені світовим досвідом потреби в той час, коли формування кошторису медичного закладу залежало від кількості ліжок і персоналу, а не від потреб населення в якісній медичній допомозі. Втім варто зауважити, що така велика кількість персоналу й ліжко-місць виправдовує себе лише за умов надзвичайних ситуацій: епідемій, пандемій, війн. Проте за відсутності глобальних катаклізмів екстенсивний шлях призводить до фінансового банкрутства усєї медичної системи. Такий стан речей в умовах постійного дефіциту у дієвих ліках та лікарських засобах за умов недоказової медицини, зумовлював зростання технологічного та матеріально-технічного відставання вітчизняної медицини від провідних світових зразків

Питання реформування системи охорони здоров'я в Україні постало практично після проголошення незалежності. Незважаючи на успішну модернізацію лікувально-профілактичних та протиепідемічних закладів у 80-х роках, фінансування радянської медицини було одним із найнижчих. Бюджетні кошти на медицину виділялися за залишковим принципом із тенденцією до поступового зкорочення. Україна вважалася в СРСР зразковою республікою за станом медичного обслуговування населення. Незважаючи на беззаперечні успіхи в модернізації лікувально – профілактичних та протиепідемічних закладів, у 1990 році (останній рік існування СРСР) в Україні у зв'язку з постійним недофінансуванням лише 35 % лікарень мали гарячу воду, 27 % лікарень не мали каналізації, а 17 % не мали навіть централізованого водопостачання [9].

У першій половині 1990-х років країна поринула у глибоку економічну кризу, що одразу позначилося на фінансуванні медичної галузі. Тому реформаторські зусилля обмежилися лише розширенням можливості пошуку додаткових джерел фінансування шляхом надання права медичним закладам застосовувати платні послуги проте низьким залишався середній розмір заробітної плати медичного персоналу порівняно з іншими секторами економіки.

Упродовж 1991–2010 рр. загострилася низка проблем у розвитку системи охорони здоров'я України, найскладнішими з якими виявились наступні: труднощі бюджетного фінансування, запровадження платних

медичних послуг в лікувальних установах, які були доступними головним чином для забезпечених громадян.

У 2010-2011 роках було ухвалено, зміни до базового закону галузі – «Основ законодавства України про охорону здоров'я» 1992 року [10], визначено порядок надання допомоги на різних рівнях, затверджено зразки договорів із сімейними лікарями тощо. Втім з 2012 року, після зміни керівництва МОЗ, процес реформування різко загальмував. Після революційних подій 2014 року знову актуалізувалося питання реформ.

Отже, дослідження розвитку вітчизняної системи охорони здоров'я має не лише наукове але і практичне значення, оскільки на тернистому шляху реформування української медицини та запровадження провідних європейських моделей слід врахувати позитивні та негативні досвіди функціонування цієї соціально значущої системи з метою збереження здоров'я нації, тривалості життя населення, розширення доступу до якісної медичної допомоги. Вкрай важливо долучити тематику розвитку української медицини, повсякденного виміру медичної професійної спільноти до низки актуальних проблем новітньої історії України.

#### Література

1. Про заходи протидії поширенню коронавірусної хвороби (COVID-19) та захисту всіх систем життєдіяльності країни від негативних наслідків пандемії та нових біологічних загроз: Постанова Верховної Ради України від 20.10.2020. № 937-IX. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/937-IX#Text>.
2. Васкес Абанто Х.Э. Какую систему здравоохранения выберет Украина? *Світ медицини та біології*. 2013. № 4. С. 99–103.
3. Яковенко І. В. Реформа системи охорони здоров'я: в очікуванні перших результатів. Київ : ФФЕ, 2019. С. 5.
4. Білоус В.І., Білоус В.В. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці, 2019. С. 205.
5. Про організацію виконання в республіці постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 22 вересня 1977 р. № 870 «Про заходи по дальшому поліпшенню народної охорони здоров'я» : Постанова Центрального Комітету Компартії України і Ради міністрів Української РСР від 22 листопада 1977 р. № 570. URL : [https://ips.ligazakon.net/document/view/kp770570?an=2&ed=1977\\_11\\_22](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp770570?an=2&ed=1977_11_22) (дата звернення: 03.01.2021).
6. Про Клятву лікаря : Указ Президента України №349/92 від 15.06.1992. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/349/92#Text>.
7. Білоус В.І., Білоус В.В. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці, 2019. С. 205.
8. Про організацію виконання в республіці постанови ЦК КПРС і Ради Міністрів СРСР від 22 вересня 1977 р. № 870 «Про заходи по дальшому поліпшенню народної охорони здоров'я» : Постанова Центрального Комітету Компартії України і Ради міністрів Української РСР від 22 листопада 1977 р. № 570. URL : [https://ips.ligazakon.net/document/view/kp770570?an=2&ed=1977\\_11\\_22](https://ips.ligazakon.net/document/view/kp770570?an=2&ed=1977_11_22) (дата звернення: 03.01.2021).
9. Білоус В.І., Білоус В.В. Історія медицини і лікувального мистецтва. Чернівці, 2019. С. 208.

УДК 272 (474.4)"190/191"

**Гузь А.М.**

аспірант 1 курсу спеціальності 032 «Історія та археологія»

#### **ПРАВОВЕ СТАНОВИЩЕ РИМО-КАТОЛИЦЬКОЇ ЦЕРКВИ НА ТЕРИТОРІЇ ГУБЕРНІЙ ПРАВОБЕРЕЖНОЇ УКРАЇНИ НА ПОЧАТКУ ХХ СТОЛІТТЯ**

Дослідження історії Римо-католицької церкви на території України є неможливим без розгляду правового поля в якому діяла Церква в різні часові періоди. У цьому контексті науковий інтерес становить вивчення правового становища Римо-католицької церкви на території Правобережної України на початку ХХ століття.

Початок ХХ століття ознаменувався певними зрушеннями з боку Російської імперії на шляху до формування політики віротерпимості. Однак забезпечення цілковитої віротерпимості не відбулося.

Релігійна політика влади виявлялася в різних обмеженнях щодо римо-католиків. Особам католицького віросповідання не дозволялося обіймати посади у державному адміністративному апараті та поліції Російської імперії, займатися світською освітньо-виховною діяльністю. Лише з квітня 1906 року представникам римо-католицького віросповідання було дозволено викладати у земських школах [7].

17 квітня 1905 року імператор Микола II видав указ «Об укреплении начал веротерпимости», який надавав право переходити з однієї конфесії, окрім осіб, яким на момент переходу до іншої конфесії ще не виповнилося 14 років [4, с. 258-262].

Згідно з Всеросійським переписом населення 1897 року на території Правобережної України була наступна кількість мешканців, а саме: у Київській губернії – 3559229, Волинській – 2989482, Подільській – 3018299, з них до римо-католицької конфесії належало – 106746, 298119 та 262775 осіб відповідно [5].