

УДК 614:316.334.56(477)

*Олексій Лукашевич,  
Оксана Тарапон  
(Переяслав-Хмельницький)*

## МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ МІСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ У 1920-30-Х РР.

*У статті проаналізовано становлення радянської системи охорони здоров'я та рівень медичного обслуговування міського населення України у 1920-х – 1930-х рр.*

*Ключові слова: міське населення, повсякденне життя, охорона здоров'я, медичне обслуговування, медичні кадри.*

Якість повсякденного життя населення не в останню чергу залежить від рівня медичного обслуговування, доступності медичних послуг для якнайширших верств. Ефективне проведення профілактичних та медичних заходів, культивування здорового способу життя є запорукою майбутнього населення будь-якої країни. А тому формування дієвої системи охорони здоров'я має бути пріоритетним напрямком державної політики. Досвід становлення радянської системи медичних установ 1920-30-х рр., із його успіхами та прорахунками, не втратив своєї актуальності і на сучасному етапі.

Проблеми партійно-державної політики у галузі охорони здоров'я УСРР, становлення та розвитку української радянської системи медицини у 1920-х рр., як в Україні, так і в окремих її регіонах, знайшли висвітлення у низці сучасних досліджень [1; 2; 3; 10]. Однак, подальшої розробки потребують питання розвитку медичної галузі у період 1920-30-х рр., рівень медичного обслуговування міських мешканців та його вплив на якість повсякденного життя населення України, що і становить мету даної статті.

Становлення системи охорони здоров'я в Україні розпочалося ще в період національно-визвольних змагань 1917-1920 рр. Нормативно-правова база, розроблена українськими урядами, у певній мірі сприяла в подальшому її практичному втіленню. Почалося введення профілактичних заходів при подоланні епідемій та низки інших захворювань.

З приходом радянської влади продовжувалися заходи по формуванню закладів охорони здоров'я. У 1919 р. в Україні утворено Народний Комісаріат охорони здоров'я (НКОЗ), сформовано керівні органи на місцях – аж до повітів. На початку 1920-х рр. завершувалося формування центральних та місцевих органів охорони здоров'я УСРР. До кінця 20-х рр. відбувалася реорганізація управлінського апарату медичної галузі, що завершилася створенням централізованої системи її управління.

Рівень медичного обслуговування міського населення був на порядок вищим, ніж мешканців села. Мережа закладів медицини, що формувалася протягом 1920-30-х рр., у першу чергу, охоплювала міста. Однак, жителі міст стикалися з іншими проблемами медико-санітарного характеру. Це, в першу чергу, проблеми санітарного стану міст – брак якісної питної води, недосконалість каналізаційних мереж, забрудненість, перенаселення. Проблеми ці зросли в умовах посиленої урбанізації, особливо в промислових регіонах країни.

З перших кроків радянської влади відбувалося рішуче одержавлення медичних структур. Однак, досить швидко НКОЗ усвідомив, що самотужки профінансувати таку складну галузь влада не в силі, а тому повертаються до окремих елементів дореволюційної страхової медицини.

У 1919-21 рр., в умовах обмеження товарно-грошових відносин, фінансування охорони здоров'я здійснювалося за рахунок державних коштів шляхом розподілу кредитів для проведення оборотних операцій. З переходом до непу державний бюджет фінансував лише приблизно 10% потреб медичної галузі, ці кошти йшли на заходи загальнодержавного значення. Місцеві бюджети забезпечували сферу приблизно на 35%. Майже половину всіх коштів охорона здоров'я отримувала з фондів соціального страхування, за рахунок відрахувань підприємств, установ та організацій. Крім того, додатково медичні установи отримали дозвіл здійснювати комерційні операції [1, с. 10].

На початку 1920-х рр. фінансова скрута зумовила суттєве скорочення кількості лікарень,

лікарняних ліжок, а згодом і переведення їх на госпрозрахунок. Якість медичної допомоги значно погіршилася. Лікарні не отримували інструментарію, перев'язувального матеріалу, хворі перебували у жахливих умовах, навіть, виходили жебракувати на вулицю. Проблема забезпечення медичних установ лікувальними матеріалами залишалася невирішеною впродовж 1920-х рр. [4, с.15].

У цей період рішенням РНК УСРР була проведена націоналізація медичного майна та приміщень, що мало стабілізувати матеріальну ситуацію. У першій половині 1921 р. в УСРР функціонувало 286 амбулаторій, 35 поліклінік, 1400 лікарень з близько 60 тис. ліжок, 1015 фельдшерських пунктів [1, с.10]. До середини 1920-х рр. відбулася певна стабілізація у створенні інфраструктури медичних закладів. Формування мережі здійснювалося шляхом прилаштування існуючих приміщень під медичні потреби. У другій половині 1920-х рр. почали виділяти засоби на спорудження нових будівель, але одночасно частину установ для боротьби з епідеміями та фельдшерських пунктів ліквідували. Наприкінці 1920-х рр. в УСРР функціонували 2121 амбулаторія, 221 поліклініка, 943 лікарні з близько 30 тис. ліжок, 87 фельдшерських пунктів та низка інших медичних закладів [1, с.10]. У 1925 р. у Харкові з'явилися автомашини швидкої допомоги [4, с.16].

Початок 1920-х рр. був складним періодом повсякденного життя населення. Давалися взнаки наслідки війни, розрухи, протягом 1921-23 рр. Україна переживала трагедію голоду, що охопив, у першу чергу, південні регіони, однак наслідки його були відчутні на всій території республіки. Особливо потерпало міське населення, що залишало свої населені пункти і вирушало на село за продуктами харчування. Це викликало погіршення побутових, санепідемічних умов, ефективно вирішувати які існуючі заклади медицини не могли. Все це стало причиною поширення епідемій. З 1919 р. в Україні лютувала епідемія висипного тифу. Так, лише в Полтаві і Полтавській губернії за квітень 1919 р. було зареєстровано 10 415 хворих. Незважаючи на заходи Комітету охорони здоров'я, щодо щеплення громадян на віспу, зупинити захворювання було складно. У червні 1921 р. в Полтаві зареєстровано 60 хворих на холеру, із них 27 чоловік померло [7, с. 105, 208]. Ситуація в інших містах і губерніях була не кращою. Тому першочергові зусилля радянських закладів охорони здоров'я були націлені на подолання масових епідемій і захворювань. У 1922 р. в окремих містах України створюються інститути туберкульозу. У 1923 р. в Харкові почав роботу перший в країні Інститут гігієни праці і профзахворювань, а також створено спеціальний інститут по боротьбі з малярією, спалахи якої являли небезпеку для населення. Створюється мережа протималярійних станцій і загонів [5, с.88-89].

Епідемічні хвороби залишалися значною проблемою міст України. Особливо скрутна ситуація склалася на Донбасі, де протягом першої половини 1920-х рр. відмічалася тенденція поширення тифу і холери, зупинити яку не дозволяли погані житлові умови, відсутність елементарних засобів гігієни, проблема водопостачання, якісних продуктів. Донецька губернія була місцем найбільшого розвитку натуральної віспи, поширення якої припинилося лише в 1925 р. (у той час, коли в інших регіонах України епідемії холери, віспи, тифу пішли на спад уже в 1923 р. [10, с.14]). З 1922 р. в регіоні поширюються малярійні захворювання. Як стверджують сучасні дослідники, надзвичайно важке санітарне становище у багатьох містах Донбасу мало не епізодичний, а систематичний характер. Тому ВРНГ УСРР та Українські союзні трести у 1928 р. погодилися на асигнування коштів на влаштування мережі санітарно-наглядових пунктів для приїжджих, які шукають роботу на підприємствах Донецького басейну. НКОЗ 1928-32 рр. намітив організацію 5 санітарно-наглядових пунктів при залізничних вузлах Микитівка та Дебальцеве. Внаслідок рішучих медико-санітарних та пропагандистських заходів масове поширення епідемій до середини 1920-х рр. вдалося зупинити, хоч окремі спалахи цих захворювань спостерігалися і надалі [3, с.13-15].

До епідемічних додавалися і так звані соціальні хвороби – туберкульоз, венеричні захворювання, алкоголізм. Останні були викликані важкими умовами життя, великим рівнем безробіття серед жінок, що призводило до поширення проституції, іншими соціальними чинниками. Для подолання цих хвороб об'єднувалися зусилля медиків, громадськості, державних органів, що дало свої позитивні результати. За неповними статистичними даними, на початку 1920-х рр. активним туберкульозом в Україні хворіло до 6% жителів, а 70% було

ним інфіковано. Тому докладалося максимум зусиль для заснування мережі протитуберкульозних закладів та налагодження широкої профілактичної, освітньої роботи. На 1 вересня 1923 р. в УСРР повноцінно функціонувало 47 диспансерів (20 – в окружних містах, 2 – у селах), 14 санаторіїв на 866 ліжок. У диспансерах щомісяця обстежувалося 70,5 тис. осіб. Станом на 1927/1928 господарський рік в УСРР нараховувалося вже 76 протитуберкульозних диспансери. Вони здійснювали не лише лікувальну, а й освітню роботу. При них організовувалися ради соціальної допомоги, що піклувалися про покращення умов праці і побуту та запровадження заходів особистої профілактики у виявлених осередках розповсюдження туберкульозу. У першій половині 1920-х рр. зростає мережа противенерологічних лікувальних медичних закладів: 26 венерологічних диспансерів, 156 кабінетів при поліклініках, 25 сільських венпунктів і 960 венерологічних ліжок. Урядові заходи по боротьбі з венеричними хворобами зумовили їхнє зниження у другій половині 1920-х рр. Таким чином, незважаючи на певні прорахунки, компанійщину, не досить розвинуту матеріальну базу, у другій половині 1920-х рр. було досягнуто суттєвих успіхів у боротьбі з соціальними хворобами [10, с.17].

В умовах непу в Україні активізувалося власне виробництво медикаментів і обладнання, воно здійснювалося як державними, так і приватними підприємствами. Для здійснення торговельних операцій було створено Укрмедторг, який функціонував на комерційних засадах, але у складі НКОЗ, та аптекоуправління. Важливу роль у забезпеченні ліками відігравав імпорту медичних товарів, який здійснювали з Австрії, Англії, Німеччини та Франції. Однак, в умовах централізованої системи управління як власне виробництво, так і імпорту контролювала та обмежувала влада СРСР [1, с.10]. Подібна централізація, а з кінця 1920-х рр. згорання приватного виробництва, зумовлювали дефіцит на елементарні лікарські засоби, який особливо гостро відчували жителі невеликих міст. Це призводило до продажу «з-під прилавку» знайомим та родичам дефіцитного краму (риб'ячого жиру тощо) в міських аптеках, як це, наприклад, траплялося у м. Переяславі в 1929 р. [9].

Незважаючи на декларативні заяви державних органів про безоплатне медичне обслуговування трудового населення, ліквідувати платну медицину протягом досліджуваного періоду не вдалося. З початком непу більшовики дозволили існування платної медичної допомоги для «нетрудового населення», яку надавали в госпрозрахункових лікувальних установах, у платних відділах загальногромадських закладів та в порядку приватної практики лікарів [1, с.11]. У подальшому через фінансові труднощі мережа платних лікарень не лише не була скасована, у 1934 р. її було виділено в окремих підрозділ [4, с.12].

З класових позицій пріоритет у забезпеченні медичною допомогою надавався робітничому населенню. Проте, дійсно пріоритетне медичне обслуговування формувалося тільки для партійно-державної номенклатури. Починаючи з 1920 р. створювали спеціальні лікарні, амбулаторії, санаторії для обслуговування відповідальних робітників центральних органів держави і партії, членів їх родин. Одночасно з розширенням спеціалізованої мережі, ЦК КП(б)У та президія ВУЦВК виділяли їм додаткові місця в найкращих лікарнях і санаторіях, організували обстеження у провідних наукових інститутах, відправляли на лікування за кордон [1, с.11].

Для обслуговування робітників промисловості при міських відділах охорони здоров'я створювалися відділи робітничої медицини – робмеди. У структурі Наркомату охорони здоров'я було створено відділ робітничої медицини. У 1923-1924 рр. на розвиток матеріальної бази робітничої медицини було скеровано 79% відрахувань від Українського запасного фонду. На допомогу містам Донбасу було розподілено 58,7% коштів [3, с.16]. Відділи робітничої медицини мали відкривати міські лікарні і поліклініки для робітників, організувати медпункти на великих підприємствах. Наявність пунктів першої допомоги на підприємствах, які були тісно пов'язані з лікарнями, була суттєвою перевагою робітничої медицини. Система робітничої медицини по своїй суті була страховою, але частково, бо медичну допомогу міг одержати обмежений контингент застрахованих робітників. Підприємства і їх робітники відраховували гроші у фонд, завдяки чому надавалася безкоштовна кваліфікована медична допомога. У страхових лікарнях працювали кращі спеціалісти, які отримували вищу зарплатню, ніж лікарі у звичайних лікарнях. У 1927 р. було скасовано страхову медицину, як таку, яка, на думку

центру, протиставляла себе державній охороні здоров'я. Її заклади були передані Наркомату охорони здоров'я, що збільшило навантаження на лікарні, значно знизило надання медичних послуг робітникам. Незважаючи на позитивні зрушення, часто робітники скаржилися на відсутність кваліфікованої медичної допомоги з боку лікарів та фельдшерів, не дотримання елементарних норм охорони праці [4, с.14-15; 3, с.17]. Проблемними залишалися умови праці робітників, задіяних на підприємствах із шкідливими умовами роботи. Гонитва за збільшенням обсягів виробництва на старих, зношених підприємствах вела до свідомого нехтування здоров'ям, а то і життям робітників, на догоду плану. У другій половині 1920-х рр. різні форми «ударництва» часто оберталися надмірним перевантаженням і механізмів, і працюючих на них людей. Це зумовлювало чисельні технологічні аварії, масові захворювання та каліцтва робітників [10, с.18].

У грудні 1929 р. постановою ЦК ВКП(б) «Про медичне обслуговування робітників і селян» медиків зобов'язували покращити лікувально-профілактичну діяльність в промислових центрах, перш за все, на підприємствах гірничої, вугільної і металургійної промисловості. Держава збільшує витрати на медичну галузь: до кінця першої п'ятирічки в Україні було збудовано 72 лікарні на 2,7 тис. місць, 10 поліклінік, 29 амбулаторій, 10 санітарних станцій. Якщо в 1928 р. в лікарнях республіки налічувалося 30 тис. ліжок, то в 1932 р. – більше 50 [5, с. 287-288].

Однак, позитивні зрушення не могли задовольнити зростаючий попит населення у медичній допомозі. Бракувало медичних кадрів, а політика влади не сприяла залученню до роботи у цій сфері. Низька оплата праці, заборона сумісництва, відсутність інших видів соціального захисту не влаштовували лікарську спільноту, тому напружена ситуація з медичними кадрами залишалася [4, с.16]. Так, на початку 1920-х рр. в закладах охорони здоров'я працювало 7 648 лікарів і 24 тис. середнього медичного персоналу, в середньому один лікар припадав на 3,5 тис. населення. Більшість медпрацівників зосереджувалися в великих містах, наприклад, у Києві – 1 385, Харкові – 1 290, в Одесі – 1 179 лікарів, а весь Донбас обслуговувало лише 666 лікарів. Тільки четверта частина медпрацівників проживала в сільській місцевості [8, с.179]. З метою покращення ситуації у найбільшому промисловому регіоні, у першій половині 1920-х рр. до Донбасу було направлено 100 лікарів з Харкова та Києва. Але незадовільні соціально-економічні умови сприяли негативним настроям медиків і призводили до відмови останніх працювати у гірничопромисловому регіоні. На рівні керівництва було поставлено питання щодо забезпечення медичних кадрів належними умовами життя та праці, внаслідок чого, хоч і не у повній мірі, але було досягнуто позитивних результатів, відбулося відкриття перших навчальних медичних закладів. У 1928 р. в регіоні працювало 1402 лікарів [3, с.12]. Донецький гірничопромисловий регіон з другої половини 1920-х рр. став об'єктом посиленої уваги відповідних органів стосовно налагодження заходів по охороні здоров'я. Зокрема, у 1927 р. в Луганську працювала професійна медична школа; у 1927-1928 рр. в Луганській окрузі проходили курси для нижчого медичного персоналу при лікарнях копалень ряду населених пунктів; у 1929 р. діяли курси для дезінфекторів Санітарно-епідемічного відділу; у 1930 р. у Донецьку відкрито медичний інститут. Ці заходи, незважаючи на наявні матеріальні та інші проблеми, дали позитивні результати [3, с.12]. Така увага влади була зумовлена не лише класовими пріоритетами, промислово-індустріальні регіони України залишалися «групою ризику» протягом всього досліджуваного періоду через складні побутові умови, велику скупченість населення, високий рівень травматизму тощо.

На початку 1930-х рр. в системі охорони здоров'я працювало більше 16 тис. лікарів і 29 тис. середнього медперсоналу (дві треті яких припадали на міста). Влада навіть вдалася до скорочення терміну навчання в медичних інститутах до чотирьох років [5, с. 288-289], що, звісно, не могло не позначитися на якості підготовки фахівців. У 1937 р. вже налічувалося 24 830 лікарів, таким чином один лікар припадав приблизно на 1,1 тис. чоловік. При цьому зберігалися регіональні особливості зосередження медпрацівників. Але в цілому медиків не вистачало. Негативно позначилися на медичній галузі і масові репресії та тотальні чистки усіх радянських установ 1930-х рр. Уже в 1929 р. більшовики остаточно відмовилися від толерантного ставлення до фахівців з дореволюційним стажем. Медики зазнали не менших репресій, ніж представники інших груп інтелігенції. Новосформовані кадри значно поступалися

професійним рівнем, крім того, разом з репресованими діячами піддавали сумніву і ті позитивні напрацювання, що були зроблені протягом попередніх років.

Кадрову ситуацію ускладнювала ще й практика надання професійної лікарської допомоги сільському населенню. Міські органи охорони здоров'я створювали бригади медпрацівників для виїздів на село під час посівних робіт, інколи спеціалістів посилали в села на кілька місяців. Протягом 1931 р. в села виїжджало 618 медпрацівників, у наступному році – 2 тис. [5, с. 289-290]. Навряд чи такі командировки могли суттєво покращити рівень медичного забезпечення сільського населення, це швидше нагадує екстрену допомогу, однак це очевидно створювало понаднормове навантаження для міських лікарів, відривало їх зусилля від вирішення нагальних проблем міст.

На початку 1920-х рр. в Україні з'явився новий напрям медичної допомоги – охорона материнства і дитинства (охмадит). У першій половині 1920-х рр. в Україні було створено близько 500 дитячих консультацій і поліклінік, 200 постійних і більше 900 сезонних ясел, 120 молочних кухонь. Очолив цю роботу Інститут охорони материнства і дитинства, створений у Харкові в 1923 р. [5, с.89]. Вже в 1921 р. виникають консультації матері та дитини, які мали наглядати за вагітними жінками та породіллями, пропагувати народження дітей у пологових будинках, відмовлятися від непрофесійної медичної допомоги на дому, що часто призводило до високої смертності при пологах. При консультаціях існував штат медичних сестер, які консультували матерів вдома і патрунували новонароджених. Однак, така якісна перед- і післяродова допомога була доступна далеко не всім жінкам. Якщо у столичному Харкові вже у 1926 році 85% пологів приймалося у пологових будинках [4, с.15], то жіноцтво невеликих райцентрів і містечок ще й у кінця 1920-х рр. не мало якісної медичної допомоги. Так, на Переяславщині станом на 1929 р. родовою допомогою охоплювалося лише 8-9 % всіх пологів, незважаючи на підняття цього питання майже на всіх районних з'їздах рад. Лише завдяки довготривалій роботі жіночого активу, за рахунок самообкладання та одержаної дотації від Окрздоровінспектури з лютого 1929 р. у місті Переяславі розпочав роботу пологовий відділ у кількості 5 ліжок [2]. Таких невеликих міст кустарно-аграрного типу як Переяслав в Україні було багато.

Ще одним негативом стало те, що з 1920 р. у лікарнях постійно зростали абортні ліжка. Легалізація абортів призвела до збільшення переривань вагітності, що у деякі роки в окремих містах перевищували кількість пологів. У 1925 році були встановлені обмеження на аборти, що призвело до сплеску нелегальних операцій акушерками на дому. У зв'язку з даною ситуацією, жіночі консультації почали проводити популяризацію контрацептивних засобів, для зменшення кількості небажаних вагітностей. Протизаплідні засоби видавалися на перших порах безкоштовно або за символічну платню і були доступні у кожній аптеці [4, с. 15-16].

З іншого боку, взята державою місія охорони материнства і дитинства нівелювалася тими соціально-економічними експериментами тоталітарного режиму, що зумовили два голоди початку 1920-х і 1930-х рр. Місцеві органи влади були не спроможні вирішувати зростаючу проблему сирітства, безпритульності та інших асоціальних явищ, котрі найбільш болісно вдарили саме по жінках і дітях. Орган Народного Комісаріату соціального забезпечення «Вісник соціального забезпечення» у квітні 1922 р. відмічав безрадісну ситуацію з безпритульними дітьми, наявні та відкриті дитячі будинки не спроможні були обслужити всіх дітей, адже кількість останніх зростала з кожним днем – «Прийдуть, підкинуть біля будинку і підуть» [6, с. 34]. Не дивлячись на збільшення мережі закладів для безпритульних дітей, їх не вистачало, вони були перевантажені, знаходилися у незадовільному стані, мали високий рівень дитячої смертності. В умовах голоду 1932-33 рр., коли число сиріт і покинутих дітей катастрофічно зросло, смертність дітей у дитячих закладах сягала 30% [4, с. 16].

Відбувалося становлення системи оздоровлення населення, хоч доступною вона була не для всіх. Декретом від 21 грудня 1921 р. «Про використання Криму для лікування трудящих» було проведено націоналізацію майна регіону і передано профсоюзам для створення санаторних баз. До 1925 р. в Україні було створено 139 будинків відпочинку з пропускною здатністю понад 76 тис. осіб на рік. На початку 1937 р. вже функціонувало 366 стаціонарних санаторії на 35 тис. місць і 175 будинків відпочинку на 24 тис. місць [5, с. 89, 429]. Звертається увага на оздоровлення дітей. У містах України з'являються дитячі майданчики, дитячі оздоровчі

санаторії, літні оздоровчі заклади. Ними у 1927 р. було охоплено 90 тис. дітей, у 1928 р. – 100 тис., 1929 р. – 185 тис. [10, с. 19]. Позитивним фактором було культивування здорового способу життя серед молоді, популяризація фізкультури і спорту. Незважаючи на те, що цей напрямок роботи не був позбавлений ідеологічного спрямування, залучення молоді до спорту мало свої позитивні результати.

У цілому можна стверджувати, що система охорони здоров'я у містах України протягом 1920-30-х рр. зробила значний крок уперед. До позитивних моментів радянської системи медицини можна віднести здобутки робітничої медицини, системність заходів, проведення профілактичних робіт, створення охмادиту, заходи боротьби з соціальними та епідемічними хворобами. Серед недоліків можна назвати недостатність ресурсів у створенні системи охорони здоров'я, класові принципи та заідеологізованість при реалізації заходів з охорони здоров'я. Для значної кількості городян, особливо мешканців невеликих провінційних містечок, якісна медична допомога у перші радянські десятиріччя була недоступною.

#### ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА

1. Адамська І. Г. Партиїно-державна політика в галузі охорони здоров'я в Українській СРР (1919 – 1929 рр.) / Адамська Ірина Геннадіївна: автореф. дис. ... канд. іст. н. – 07.00.01 – історія України. – К., 2011. – 15 с.
2. Аронов А.Н. Подарунок до жіночого дня / А.Н. Аронов // Змичка. – 8 бер. 1929 р. – №6(81).
3. Барабаш Ю. В. Розвиток інфраструктури охорони здоров'я в Донбасі у 20-х рр. ХХ ст.: історичний аспект / Барабаш Юлія Василівна: автореф. дис. ... канд. іст. н. – 07.00.01 – історія України. – Луганськ, 2008. – 24 с.
4. Демочко Г.Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я у Харкові (1919 – 1934 рр.) / Демочко Ганна Леонідівна: автореф. дис. ... канд. іст. н. – 07.00.01 – історія України. – Х., 2011. – 21 с.
5. История Украинской ССР: В 10 т. – К.: Наукова думка, 1984. – Т.7: Украинская ССР в период построения и укрепления социалистического общества (1921-1941) / Ред. кол. С.В.Кульчицкий (отв. ред.) и др. – 719 с.
6. Морозов. Там, где голод (От нашего Николаевского корреспондента) / Морозов // Вестник социального обеспечения. – 1922. – Апрель. – №4(8). – С.34-35.
7. Несвіцький О.О. Полтава у дні революції та в період смути 1917-1922 рр.: Щоденник / О.О. Несвіцький / Укладачі: Коротенко В.В., Пустовіт Т.П., Яненко З.П. – Полтава, 1995. – 280 с.
8. Очерки развития социально-классовой структуры УСРР 1917-1937. – К.: Наук. думка, 1987. – 238 с.
9. Про все потроху // Змичка. – 1929. – 1 трав. – №15(90).
10. Ткаченко І.В. Охорона здоров'я в Україні в роки нової економічної політики: соціально-історичний аспект / Ткаченко Ірина Владиславівна: автореф. ... канд. іст. н. – 07.00.01 – історія України. – Черкаси, 2009. – 25 с.

#### **Лукашевич А., Тарапон О. Медицинское обслуживание городского населения Украины в 1920-30-х гг.**

*В статтє проанализировано становление советской системы охраны здоровья и уровень медицинского обслуживания городского населения Украины в 1920-х – 1930-х гг.*

**Ключевые слова:** городское население, повседневная жизнь, охрана здоровья, медицинское обслуживание, медицинские кадры.

#### **Lukasevich O., Tarapon O. Health care city population of Ukraine in 1920-30-ies.**

*The article analyzes the development of the Soviet health care system and the level of health care urban population of Ukraine in 1920 – 1930-ies.*

**Keywords:** urban population, daily life, health, medical service, medical personnel.

Одержано 09.11.2012