

Магістральне оперативне завдання спец загонів полягало, з одного боку, в дискредитації українського національно визвольного руху, а з іншого боку, у виявленні та знешкодженні агентурної сітки ОУН на місцях. Але, в реальності, ці загоны грабували та гвалтували селян і навіть керівництво було змушено визнати, що їхні дії містять ознаки злочину. Наприклад, в село Свидник Турківського району Дрогобицької прибув спецзагін НКВС. Селяни повірили, що це представники ОУН та почали їм розповідати про учасників визвольного руху і жертвувати харчі. Відтак, багатьох мешканців села заарештували. Їх жорстоко допитували: били, видирали волосся і зуби, ламали руки, саджали на розпечене залізо [15, 150]. У ночі 23 липня 1948 р. спец загін на чолі з агентом МДБ "Крилатим" вивів до лісу мешканку села Підвисоцьке Рівненської області Н. Репницьку, яку жорстоко побили, а потім згвалтували і повісили до гори ногами [16, 357]. Подібні зловживання були характерні не тільки для спецзагонів.

З чисельних звітів "Про порушення радянської законності" дізнаємося, що радянську законність порушували всі – від партійного активу і до працівників селищних відділів міліції. Лише в незначних випадках проти цих осіб порушувалися кримінальні справи, більшості виносили суворі догани або звільняли з займаних посад. Але дії цих посадових осіб теж містили ознаки злочину. Так, в листопаді 1944 р. в село Красієво Тернопільської області у відповідь на обстріл українськими націоналістами радянського партактиву виїхала оперативна група на чолі з Белаш. Без будь-яких підстав розпочали в селі стрілянину, знищили 117 господарств, в тому числі 14 господарств, які належали сім'ям військовослужбовців, вбили 6 осіб [4, 235]. 9 січня 1946 р. молодшим лейтенантом "Смерш" 2 інженерно-технічного полка Рибкіним в селі Завалово був вбитий 10 річний хлопчик, який разом з іншими дітьми катався на санчатах [4, 423]. В Підбугському районі Дрогобицької області секретар райкому КП(б)У Мацук затримав чергову машиністку і сторожа та побив їх лише за те, що в його квартирі не працював телефон [4, 500]. Взагалі, незаконні арешти, катування і вбивства селян з боку представників влади, якщо вірити офіційним документам, були звичним явищем в перші післявоєнні роки. Тому й не дивно, що місцевим населенням така влада сприймалась як окупаційна, і у селян не було іншого вибору як відчайдушно їй опиратись, керуючись формулою: "вмерти – але не здатись".

Набагато важче визначити жертви серед селян внаслідок військово – чекістських операцій. Але, в звітах про боротьбу з ОУН і УПА поруч з вбитими та захопленими у полон бандерівцями, була ще одна категорія осіб – "банд посібники". Очевидно, це і є місцеві жителі, передовсім жителі сіл, яких заради припису вносили у відповідні звіти. Так, лише з 1 січня по 1 травня 1945 р. було захоплено 10464 бандпосібника [13, 604]. Згідно доповідній секретаря Дрогобицького обкому КП(б)У від 6 лютого 1946 р. затримано бандитів та оунівців 201 особа, а бандпосібників – 367 осіб [4, 429].

Отже, можна зробити наступні висновки: терор проти селянства на Західній Україні здійснювали як представники ОУН і УПА, так і радянська влада. З боку ОУН і УПА причинами цього терору були пасивність загальної маси населення, співпраця селян з органами радянської влади, провокації органів НКВС та НКДБ.

З боку радянської влади терор був викликаний підтримкою населення підпілля ОУН і формувань УПА, відчайдушний опір селян колективізації, не бажання більшості місцевого населення сприймати радянську владу як законну, а не окупаційну. Таким чином, дії представників радянської влади на місцях і зумовили відчайдушний опір цій владі з боку західноукраїнських селян, яких підтримували ОУН і УПА. В свою чергу, СБ ОУН своїми діями давало багато приводів для провокаційної діяльності НКВС та НКДБ.

1. *Маларчук О.М. Аграрна політика партійно-радянської влади (1944 – 1964 рр., західні землі України): Автореферат. дис. ... к.і.н. – Львів, 2005.*
2. *Центральний державний архів громадських об'єднань України (далі – ЦДАГОУ). – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 1716.*
3. *Веденєв Д., Єгоров В. Меч і тризуб. Нотатки до історії служби безпеки організації українських націоналістів // <http://www.sbu.gov.ua>*
4. *Сергійчук В.І. Десять буремних літ: Західноукраїнські землі у 1944 – 1945р.р.: Нові документи і матеріали. – К., 1998.*
5. *ЦДАГОУ. – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 911.*
6. *ЦДАГОУ. – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 4788.*
7. *Кендій А.В. Антикомуністичний опір ОУН і УПА у післявоєнний період (1946-1956 рр.) // <http://history.org.ua>*
8. *Лисенко О.Є., Патрляк І.К. Матеріали та документи служби безпеки ОУН у 40-х рр. – К., 2003.*
9. *ЦДАГОУ. – Ф. 1. – Оп. 75. – Спр. 69.*
10. *ЦДАГОУ. – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 4964.*
11. *Стародубець Г.М. Селянство як соціальна база українського повстанського запілля // Український селянин. – 2005. – Вип. 9.*
12. *Білас І. Репресивно-каральна система в Україні 1917 – 1953. Суспільно-політичний та історико-правовий аналіз. У 2-х кн. – Кн. 1. – К., 1994.*
13. *Білас І. Репресивно-каральна система в Україні 1917 – 1953. Суспільно-політичний та історико-правовий аналіз. У 2-х кн. – Кн. 2. Документи та матеріали. – К., 1994.*
14. *ЦДАГОУ. – Ф. 1. – Оп. 23. – Спр. 1691.*
15. *Літопис УПА. Т.16. – Торонто, 1987.*
16. *Літопис УПА. Нова серія. Т. 3 – Київ – Торонто, 2001.*

І.Г. Юрочкіна

МЕДИЧНЕ ОБСЛУГОВУВАННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ УСРР У 1920-х РР.

Встановлення радянської влади на території України вплинуло на весь подальший розвиток країни. Впродовж 1920-х років відбувалися значні зміни в суспільно-політичному та соціально-економічному житті. Поряд з низкою економічних та адміністративних реформ, здійснювалися спроби соціальних пертурбацій, які торкнулися і сільської місцевості. Розглядаючи у 1920-х рр. селянство як стратегічно важливу для радянської влади категорію суспільства, керівництво країни звертало увагу на повсякденне життя селян, намагалося змінити їх побут. Важливим елементом цього стала охорона здоров'я.

У науковій літературі відображалися загальний стан медичної галузі та розвиток медицини, формування медичної інтелігенції, обслуговування робітників тощо. У більшості випадків проблематики торкалися в контексті загальної історії медицини та

охорони здоров'я. Виключення становлять роботи І.Д. Хороша, в яких розкриваються питання становлення та розвитку радянської медичної системи у сільській місцевості УСРР в цілому [1] та в окремих районах, зокрема на Полтавщині [2]. Загальну характеристику сільської охорони здоров'я у першій половині 1920-х рр. та її особливості в РСФРР дав А.М. Сточик [3]. Метою дослідження є висвітлення проблем функціонування та трансформації сільської медицини УСРР у 1920-х роках. Об'єктом є стан медичного обслуговування сільського населення в УСРР у 20-х роках ХХ ст. Предмет складає система охорони здоров'я та особливості її формування.

Починаючи з 1919 р. радянська влада формувала нову систему охорони здоров'я в УСРР. Започатковувалися принципи діяльності міської, транспортної медичної системи, утворювалися заклади охорони здоров'я у місцях позбавлення волі. Медична допомога на селі організовувалася шляхом створення мережі дільниць. У липні 1923 р. Народний комісаріат Охорони Здоров'я УСРР провів їх обстеження. На той час існувало 668 лікарняних та 687 амбулаторних дільниць. Анкетування охопило 94,3% перших та 80,6% других. Кількість населення, яке обслуговувала кожна з них, була різною.

Таблиця 1

Щільність населення медичних дільниць УСРР [4, 115 – 125]

Губернії	Волинська	Донецька	Катерино-славська	Київська	Одеська	Подільська	Полтавська	Харківська	Чернігівська	По Україні
До 12 тис.	10	61	57	14	89	4	30	24	41	330
12-20 тис.	39	35	55	55	50	10	64	48	46	402
Більше 20 тис.	25	36	36	45	36	64	59	45	26	372
Невідомо	9	5	13	16	5	8	11	5	8	80
Разом	83	137	161	130	180	86	164	122	121	1184

Серед всіх обстежених дільниць 27,8% забезпечували до 12 тис. осіб, 33,9% – від 12 до 20 тис. та 31,4% – більше 20 тис. Мінімальною нормою, встановленою НКОЗ, передбачалося 10 тис. осіб на одну дільницю, а тому бачимо значну нерозвиненість справи.

Ступінь обслуговування дільницями вимірювався не тільки кількістю населення, але й їх радіусом та наявністю транспортних засобів. 43,7% всіх дільниць мали радіус до 10 км, 37,7% – від 10 до 15 км та 16,5% – більше 15 км. Таким чином, це питання було вирішено задовільно [4, 116].

Зовсім по іншому складалася ситуація з транспортом. Тільки 14,4% всіх обстежених дільниць мали його у власному розпорядженні. Деякі отримували транспортну допомогу від райвиконкомів або наймали коней. 13,1% дільниць взагалі ніякими транспортними засобами не користувалися [4, 117 – 119]. Отже, значна кількість дільничної мережі була нерухомою, а тому надавала допомогу лише тим селянам, які самостійно добиралися. Враховуючи

наслідки голоду, велика кількість селянських господарств коней не мала, а тому залишалася без медичної допомоги. Ще одним негативним наслідком був поганий зв'язок з окржними відділами охорони здоров'я (окрздрами). Новий адміністративно-територіальний поділ УСРР ще більше віддалив дільниці від окржних центрів, але наблизив їх до районних. До 1923 р. лікарі були матеріально зацікавлені відвідувати окрздрави, бо звіди отримували медикаменти та заробітну платню. З введенням районних бюджетів, цей фактор поступово зникав, а за стабільної відсутності транспорту зв'язок ставав ще менш регулярним. Його налагодження покладалося на голів окрздравів.

З другої половини 1922 р., коли було зроблено перехід від держпостачання до утримання за рахунок місцевих коштів, збільшуються проблеми щодо постачання перев'язувального матеріалу та найбільш необхідних медикаментів. Відсутність місцевих коштів та допомоги центральних органів вимусила перейти до самоокупності та виробити відповідну таксу. Маючи на увазі нестійкість грошової валюти та нестачу грошових одиниць у місцевого населення, її встановлювали у хлібних одиницях, збільшуючи відповідно до підвищення цін на медикаменти. Так, наприклад, за операцію на шлунку була встановлена плата спочатку 1 пуд 20 фунтів жита, потім – 2 п. 20 ф., далі – 3 п. 20 ф., але й цього не вистачало, подальше ж підвищення розцінок зробило б медичну допомогу недоступною для селян [5, 667].

Матеріально-технічне забезпечення сільської дільничної мережі також знаходилося не в найкращому стані. Лише 44,7% всіх амбулаторій розміщувалися у спеціальних будівлях, 32,6% – у прилаштованих та 19% – у неприлаштованих приміщеннях. Кращою була ситуація з лікарнями, 70% яких розташовувалося в спеціально побудованих приміщеннях, близько 20% – у прилаштованих і лише 10% залишалося у тимчасово неприлаштованих. Поряд з цим 70% всіх будівель потребувало капітального ремонту. Сільські лікувальні установи не ремонтувалися фактично з 1914 р. Враховуючи військові дії, більшість з них була в стані руйнації. До 1923 р. капітальний ремонт провели на 82 дільницях, косметичний – у 358. Таким чином, відремонтовані будівлі становили близько 37%. Забезпеченими медикаментами вважали себе 61% дільниць, обладнанням – 51%. До 1922 – 23 рр. показники були ще нижчими. Їх ріст пов'язаний з перенесенням основної роботи іноземних організацій по наданню допомоги голодуючим з міст до сіл. Проте якщо аптеками були забезпечені майже всі дільниці, то мікроскопами – лише 21,2%, дезкамерами – 18,2%, а лабораторіями для хімічних досліджень – 5,8% дільниць. Серед сільських лікарень більшість мала від 5 до 40 ліжок (89%). При цьому з загальної кількості штатних ліжок (14 643) функціонувало лише 68% (9 926 ліжок) [4, 120 – 123].

Поряд з будівлями та обладнанням, важливим було питання забезпечення дільниць медичним

персоналом. Основна його маса (84%) прибула в село під час війни та революції. В цей же період 60% лікарів закінчили медичні факультети. Колишні земські лікарі пішли у місто або померли. Новий медичний персонал значно відставав у питанні кваліфікації від своїх попередників. До цього додавалися звільнення лікарів та небажання їхати у провінцію через відсутність квартир та комунальних послуг, нестача житлової площі, відірваності від центру, далекій відстані від міста, залізничної станції тощо [6, 68–82].

За спеціальностями дільничні лікарі УСРР розподілялися нерівномірно.

Таблиця 2

**Спеціалізація дільничних лікарів у 1923 р.
[4, 115 – 125]**

Спеціальність	Терапевт	Хірург	Гінеколог	Педіатр	Венеролог	Епідеміолог	Окуліст	Сан.-лікар	Зміш. спеціальність	Без спеціальності	Невідомо	Разом
Кількість, ос.	291	121	127	9	16	4	12	5	298	199	86	1168

Найбільше було терапевтів, лікарів змішаної спеціальності або без спеціальності взагалі. Ця група складала 67%. В кожній губернії були спеціалісти з гінекології та хірургії, всі інші – одиничні випадки.

Отже, окрім незадовільного технічного стану дільниць (майже повній відсутності транспорту при значному радіусі, недостатньому будівництві нових та ремонті старих приміщень, нестачі медичного обладнання), у першій половині 1920-х років не меншою проблемою залишалася низька кваліфікація медичного персоналу, що обслуговував сільську мережу.

Характерною рисою політики радянської влади на селі у 1920-х роках була "боротьба з фельдшеризмом". Висуваючи гасло підвищення якості медичної допомоги, робилася спроба заміни самостійних фельдшерських пунктів лікарськими амбулаторіями. У 1921 р. фельдшерських пунктів нараховувалося 985, у 1922 р. – 758, у 1923 – 394, у 1925 р. – 35, у 1926 – 27 р. – 40 [7, 88–94]. Проте їх знищення не означало підвищення рівня обслуговування селян, а досить часто навпаки призводило до відсутності в доступних межах будь-якої медичної допомоги.

Після переходу на тріступеневу систему керування у 1925 р. та укріпленням районного місцевого бюджету, поряд з лікарнями та амбулаторіями, що були до цього основними установами на селі, почали з'являтися санітарні організації, сільські ясла та консультації [8, 100–105]. Ідеальним типом розвитку медичної справи на селі визнавали організацію профілактичних дільниць, структура яких повинна була включати:

1. Амбулаторію з окремими кабінетами для прийому по основним спеціальностям, в тому числі і стоматологічною.

2. Лікарню для надання спеціальних видів допомоги: терапевтичної, хірургічної, акушерсько-гінекологічної, очної, противенеричної та протитуберкульозної.

3. Тубдеспансер або тубпункт, в залежності від характеру та інтенсивності враження населення району туберкульозом.

4. Вендиспансер або венпункт, в залежності від розповсюдження венеричних захворювань.

5. Консультацію для вагітних та немовлят.

6. Постійні та тимчасові ясла.

7. Районного санітарного та шкільно-санітарного лікаря.

8. Раду соціальної допомоги [9, 106].

Їх розгортання через складність організації та нестачу коштів у місцевих бюджетах проходило дуже повільно.

Для сільської місцевості встановили норму у вигляді наступних показників:

на одну амбулаторну дільницю – 10 тис. населення;
на лікарняну дільницю – 20 тис. населення;
на одне лікарняне ліжко – 2 тис. населення [10, 1].

Наприкінці 1925 р. одна дільниця обслуговувала в

середньому 17,5 тис. осіб. Найбільш відсталіми були Волинська (18,6 тис.), Катеринославська (19,9 тис.), Київська (19,3 тис.), Подільська (27,6 тис.) та Полтавська (18,7 тис.) губернії.

Потрібна кількість лікарень при коефіцієнті 20 тис. населення на одну дільницю становила 1200. На той час у сільській місцевості УСРР розташовувалося лише 558, тобто майже вдвічі менше. Особливо складною була ситуація у Волинській (43 тис.), Донецькій (42,5 тис.), Катеринославській (45 тис.), Київській (45 тис.), Подільській (48 тис.) та Полтавській (48 тис.) губерніях [9, 103].

Ліжок в цей період функціонувало 9 345, тобто менше норми. В середньому одне сільське ліжко обслуговувало 2800 осіб населення [10, 1]. При цьому необхідно мати на увазі, що ліжкову допомогу селянству надавали не тільки у сільських лікарнях, але й у лікарнях окружних та інших міст (до 50-65% існуючих у них числа ліжок) та частково у лікарнях робмеду, Український Червоний Хрест та ін. організацій.

У сільській місцевості в 1924–25 р. нараховувалося 1397 лікарів, тобто в середньому 1 лікар на дільницю. Кризовою була ситуація зі стоматологічною допомогою. Серед 558 лікарень лише 57 мали зубні кабінети та спеціалізований персонал. Не вистачало й кількості акушерок – 1282 особи становили половину від потреби. Катастрофічно складалася ситуація з допомогою окулістів. В середині 1920-х років значно збільшилася кількість захворювань трахомою. При цьому на селі не існувало не тільки спеціалізованих клінік або відділень, а навіть не було спеціалістів. Дільничні лікарі у питанні очних хвороб мали низьку кваліфікацію [9, 101–112].

У звітах 1925–26 р. продовжували відзначатися такі недоліки, як незадовільне обладнання та постачання лікарських закладів, довгий радіус (8-25 верст), відсутність засобів перевезення для надання допомоги на дому [11, 1612–1613]. Одночасно з цим

значно підвищується потреба населення в кваліфікованій медичній допомозі. На фоні значних черг в амбулаторіях, 8-10-хвилинний огляд здавався недостатнім, особливо в разі невідлого лікування. Принижене матеріальне становище лікарів, яке пропорційно відставало від довоєнного порівняно з індустріальним працівником, призводило до пошуку якого-небудь сумісництва, що не сприяло професійному росту, підвищенню кваліфікації. Це ставало причинами падіння авторитету лікаря серед населення. Негативно впливала й молодість та недосвідченість значної кількості медичних працівників. Певний вплив на формування негативного ставлення до лікарської справи мала періодична преса, де публікувалися, часто без перевірки, скарги та претензії. Відповіддю на все це було масове невдоволення діяльністю лікарів, що доходило навіть до судових справ. Їх звинувачували у злочині за посадою, халатності, вимаганні, зловживанні посадовим становищем тощо. Виникали конфлікти з хворими, які завершувалися різноманітними грубими діями, кривдженням, образливим зневажливим ставленням до професії лікаря, якого порівнювали з функціонером від медицини, чиновником, а іноді навіть вбивствами [12, 33–45]. Негативне ставлення населення до радянських лікарів збільшувало їх супротив їхати у провінцію, що уповільнювало процес формування медичної системи.

В умовах села на допомогу приходило знахарство. Перш ніж опинитися у лікарні, хворий зазвичай бував у всіх місцевих знахарів та випробовував різноманітні засоби лікування і, тільки переконавшись у безцільності такого "лікування", звертався за допомогою до лікаря. Але необхідно відзначити і певну раціональну ланку у цьому, бо при потребі негайної медичної допомоги це був єдиний вихід. До того ж як один із знахарських засобів використовували траволікування, що мало певний зміст та цінність [13, 427]. Радянська влада до такої практики ставилася негативно і намагалася її знищити. Поряд з цим робилися заходи щодо збільшення чисельності медичного персоналу. Декретом РНК УСРР від 19 травня 1925 р. "Про укомплектування села кваліфікованим медичним персоналом" сільському лікарю передбачалося ряд пільг, серед яких й забезпечення безкоштовними квартирами та комунальними послугами. Але на справді це не виконувалося. В кращому випадку давали грошову компенсацію у розмірі 4-15% від окладу (передбачена колективним договором), але вона не покривала витрат за цією метою. Досить часто через нестачу житлової площі у провінції кваліфікований медичний персонал взагалі не запрошувався. Незадовільним було й постачання медичною літературою, надання наукових відряджень. За даними обслідування дільничних лікарів, у 1927 р. спецодрогом (для виїздів у зимовий час) забезпечувалася лише третина [14, 18–26].

У 1928 р. сільська лікарська мережа мала в своєму складі 1 665 дільниць: 980 амбулаторних та 685 – з

лікарнями. В своєму розпорядженні вона мала 11 612 ліжок, серед яких 1 296 інфекційних, 2 183 хірургічних, 1 845 акушерських. Лікарсько-профілактичних дільниць було 57, фельдшерських пунктів – 87, акушерських пунктів – 101. З загального числа лікарських дільниць 965 були з одним лікарем, 364 – з двома, 195 – з трьома, а 141 – не мали лікарів. В середньому на 1 лікарську дільницю припадало 15,6 тис. осіб, що було краще ніж на початку 1920-х років, але до норми, встановленої ще тоді, не доходило [15, 7].

Отже, впродовж 1920-х років охорона здоров'я в сільській місцевості перебувала в кризовому стані. Значні недоліки малися в усій системі, але сільська медицина негативно виділялася на фоні міської організації та системи медичного забезпечення на шляхах сполучення. Ефективно діючих медичних установ майже не існувало. Катастрофічний стан дільниць з неприлаштованими приміщеннями, відсутністю транспорту, медикаментів та обладнання, а також кваліфікованого медичного персоналу викликав недовірливе ставлення населення до радянської медицини та стимулював розвиток знахарства.

1. Хорош І.Д. *Розвиток охорони здоров'я на селі в Українській РСР (1918 – 1929)*. – К., 1969.
2. Хорош І. *Основные этапы развития здравоохранения на Полтавщине*. – К., 1955.
3. Сточик А.М. *Сельское здравоохранение в первой половине 20-х годов // Советское здравоохранение*. – 1988. – №8.
4. Гуревич М.Г. *Состояние сельской медико-санитарной сети на Украине в середине лета 1923 года // Профилактическая медицина*. – 1924. – № 1-2.
5. *Три года хирургической работы в провинции // Новый хирургический архив*. – 1925. – Т. VIII. – Кн. 4.
6. Арнольди И.А. *Труд сельских медицинских работников // Acta medica*. – 1928. – Вып. 19.
7. Казан Д.С. *Сельская участковая сеть на Украине за десять лет // Профилактическая медицина*. – 1928. – № 12.
8. Мих С.Е. *Реформа 3-х степенного управления на Украине и здравоохранение // Профилактическая медицина*. – 1925. – № 4.
9. Дынин М.Е. *План построения сельской лечебной сети и постановки лечебного дела на селе в течении ближайших 5-ти лет (1925 – 1930 гг.) // Профилактическая медицина*. – 1926. – № 1.
10. *Центральный державний архів вищих органів влади та управління України*. – Ф. Р-342. – Оп. 2. – Спр. 1093.
11. Рохлина Л.Л. *Вопросы охраны труда и улучшения быта врачей // Врачебное дело*. – 1926. – № 20.
12. Бердичевский Г.А. *Большой вопрос врачебной работы // Acta medica*. – 1928. – Вып. 19.
13. Панкратьев Б.Е. *Знахарство и хирургия // Новый хирургический архив*. – 1925. – Т. VIII. – Кн. 3.
14. Геккер М. *Материальное положение медицинских врачей на Украине // Acta medica*. – 1928. – Вып. 19.
15. *Матеріали про діяльність закладів охорони здоров'я і про санітарний стан України за 1927 – 28 рік*. – Х., 1929.

