

Andrushchak R.I. REGISTRATION OF ROMAN CATHOLIC COMMUNITIES IN VINNYTSYA REGION IN THE 20S OF THE TWENTIETH CENTURY AS A MANIFESTATION OF ANTI-CATHOLIC VECTOR OF SOVIET RELIGIOUS POLICY

The article examines archival sources and investigates anti-Catholic character of Soviet religious policy in state registration of the Roman Catholic communities of Vinnitsa region. Much attention is given to analysis of documents and materials of the Soviet government agencies that registered religious communities. The author argues that registration of the Roman Catholic communities in the 20s of the XX century had anti-religious character and was a severe form of control over the human mind.

Key words: The Roman Catholic Church, registration, religious community, church, confession, soviet religious policy.

УДК 94 (477) «19»

О.П. Мурашова

**ЗАХОДИ РАДЯНСЬКОЇ ВЛАДИ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ
У 1920 – 1930 -Х РР.**

У статті досліджуються основні напрямки діяльності радянського керівництва в галузі медичного обслуговування населення України. Висвітлено головні закономірності становлення та функціонування системи охорони здоров'я, особливості надання медичної допомоги різним групам населення. Розглядаються питання створення державних структур щодо забезпечення медичного обслуговування. Показано важливі позитивні та негативні аспекти у процесі розвитку даної сфери соціальної політики радянської влади.

Ключові слова: охорона здоров'я, медичне обслуговування, більшовики, нова економічна політика, охорона материнства та дитинства, робітнича медицина, Народний комісаріат охорони здоров'я, страхова медицина

Процес розбудови та утвердження демократичної національної держави залежить від проведення її керівництвом ефективної соціальної політики, одним із завдань якої є забезпечення належних санітарно-побутових умов життя, а також охорони здоров'я населення. Врахування історичного досвіду має суттєве значення для вироблення концептуальних підходів щодо формування нової якісної системи медичного обслуговування в Україні на сучасному етапі, що потребує модернізації.

Актуальність теми зумовлена відсутністю комплексних досліджень з даної проблематики, оскільки увага істориків здебільшого приділялася політичним, економічним, культурним питанням у зазначений період. Комплексний аналіз основних закономірностей формування, розвитку, визначення головних досягнень та прорахунків політики радянської влади у даній сфері дозволяє ґрунтовно вивчати новітню історію України у міжвоєнний період, зокрема утвердження та діяльність більшовицької влади в нашій державі.

Метою публікації є комплексний та об'єктивний аналіз формування та розвитку радянської системи охорони здоров'я, визначення основних закономірностей її становлення та розвитку, виділення головних здобутків та недоліків у забезпеченні функціонування медичної сфери.

Дана проблематика частково привертала увагу істориків. Ще наприкінці 1920-х рр. науковці робили перші спроби аналізувати процес становлення системи охорони здоров'я в новоутвореній державі. Під тиском обставин того часу вчені дотримувалися принципу партійності та класового підходу. Значна кількість досліджень з даної проблеми з'явилася в 1930-х - 80-х рр. XX століття. Незважаючи на значний інтерес до цієї теми, роботи даного періоду характеризувалися однобічним підходом та ідеологічною спрямованістю. Із проголошенням незалежності України виникли нові погляди на проблему. Розвиток охорони здоров'я в Україні в період непу досліджувала Ткаченко І.В., яка охарактеризувала санітарний стан, особливості надання медичної допомоги населенню, розвиток лікувально-профілактичної роботи. Вагомий внесок у вивченні даної проблематики здійснила Адамська І.Г. Особливості розвитку медичного обслуговування в регіонах знайшли своє висвітлення в роботах Барабаша Ю.В. та Демочко Г.Л. Окремі аспекти даної теми в контексті вивчення повсякденного життя робітників відображені в монографії Мовчан О.М.

Ще в середині XIX ст. з'являються перші відомості, що підтверджували прагнення держави запровадити елементи соціального захисту населення в разі хвороби. В цей період при заводах, шахтах та інших промислових об'єктах за кошти власників організовуються перші лікарняні заклади. Дана практика проводилася з метою попередження поширення епідемії холери на теренах колишньої Російської імперії. У зазначений період починає формуватися інститут робітничої (фабричної) медицини, що був підконтрольний земствам. 23 червня 1912 р. Державна Дума прийняла закон про обов'язкове страхування робітників на випадок хвороби [1, с. 139].

Після утвердження більшовицької влади першочерговим завданням радянського керівництва постало вирішення соціальних проблем населення, що були спричинені наслідками першої світової та громадянської воєн. Із цього моменту розпочинається новий етап розвитку охорони здоров'я. У 1919 р. в Україні було утворено Народний Комісаріат охорони здоров'я (НКОЗ) і вже на початок 1920-х рр. завершилося формування керівних органів даної галузі. У грудні 1921 р. постановою РНК було засновано відділ робітничої медицини («Робмед»). Головним завданням даного відділу була організація медичних закладів промислових підприємств для боротьби із професійними захворюваннями робітників. Дана установа складалася із чотирьох інспектур: відновлення працездатності, лікувально-профілактичної, оздоровлення робітників підлітків та Центрального лікувального бюро [2, с. 132]. Поступово почали організовуватися територіальні відділи, а в 1923 р. було відкрито у Харкові Інститут робітничої медицини [3, с. 228]. Засновані окружні відділи страхової медицини контролювали правильність надання медичної допомоги, а також стежили за використанням коштів страхових кас [4, с. 203]. На місцях «Робмеди» спиралися на комісії соціальної допомоги у лікувальних закладах та інститут страхових делегатів на підприємствах [3, с. 228].

Медичне обслуговування міського населення у порівнянні із сільським було відносно вищим. Мережа закладів медицини, що формувалася впродовж 1920-30-х рр., в першу чергу, охоплювала міста. Однак, там існували проблеми санітарного стану – перенаселення, неякісна питна вода, забрудненість, недосконалість каналізаційних мереж. Особливо це стосувалося промислових регіонів країни. Внаслідок обмеження товарно-грошових відносин, фінансування охорони здоров'я здійснювалося за рахунок державних коштів шляхом розподілу кредитів для проведення оборотних операцій. Після переходу до НЕПУ державний бюджет фінансував лише 10% потреб медичної галузі, а місцеві – 35%. Майже половина всіх коштів надходила із фондів соціального страхування, за рахунок відрахувань підприємств, установ, організацій. Разом з тим, медичні заклади мали право проводити комерційні операції [5, с. 10].

У січні 1920 р. на засіданні РНК УСРР було прийнято рішення про заснування Всеукраїнської комісії з охорони народного здоров'я у складі трьох осіб: М.І. Борсукова, М.М. Щербакова та С.І. Міцкевича [6, с. 24]. Їх головними завданнями були: організація відділів охорони здоров'я на місцях, підготовка медичних кадрів, боротьба з епідеміологічними захворюваннями, облік та розподіл санітарного та медичного майна. Було впорядковано статистичну звітність, започатковано виробництво фармацевтичних препаратів [7, с. 28]. 16 лютого 1920 р. було сформовано новий склад НКОЗ УСРР, основною функцією якого було створення широкомасштабної системи охорони здоров'я. Він складався із 13 відділів: управління справами, організаційно-адміністративного, фінансового, санітарного, лікувального, охорони материнства і дитинства, медичної статистики, охорони здоров'я дітей, головного військово-санітарного управління, лікарсько-санітарного, господарсько-матеріального, медичного забезпечення [8, с. 83].

Курс на розбудову безкоштовного, загальнодоступного медичного обслуговування був затверджений положеннями програми партії, прийнятої на VII з'їзді РКП(б), проте, із переходом до непу значно скоротилися обсяги державного бюджету. Головні принципи державної політики в даний період були викладені в постанові РНК УСРР від 10 грудня 1921 р. «Положення про соціальне забезпечення робітників та службовців на випадок смерті годувальника». В цьому випадку безкоштовна медична допомога передбачалася лише для службовців та промислових робітників [9, с. 7].

Значно гальмувала систему медичного страхування відсутність належного фінансування. Давалися взнаки наслідки війни, голоду. Головною проблемою більшості міст України були епідемічні хвороби, особливо в районах Донбасу, де в першій половині 1920-х рр. спостерігалася тенденція поширення тифу і холери [8, с. 145]. У зв'язку із цим у 1928 р.

створюються мережі санітарно-наглядових пунктів для приїжджих, які шукали роботу на підприємствах Донецького басейну. Внаслідок проведення систематичних медико-санітарних заходів, поширення епідемій вдалося зупинити, хоч і спостерігалися окремі спалахи хвороб [10, с. 13]. Однак, більшість висококваліфікованих спеціалістів залишали дану сферу діяльності у зв'язку із складними умовами праці та йшли працювати у іншу сферу. Санітарний лікар на той час був рідкісним фахівцем [11, с. 149]. Було введено єдину тарифну сітку, що означала зрівняння в оплаті праці лікарів різного профілю [12, с. 71]. Тому з метою повернення кадрів та поліпшення матеріального становища санітарних лікарів було видано положення, згідно з яким санітарні лікарі та бактеріологи отримували в півтора рази вищий оклад, якщо працювали від 6 до 8 років на посаді (66 млн рублів) та подвійний оклад, якщо працювали більше зазначеного терміну (88 млн рублів) [13, с. 405].

Крім епідемічних існували і так звані соціальні хвороби – алкоголізм, венеричні захворювання, туберкульоз. Високий рівень безробіття, особливо серед жінок, призвів до поширення проституції. Статистичні дані свідчать про те, що загалом в Україні на початок 1920-х рр. туберкульозом хворіло до 6% жителів, а 70% було інфіковано. Тому в державі створювалися мережі протитуберкульозних закладів. Уже на 1 вересня 1923 р. в УСРР діяло 47 диспансерів [8, с. 170]. Через значний брак коштів більшість медичних закладів були в незадовільному санітарному стані. Коридори вчасно не прибиралися, а лікарі змушені були користуватися заржавілими інструментами [14, с. 139].

Широкого поширення набула практика обслуговування хворих вдома. З 1926 по 1928 рр. кількість відвідувань зростає втричі. З необхідністю підвищення трудової дисципліни значно активізувався лікарський контроль за станом хворих. І Всеукраїнська нарада по лікарському контролю, що відбулася 8-12 квітня 1926 р., прийняла рішення про те, що нагляд за хворими вдома повинен був стати головним засобом боротьби з прогулами та необгрунтованими видачами допомоги за рахунок страхових кас [15, с. 7]. Щоб запобігти звинуваченням у класово-ворожому ставленні до робітників, медики не відмовляли їм у наданні лікарняних листів.

В період непу в Україні активно розвивалося власне виробництво медичних препаратів та обладнання, що здійснювалося за рахунок як державних, так і приватних підприємств. З метою проведення торговельних операцій було створено Укрмедторг, що функціонував у складі НКОЗ на комерційних засадах. Вагому роль у забезпеченні держави ліками відігравав імпорту медичних товарів, що здійснювався з Австрії, Англії, Німеччини та Франції. Дана сфера діяльності контролювалася та обмежувалася керівництвом СРСР. Наприкінці 1920-х рр. у зв'язку із згоранням приватного виробництва, виникає дефіцит на елементарні лікарські засоби.

На початку 1920-х рр. в Україні з'явився новий напрямок медичної допомоги – охорона материнства і дитинства (охмадит). Виникли жіночі консультації, завданням яких був нагляд за вагітними та породіллями, пропагування народження дітей у пологових будинках та відмови від непрофесійної медичної допомоги. На даному етапі було створено близько 500 дитячих консультацій та поліклінік, 120 молочних кухонь 900 сезонних та 200 постійних ясел. Ця робота була очолена створеним у Харкові у 1923 р. Інститутом охорони материнства і дитинства. Якісне медичне обслуговування було доступним далеко не всім жінкам, особливо це стосувалося жителів райцентрів та сіл. Негативним явищем зазначеного періоду було зростання абортних ліжок. Дана ситуація сприяла проведенню популяризації контрацептивів для зменшення кількості небажаних вагітностей. Протизаплідні засоби спочатку видавалися безкоштовно і були доступні у кожній аптеці [16, с. 15].

У 1927 р. створюються пункти першої медичної допомоги, особливо на великих підприємствах. На тих виробництвах, де кількість працівників становила від 100 до 230 чол., вони повинні були організовуватися в разі їх віддаленості від медзакладів не менше ніж на 1,5 км., а з небезпечними умовами праці – до 0,5 км. Від кількості робітників суттєво залежав штат медпунктів. На підприємствах з чисельністю понад 500 чол., персонал формувався у складі лікаря, медсестри та санітара, а з більшою чисельністю – фельдшера, медсестри та санітара і, відповідно, із меншою – помічника лікаря і медсестри [17, с. 22].

Існували випадки чисельних виробничих травм, несвоєчасна допомога при яких сприяла розвитку інвалідності. На той момент в державі діяв єдиний Інститут ортопедії, створений у 1922 р. у Харкові. Для того, щоб потрапити на прийом, необхідно було вистояти

довгі черги. Спеціальні відділення при лікарнях у місцевостях, де існували виробництва із підвищеним рівнем травматизму почали створюватися лише у 1927 р. Однак, брак коштів значно гальмував даний процес.

Суттєва нестача коштів позначилася на роботі медперсоналу. Отримуючи мізерну заробітну плату (26 коп. на добу), лікарі байдуже ставилися до виконання своїх обов'язків, що часто призводило до конфліктів із пацієнтами та їх родичами, та нерідко закінчувалося побиттям медиків, особливо в сільській місцевості. За образу лікаря при виконанні ним службових обов'язків навіть встановлювалося покарання за ст. 10 та 88 Кримінального Кодексу, які передбачали позбавлення волі строком, не менше ніж на 6 місяців [18, с. 11].

Через відсутність ліків, перев'язочних матеріалів, багато хворих, що отримали важкі травми ставали інвалідами [19, арк. 15]. Медичні заклади систематично не доотримували за планами продуктів харчування. Приміщення погано опалювалися, пацієнти систематично недоїдали. У психлікарнях відсутніми були приміщення для ізоляції, тому різні групи хворих утримувалися разом, що призводило до частих бійок. Обслуговуючий медперсонал, якого суттєво не вистачало, практично не доглядав за пацієнтами і дуже часто змушував їх замість себе виконувати усю чорну роботу. Практикувалися фізичні покарання. Заготівельна криза 1928-1929 рр. спричинила погіршення продовольчого забезпечення. Термін перебування у медичних закладах був суттєво скороченим у зв'язку із проблемами фінансування.

Важливе значення мала не лише наявність медичного обладнання та ліків, але й правильна діагностика захворювань. Не зважаючи на значне зростання хіміко-бактеріологічних лабораторій та рентгенівських кабінетів, повністю задовольнити потреби медичної допомоги не вдавалося. Взнаки давався брак приміщень та фахівців із плівки. Досконало обладнувалися лише столичні заклади, де працювали кваліфіковані робітники. Проте, потрапити туди можна було лише після проходження низки бюрократичних процедур, що могли тривати місяцями.

На початку 1930-х рр. у сфері охорони здоров'я працювало близько 16 тис. лікарів та 29 тис. допоміжного медперсоналу. Практикувалося скорочення термінів навчання в інститутах до чотирьох років, що суттєво позначилося на якості підготовки спеціалістів. Вже на 1937 р. в УРСР налічувалося майже 25 тис. лікарів. Це означало, що один фахівець припадав на 1 тис. населення. Масові репресії не обминули медичної галузі. Особливо це стосувалося працівників із дореволюційним стажем, незважаючи на свої позитивні напрацювання. Новостворені кадри суттєво поступалися професійним рівнем.

В даний період було започатковано так звану систему оздоровлення населення, яка була доступною не для всіх. 21 грудня 1921 р. було прийнято декрет «Про використання Криму для лікування трудящих», що передбачав проведення націоналізації майна регіону та передання його профспілкам для створення санаторних баз. До 1925 р. їх було 139, а на початок 1937 р. – 366 [20, с.429]. Не дивлячись на їх зростання, більшість робітників не могли «вибити» собі путівки. З метою отримання направлення на санаторне лікування, вони погрожували фізичною розправою лікарям, котрих вважали винними у несправедливому їх розподілі.

Відпочивальники дуже часто залишалися незадоволеними якістю оздоровлення. Близько 200-300 курортників обслуговував лише один лікар. Їх розміщували у тісних кімнатах без елементарних зручностей, погано годували. Єдиним способом дозвілля були прогулянки та гра в карти, а також пияцтво та бійки. Тому більшість відпочивальників залишали санаторії завчасно, а деякі, отримавши путівки та кошти на проїзд, залишалися вдома. Важке матеріальне становище змушувало більшість робітників від так званих відпусток для отримання грошової компенсації та можливості додатково підзаробити.

Як правило, путівки на курорти першочергово отримували працівники провідних галузей виробництва. Їм щорічно бронювалося близько тисячі місць, а також надавалася третина путівок на республіканські курорти. Незаконно привілеї також надавалися родичам керівників підприємств, голів профкомів. Для отримання направлення на санаторне лікування простим робітникам необхідно було пройти масу бюрократичних процедур, що було пов'язане із біганиною по різних інстанціях та чеканням у довгих чергах.

В окреслений період була створена так звана страхова каса, що передбачала запровадження контролю за ефективністю курортного оздоровлення, згідно з якою робітник не допускався до роботи без довідки із поліклініки та заповнення анкети про зміни у стані свого здоров'я, що викликало обурення серед населення.

Питання оздоровлення дітей також займало вагомe місце. Почали з'являтися дитячі майданчики, літні оздоровчі заклади, санаторії. У період з 1927 по 1929 рр. їхня кількість зросла майже вдвічі.

Таким чином, система охорони здоров'я України в досліджуваний період зазнала суттєвих зрушень, що мали як позитивні, так і негативні наслідки. Здобутками радянського періоду є запровадження робітничої медицини, створення охмадиту, проведення заходів щодо боротьби із соціальними та епідеміологічними захворюваннями, впровадження курортного відпочинку. Однак, недостатність фінансових ресурсів, що спричинила незацікавленість більшості лікарів у результатах своєї праці, відсутність придатного обладнання, класові принципи організації медичного обслуговування, наявність бюрократичного апарату, репресивні заходи значно гальмували розвиток даної сфери соціальної політики радянського керівництва. Для жителів сіл та віддалених невеликих містечок медична допомога в перші роки існування більшовицької влади була практично недоступною.

ДЖЕРЕЛА ТА ЛІТЕРАТУРА:

1. Вигдорчик Н.А. Социальное страхование. Систематическое изложение истории, организации и практики всех форм социального страхования / Н. А. Вигдорчик. – СПб.:Практическая медицина, 1912. – 295 с.
2. Мовчан О.М. Повсякденне життя робітників УСРР. 1920-ті рр. / О.М. Мовчан– К.: Інститут історії України НАН України, 2011. – 312 с.
3. Очерки истории профессиональных союзов Украинской ССР. – К.: Из-во полит. ли-ры Украины. – 1983. – 662 с.
4. Мельничук О.А. Соціальне страхування в радянській Україні (20-30-ті рр. ХХ ст.) / О.А. Мельничук. – Вінниця: Едельвейс, 2009. – 372 с.
5. Адамська І.Г. Партійно-державна політика в галузі охорони здоров'я в Українській СРР (1919-1929 рр.) / Адамська Ірина Геннадіївна: автореф. дис. канд. іст. наук: спец. 07.00.01 – історія України. – К., 2011. – 15 с.
6. Едельман І. Ради і охорона здоров'я / І. Едельман. – К.: Держвидав, 1939. – 32 с.
7. Баткіс Г.А. Перші кроки будівництва радянської охорони здоров'я на Україні (1918 - 1922) / Г.А. Баткіс. – К.: Держвидав УРСР, 1964. – 47 с.
8. Ткаченко І.В. Охорона здоров'я в Україні в роки нової економічної політики: соціально-історичний аспект: дис. канд. іст. наук : спец. 07.00.01 – історія України / Ткаченко Ірина Владиславівна. – Черкаси, 2009. – 230 с.
9. Штейнберг А.П. Лекарственная помощь застрахованным / А.П. Штейнберг // Вопросы страхования. – 1922. – №3. – С.7-8.
10. 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. наук. спец. – 07.00.01 – історія України. – Луганськ, 2008. – 24 с.
11. Ленинские декреты по здравоохранению. – М.: Медицина. – 1970. – 339 с.
12. Марзеев А. О санитарной организации на Украине / А. О. Марзеев // Профилактическая медицина. – 1922. – № 1. – С. 71.
13. К санитарным врачам // Врачебное дело. – 1922. – № 15. – С.405-408
14. Лукашевич О. Медичне обслуговування міського населення України у 1920 – 30-х рр. / О. Лукашевич, О. Тарапон // Наукові записки з української історії. – Випуск 32. – С.138-143.
15. Медична допомога застрахованим в 1925/26 рр. – Харків, 1927. – 172 с.
16. Демочко Г.Л. Формування і розвиток української радянської системи охорони здоров'я у Харкові (1919-1934 рр.) / Демочко Ганна Леонідівна: автореф. дис. канд. іст. наук. – 07.00.01. – історія України. – Харків, 2011. – 21 с.
17. Бюлетень НКОЗ. – 1927. - №11. – С.22-24.
18. О проведении кампании среди населения о взаимоотношениях между врачами и больными // Бюлетень ВУЦПС Медсантруд. – 1927. – № 9. – С.10-13.
19. Центральний державний архів вищих органів влади та управління України, ф.342, оп. 3, спр. 343.
20. История Украинской ССР: В 10 т. – К.: Наукова думка, 1984. – Т.7: Украинская ССР в период построения и укрепления социалистического общества (1921 - 1941) / за ред. С.В. Кульчицкого. – 719 с.

Мурашова О.П. МЕРОПРИЯТТЯ СОВЕТСКОЙ ВЛАСТИ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В УКРАИНЕ В 1920 - 1930-Х ГГ.

В статье исследуются основные направления деятельности советского руководства в области медицинского обслуживания населения Украины. Освещены основные закономерности становления и функционирования системы здравоохранения, особенности оказания медицинской помощи различным группам населения. Рассматриваются вопросы создания государственных структур по обеспечению медицинского обслуживания. Показано важные положительные и отрицательные аспекты в процессе развития данной сферы социальной политики советской власти.

Ключевые слова: здравоохранение, медицинское обслуживание, большевики, новая экономическая политика, охрана материнства и детства, рабочая медицина, Народный комиссариат здравоохранения, страховая медицина

Murashova O.P. ACTIONS OF SOVIET AUTHORITIES IN HEALTH CARE IN UKRAINE DURING 1920 – 1930s.

The article explores the main activities of the Soviet leaders in the field of health care in Ukraine. It deals with the main regularities of formation and functioning of the health system, especially the provision of medical care to different groups. The author focuses on the creation of health care government agencies and shows important positive and negative aspects in the development of this sphere of the Soviet government social policy.

Key words: health, medical care, the Bolsheviks, the new economic policy, protection of motherhood and childhood, Labour Medicine, People's Commissariat of Health, health insurance

УДК 94 (477.6) «1920/1925»

І.В. Мазур-Стукальська

ІНФРАСТРУКТУРА СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ГУБЕРНСЬКИХ МІСТ УКРАЇНИ В СЕРЕДИНІ 20-Х РР. ХХ СТ.: ІСТОРИЧНІ УМОВИ ТА СПЕЦИФІКА

Дослідження присвячено вивченню інфраструктури системи охорони здоров'я у губернських містах України в першій половині 1920-х років. У статті, на основі аналізу літератури, висвітлено особливості розвитку медичної сфери у означених містах; досліджено комплекс питань, пов'язаних із діяльністю влади щодо системи охорони здоров'я та стану розвитку даної галузі.

Ключові слова: інфраструктура, охорона здоров'я, медичні заклади, губернські міста санітарно-протиепідемічний стан, робітнича медицина, охорона матері і дитини.

Розбудова українського суспільства передбачає формування ефективної соціальної політики, насамперед, у галузі охорони здоров'я населення. Проблема набирає на сучасному етапі ще більшої ваги внаслідок демографічної кризи та військового стану в нашій державі.

Завдання покращення системи охорони здоров'я в Україні вимагає ретельного вивчення історичного досвіду та модернізації сучасних концептуальних підходів. Тільки глибоке дослідження досягнень минулого дасть можливість розробити передові принципи побудови якісної системи охорони здоров'я.

Дана галузь є важливою складовою соціально-економічної сфери України 20-х років минулого століття, розвиток якої проходив у складних умовах. Одразу після революційних змагань гострими проблемами суспільства стали голод, стан охорони здоров'я, соціальне забезпечення, безробіття, матеріально-побутові умови. На порядок денний постали питання, які потребували виваженого та глибокого підходу. Особливо гостро криза проходила в містах найбільшого скупчення населення тому для прикладу візьмемо губернські центри України.

Дійсно, нинішній стан можна дещо порівняти з 20-ми рр. ХХ ст. Як і у період проголошення незалежності нашої держави (1991 р.), відбувалася трансформація у соціально-економічній сфері. З переходом до ринкових відносин (1921 р. – перехід від політики «воєнного комунізму» до «нової економічної політики») спостерігалось скорочення бюджетного фінансування медичної допомоги, що призводило і до скорочення медичних установ, їхнього закриття. Недостатнє фінансування позбавляло можливості забезпечити медичні заклади належною кількістю медичних приладів та апаратури. Однак владні органи намагалися сконцентрувати зусилля, аби забезпечити населення медичною допомогою, тобто