

Rural medicine in the Podillia governorate under the conditions of the new economic policy (1921–1925)

Olena O. Stadnyk

Vinnitsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University

PhD (History), (Ukraine)

email: olena.stadnyk@vspu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9554-6975>

Web of Science ResearcherID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/JNR-0365-2023>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58885096200>

Nataliia P. Kuzminets

Vinnitsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University

PhD (History), (Ukraine)

email: natalia.kuzminets@vspu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9939-2451>

Web of Science ResearcherID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/2791197>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58683020600&origin=recordpage>

Abstract.

The aim of the article is to reconstruct, based on archival materials, a holistic picture of the functioning of the medical sector in a Podillia village in the 1920s, to identify the specifics of regional challenges and the effectiveness of the Soviet health care model in overcoming the consequences of the humanitarian crisis in the Podillia region. **Research methodology.** The research was based on the principles of historicism and objectivity, as well as general scientific (analysis, synthesis, logical, generalization), special methods of historical science (historical-comparative, problem-chronological, historical-systemic, historical-legal, historical-genetic). The objective and comprehensive coverage of the problem was facilitated by a historical-anthropological approach based on the study of medicine not simply as a system of institutions, but as the experience of survival of a particular person in conditions of socio-political changes. **The scientific novelty** of the study lies in the use of archival materials that allowed us to recreate the real state of rural medicine in Podillya against the background of the formation of a new structure of medical care in the countryside, as well as in carrying out a holistic analysis of the functioning of the medical sector of the region in close connection with the socio-economic processes of that time. **Conclusions.** The beginning of the 1920s was a time of contradictory restoration of medicine in the Podillya countryside from complete decline after the First World War and the Civil War to attempts to build a system of “socialist health care”. It can be stated that this period was characterized by a paradoxical combination: on the one hand, the ideologisation of medicine and a chronic shortage of resources, on the other, the laying of the foundation for systematic methods of combating epidemics and the formation of preventive medicine, which saved thousands of lives. However, success was achieved not so much due to new treatment methods, but rather due to strict administrative measures: mandatory vaccination, the deployment of isolation wards and mass sanitary propaganda. Carrying out sanitary and educational work allowed to stabilize the epidemiological situation, but at the same time turned medicine into an instrument of ideological control over the Podillia village. The modernization of rural medicine in the region took place in conditions of an acute shortage of personnel, medicines and equipment and was based on the enthusiasm of doctors, the remnants of the old material base and partly the assistance of international organizations. Despite the declarative freeness, in the early 1920s. there was a transition from state maintenance of medical institutions to strict self-financing and decentralization of financing. The transition to the local budget allowed to improve the situation of medical and pharmacy business, but it hit the village hard, since the peasants did not have the funds to maintain hospitals. In general, there was a gap between the propaganda slogans about the “best Soviet healthcare” and the real state of rural medicine.

Keywords: epidemiological situation, medical network, medical staff, sanitary condition, rural medicine, healthcare, Podillia.

Сільська медицина в Подільській губернії в умовах нової економічної політики (1921–1925 рр.)

Олена Стадник

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського
кандидат історичних наук, доцент (Україна)
email: olena.stadnyk@vspu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9554-6975>

Web of Science ResearcherID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/JNR-0365-2023>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58885096200>

Наталія Кузьмінець

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського
кандидат історичних наук, доцент (Україна)
email: natalia.kuzminets@vspu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9939-2451>

Web of Science ResearcherID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/2791197>

Scopus ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=58683020600&origin=recordpage>

Анотація.

Метою статті є реконструкція на основі архівних матеріалів цілісної картини функціонування медичної галузі у подільському селі 1920-х рр., виявлення специфіки регіональних викликів та ефективності радянської моделі охорони здоров'я у подоланні наслідків гуманітарної кризи на теренах Поділля. **Методологія дослідження.** Основою дослідження слугували принципи історизму та об'єктивності, а також загальнонаукові (аналізу, синтезу, логічний, узагальнення), спеціальні методи історичної науки (історико-порівняльний, проблемно-хронологічний, історико-системний, історико-правовий, історико-генетичний). Об'єктивному та всебічному висвітленню проблеми сприяв історико-антропологічний підхід, заснований на вивченні медицини не просто як системи установ, а як досвіду виживання конкретної людини в умовах соціально-політичних змін. **Наукова новизна** дослідження полягає у залученні архівних матеріалів, які дозволили відтворити реальний стан сільської медицини Поділля на тлі формування нової структури медичного обслуговування на селі, а також у здійсненні цілісного аналізу функціонування медичної галузі краю у тісному зв'язку з соціально-економічними процесами того часу. **Висновки.** Початок 1920-х рр. став часом суперечливого відновлення медицини у подільському селі від повного занепаду після Першої світової та громадянської воєн до спроб побудови системи «соціалістичної охорони здоров'я». Можна констатувати, що цей період характеризувався парадоксальним поєднанням: з одного боку, ідеологізацією медицини та хронічним дефіцитом ресурсів, з іншого – закладенням фундаменту системних методів боротьби з епідеміями та становленням профілактичної медицини, яка врятувала тисячі життів. Однак успіху досягнуто не стільки за рахунок нових методів лікування, скільки завдяки суворим адміністративним заходам: обов'язковій вакцинації, розгортанню ізоляторів та масовій санітарній пропаганді. Проведення санітарно-просвітницької роботи дозволило стабілізувати епідеміологічну ситуацію, але водночас перетворило медицину на інструмент ідеологічного контролю над подільським селом. Модернізація сільської медицини краю відбувалася в умовах гострої нестачі кадрів, медикаментів та обладнання і трималася на ентузіазмі лікарів, залишках старої матеріальної бази та почасти допомоги міжнародних організацій. Незважаючи на декларативну безкоштовність, на початку 1920-х рр. відбувся перехід від державного утримання медичних закладів до жорсткого госпрозрахунку і децентралізації фінансування. Перехід на місцевий бюджет дозволив покращити становище лікувальної та аптечної справи, однак боляче вдарило по селу, оскільки селяни не мали коштів на утримання лікарень. Загалом відчувався розрив між пропагандистськими гаслами про «найкращу радянську охорону здоров'я» та реальним станом сільської медицини.

Ключові слова: епідеміологічна ситуація, лікарська мережа, медичні кадри, санітарний стан, сільська медицина, охорона здоров'я, Поділля.

Постановка проблеми. Медична сфера є фундаментальною основою існування суспільства. Через грамотну профілактику захворювань, надання своєчасної та якісної лікарської допомоги, ефективну реабілітацію вона забезпечує збереження життя населення та покращення його рівня, а отже, відіграє вирішальну роль у формуванні здорової нації. Тому охорона здоров'я – один з пріоритетних напрямів державної діяльності. В умовах сьогодення

.....
медичної реформи в Україні, зважаючи на досвід пандемії COVID-19 та ризики, спричинені нинішньою війною, гостро стоїть питання щодо подолання кризових ситуацій, таких як дефіцит кваліфікованих спеціалістів, організація протиепідемічних заходів, масова вакцинація, запровадження страхової медицини. Особливо увиразнюються ці проблеми у сільській місцевості. На наш погляд, практика 1920-х рр., коли система охорони здоров'я виживала в умовах економічної нестабільності та трансформації суспільних відносин, виглядає як своєрідне дзеркало для сучасних реформ. Історичний досвід реорганізації медичної сфери на Поділлі в означений період має цінне значення для розробки стратегій розвитку сільської медицини в сучасній Україні і видається вкрай важливим.

Аналіз джерел та останніх досліджень. Джерельна база дослідження ґрунтується на матеріалах Державного архіву Вінницької області (Ф. Р. 777. Подільська губернська інспектура охорони здоров'я), опублікованих документах та періодичних виданнях того періоду, які розкривають процес становлення і трансформації системи охорони здоров'я в сільських районах Поділля у 1920-х рр., динаміку розбудови мережі дільничних лікувальних закладів, шляхи подолання наслідків санітарної катастрофи початку десятиліття, специфіку фінансування медичної галузі.

В історіографії поставленої проблеми прослідковується поєднання радянської ідеологічної бази та сучасних критичних досліджень. До 1980-х рр. в історичній літературі був звичним пропагандистський характер, замовчування гострих питань – впливу голоду 1921–1923 рр., репресивних заходів проти «старої» інтелігенції на становище у медицині, оспівування успіхів радянської влади у ліквідації епідемій і соціальних хвороб. Нинішні дослідники пропонують показ реального стану матеріальної бази та якості медичної допомоги на селі, застосовують антропоцентричний, аналітичний, об'єктивний підхід. Питанням державного управління медичною сферою та політиці більшовицької партії у цій галузі присвячено дисертаційне дослідження І. Адамської (Адамська, 2011). Законодавчу базу нової системи охорони здоров'я, яка була запроваджена у 1920-ті рр., аналізують М. Мельничук (Мельничук, 2016) та С. Гоцуляк (Гоцуляк, 2015). Медичне обслуговування сільського населення та діяльність сільських лікарів в УСРР у 1920-х рр. досліджують І. Юрочкіна (Юрочкіна, 2008) та Т. Цьомра (Цьомра, 2006). Роль і місце робітничої медицини в системі охорони здоров'я УСРР у 1920-х рр. вивчали О. Мельничук та М. Мельничук (Мельничук О., Мельничук М., 2019). Про медико-санітарну діяльність і соціальну допомогу населенню з боку Українського товариства Червоного Хреста у 1921–1929 рр. йдеться у праці М. Мельничука та Т. Томляк (Мельничук, Томляк, 2018). Розглядаючи радянську соціальну політику, опосередковано торкається медичної сфери у монографії про українське село Г. Капустян (Капустян, 2003). Через призму соціальної історії розглядає медицину О. Коляструк (Коляструк, 2015).

Достатнє висвітлення у наукових працях отримав регіональний аспект проблеми. Так, медичне забезпечення населення в означений період на теренах Волині досліджують І. Власюк (Власюк, 2020) та О. Буравський (Буравський, Власюк, 2023). Цінні факти про становлення радянської системи охорони здоров'я у Подільському краї містить монографія П. Слободянюка (Слободянюк, 2014), хоча автор докладніше вивчає територію Хмельниччини. Детальний розбір перехідного періоду від земської моделі охорони здоров'я до системи Семашко на Поділлі простежується у статті М. Олійника (Олійник, 2014). Санітарну ситуацію на Поділлі в умовах продовольчої кризи змальовує С. Маркова (Маркова, 2022).

Метою статті є реконструкція на основі архівних матеріалів цілісної картини функціонування медичної галузі у подільському селі 1920-х рр., виявлення специфіки регіональних викликів та ефективності радянської моделі охорони здоров'я у подоланні наслідків гуманітарної кризи на теренах Поділля.

Виклад основного матеріалу. Початок 1920-х рр. на Поділлі характеризувався кризовим становищем у системі охорони здоров'я, що пояснювалося складним історичним контекстом. Після Першої світової та громадянської воєн спостерігалася руйнація матеріальної бази лікувальних установ, крайнє виснаження медичної інфраструктури, недостатність фінансування, дефіцит медикаментів, інструментарію та кваліфікованого персоналу. У краї спостерігався справжній епідеміологічний колапс. У силу прикордонного фактору регіон став осередком поширення таких небезпечних хвороб, як висипний і черевний тиф, холера, віспа, іспанський грип. Швидкому поширенню цих інфекцій сприяли масові міграції населення через подільську транзитну порубіжну зону та наявність тут військового контингенту. Найбільш критична картина склалася у подільському селі, де на 1920 р. мешкало 2340,2 тис. чол. (Україна. Статистичний довідник, 1925, с. 8-9), тому потребувала негайного вирішення.

Після завершення активних бойових дій Подільський регіон опинився в епіцентрі спалахів епідемій. Ситуація мала хвилеподібний характер, найстрашнішим періодом стали 1920–1922 рр., коли пандемічний висипний тиф охоплював цілі повіти, існували постійні осередки віспи, відбувалися локальні спалахи холери, особливо біля джерел води.

Кількість смертей від висипного тифу у 1920 р. на Поділлі була рекордною порівняно з іншими місцевостями України. За підрахунками професора Томіліна, якщо по республіці на 100 душ населення, померлих від висипного тифу, припадало 12,6 чол., то на Поділлі ця цифра становила 19,4 чол. (Мерков, 1929, с. 14). Каталізатором для епідемій висипного та черевного тифу став голод 1921–1923 рр., від якого найбільше постраждали південні райони губернії (Стадник, 2014, с. 142). Подільські села перетворилися на осередки інфекцій і через міграцію голодуючих. Для боротьби з епідемією тифу влада застосовувала особливі заходи. У губернії були створені спеціальні Надзвичайні комісії (чекатифи), які мали майже необмежені повноваження, включаючи примусову госпіталізацію або закриття на карантин цілих сіл (ДАВіО. ф. Р. 196, оп. 1, спр. 215, арк. 37). На залізничних станціях діяли пункти, де пасажирів проходили обов'язкову дезінфекцію. Масово відкривалися тимчасові шпиталі для лікування хворих, навіть у непристосованих приміщеннях – школах, колишніх маєтках. Методи чекатифів були жорсткими, однак в умовах повної розрухи та відсутності сироваток масова ізоляція і санітарна обробка ставали чи не єдиним засобом боротьби з пандемією.

Якщо, завдяки надзвичайним діям та лікуванню, епідемію тифу вдалося подолати, і до 1923 р. чисельність хворих зменшилася на 73,3 %, то загальна кількість інфекційних захворювань продовжувала зростати, зокрема, на скарлатину, дифтерію, кір, дизентерію, віспу, сибірську виразку, холеру, туберкульоз (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 48). Так, у наказі № 62 Подільського Губвиконкому по відділу охорони здоров'я від 06 лютого 1923 р. зазначалося: «Наркомздорів знову звертає увагу на наявність небезпеки виникнення і розвитку нової холерної епідемії» (ДАВіО. ф. Р. 777, спр. 81, арк. 101). Найгіршою епідеміологічною ситуацією була у Могилівській окрузі, де нараховувалося 28,7 % інфекційних хворих по губернії, найкращою – у Проскурівській – 10,5 % відповідно (ДАВіО ф. Р. 777, спр. 34, арк. 48).

Методами боротьби з епідеміями стали ізоляція хворих, дезінфекція приміщень та посилення санітарно-просвітницької роботи. У наказі Губвиконкому окреслювався план заходів з подолання холери: необхідність проведення очистки води, організація бактеріологічних досліджень на наявність холерного ембріона в усіх хворих із розладами травлення та здійснення санітарної обробки приміщень (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 81, арк. 101). Порівняльний аналіз ситуації за 1922–1923 рр. та 1923–1924 рр. доводить, що робота по подоланню епідемій відбувалася системно. Так, у 1924 р. дезінфікаційних заходів проведено на 20 % більше, ніж за попередній період (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 48). У результаті на початок 1925 р. частка захворювань на інфекційні хвороби суттєво знизилася. На них припадало 14 % від усієї кількості недуг, 28 % становили хірургічні хвороби, 24 % – гінекологічні, 3 % – туберкульоз і 1 % – венеричні (особливо сифіліс, який став справжнім соціальним лихом). Однак ці цифри не дають справжньої картини захворюваності, адже селяни далеко не завжди зверталися по допомогу до лікарень. Якщо взяти для прикладу венеричні хвороби, то при загальній відвідуваності вендиспансерів на 1923–1924 рр. з 32508 чол. тільки 3934 чол. були пацієнтами із сільської місцевості (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 39). У Подільській губернії функціонувало 3 венерологічних диспансери, безпосередньо на місцях допомогу хворим надавали нечисленні венерологічні загони, які облаштовували спеціалізоване амбулаторне та стаціонарне лікування в найбільш уражених районах. Однак і вендиспансери, і венерологічні пункти не могли забезпечити якісне лікування: відчутним був брак медперсоналу, інструментарію, дезінфікуючих засобів. Так, у Вінницькому окружному диспансері 4–5 лікарів приймали 4,5 тис. хворих на місяць, що становило 10 чол. за годину. Майже така сама картина спостерігалася у Жмеринському, Хмельницькому, Немирівському, Літинському, Пиківському венерологічних пунктах (ЦДАВО України. ф. 342, оп. 3, спр. 347, арк. 2–6 зв.).

Одним із засобів боротьби з інфекційними хворобами стало відкриття спеціалізованих медичних закладів. Так, з осені 1922 р. боротьба з епідемією туберкульозу стає систематичною завдяки відкриттю у Кам'янці-Подільському, Проскуріві, Шепетівці тубдиспансерів (Слободянюк, Флаксемберг, Івахов, 2008, с. 66).

Ефективність боротьби з епідеміями гальмувалася кількома факторами. Найголовнішим став дефіцит кадрів: багато лікарів загинули від захворювань, які самі ж лікували. Смертність серед медичного персоналу на Поділлі подекуди сягала 25–30 % (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 22). Наступна проблема була пов'язана з браком палива. Узимку лікарні не опалювалися, що робило лікування легеневих хвороб неможливим. Ще однією перешкодою на шляху подолання епідемій став селянський спротив. Населення часто приховувало хворих, боячись примусової госпіталізації або спалення «заразних» речей.

Нагальним завданням керівництва медичної галузі став розвиток превентивної медицини, адже попередити епідемічні спалахи було значно легше, ніж лікувати. До заходів такого характеру можна віднести покращення ситуації з проведенням щеплень серед сільського населення. Так, якщо у 1922 р. зроблено лише 22584 щеплень, то у 1923 р. цей показник зріс до 162682, у 1924 р. – до 248012 (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 173, арк. 35). Однак успішність цієї

.....
кампанії була однаковою не у всіх округах. На 100 % завдання було виконане у Гайсинській та Вінницькій окрузі, найгірший показник спостерігався у Могилівській. Вінокружінспектура зверталася до означеної лікдільниці: «...у вас захворюваність черевним тифом, вами не зроблено ні одного щеплення» (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 339, арк. 43.). Серед причин провалу кампанії з вакцинації називали недостатність фінансування та часту зміну місцевого керівництва. У доповіді інспектора Губохматдита про стан лікувальної справи у Подільській губернії за перший квартал 1924–1925 рр. зазначалося, що фінансові органи недостатньо розуміли важливість профілактичних заходів і виділяли на їх розвиток всього від 4 до 10 % з районних бюджетів (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 12).

Задля попередження захворюваності була покликана і санітарна справа. У червні 1923 р. видано спеціальну постанову ВУЦВК «Про санітарні органи республіки», згідно з якою запроваджувався інститут санітарних лікарів (Постанова ВУЦВК «Про санітарні органи республіки» від 11 червня 1923 р., с. 34). Для обслуговування сільської місцевості Подільської губернії працювало 11 районних фахівців із загальної гігієни. Однак умови роботи були вкрай важкими. У санітарних лікарів не вистачало транспорту, низькою була і заробітна плата – на квартал вони отримували по 10–15 крб. (Медико-санітарна справа, 1925, с. 46). Лікарі проводили огляди сільських лікарень та амбулаторій, приділяючи найбільшу увагу санітарному стану лікувальних та лабораторних приміщень, дворів та житла селян, заготівлі та продажу продуктів харчування, водовідведенню. Допомогу спеціалістам надавали осередки активістів, які допомагали перевіряти чистоту селянських хат, криниць та подвір'їв.

Однією із нагальних проблем медичної галузі на початку 1920-х рр. стала санітарна освіта населення. Санітарно-просвітницька робота була не просто роботою з популяризації гігієни, а стратегічним інструментом виживання радянської влади. За обставин гострого дефіциту ліків та медичного персоналу держава намагалася замінити лікування масштабною профілактикою.

Величезна вага у формуванні санітарної культури приділялася пропаганді. На Поділлі вона мала досить жорсткий характер, що пояснювалося прикордонним становищем губернії, а відтак, як уже зазначалося, високою концентрацією військових і біженців, яка спричиняла спалахи інфекційних захворювань. Для покращення санітарно-просвітницької роботи при амбулаторіях, клубах, сільбудах, бібліотеках створювалися «червоні куточки» з книгами із санітарних питань, плакатами і листівками, проводилися лекції про користь мила, необхідність боротьби з вошами та брудом. Оскільки рівень грамотності на селі був невисоким, ставка робилася на візуалізацію і театралізацію. Такий підхід мав сильний психологічний вплив на традиційне селянське середовище, тому популярним стало влаштування показових судових процесів над «Брудом» і «Вошами», а також проведення пересувних виставок з плакатами про небезпеку заразних хвороб. Селян вчили не просто мити руки, а й розпізнавати перші симптоми таких недуг як туберкульоз, холера, сифіліс, щоб запобігти можливому вимиранню цілих сіл.

Губернський будинок санпросвіти узяв на себе функцію постачання всіх округ необхідними посібниками та наочністю для лекторів. Більшість просвітницьких лекцій припадали на сільську місцевість. Так, за 1924 р. на селі було прочитано 82,6 % від загальної кількості лекцій, найбільше – у Кам'янецькій окрузі (25 %), найменше – у Могилівській (6 %) (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 339, арк. 34). Однак про якість санпросвітницької роботи можна зробити висновки із повідомлень окрсаніспекторів до дільничних лікарів. «Пропонуємо Вам відповісти, чому не було ні одного засідання санкому..., чому Вами не прочитано ні одної лекції..., чому не проведено ніякої профілактичної діяльності, крім прищеплення проти скарлатини...», – йдеться у зверненні Вінокружінспектури охорони здоров'я до Гавришівського дільничного лікаря (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 173, арк. 42). Проведення лекцій не завжди давало позитивні наслідки, адже спостерігався розрив між прочитаним лектором і реальною картиною. Для прикладу, лекція про користь мила не могла бути застосована на практиці у зв'язку з його повною відсутністю у сільмазі. Крім того, нерідко просвітницька робота наштовхувалася на глухий спротив. Оскільки на селі продовжували мати величезний вплив церква та общинні традиції, селяни сприймали вимоги щодо вакцинації або перевірки санітарного стану їх помешкань як «печать антихриста». Заможне селянство взагалі ставилося до радянських агітаторів з недовірою. Аналіз звітів Подільського губздороввідділу свідчить, що лікарям доводилося залучати вчителів та авторитетних селян-незаможників, щоб умовити зробити щеплення чи переконати громаду допустити медиків до криниць. До того ж така робота призводила до конструктивних результатів – масштабна вакцинація сільських районів дала змогу на 1925 р. зупинити епідемію віспи. Отже, перемога над епідеміями на Поділлі була досягнута не стільки терапевтичними методами, скільки жорсткими адміністративно-карантинними заходами та поступовим налагодженням елементарної комунальної гігієни.

Перехід від розрухи поєднувався зі зміною парадигми медичної галузі. У межах розвитку державної системи охорони здоров'я радянська модель сільської медицини передбачала ліквідацію земських установ та створення Губздороввідділів під загальним керівництвом

.....
міністерства охорони здоров'я – Наркомздорову, і ґрунтувалася на системі централізованого безкоштовного обслуговування, розробленої очільником Наркомздорову М. А. Семашком, яка включала принципи єдності медико-санітарної організації, централізованого управління та чіткої ієрархії (Мельничук, 2016, с. 190). Відповідно з 1920 р. відбулося формування нової вертикалі управління у межах Подільської губернії: створення губернських, окружних і повітових відділів, а з 1923 р. згідно з постановою ВУЦВК від 04 листопада – інспектур охорони здоров'я, покликаних забезпечувати населення лікувальною, санітарною та протиепідемічною допомогою (Збірник, 1928, с. 45). Саме досвід боротьби з епідеміями заклав фундамент радянської системи Семашка. Були розроблені основні теоретичні положення диспансеризації, на основі яких створювалися спеціалізовані диспансери – туберкульозні, венерологічні, психо-неврологічні, наркологічні і т. д. (Бухтіярова, Кирилович, 2020, с. 147). Закладалося формування мережі санітарно-епідеміологічних станцій, здійснювався перехід від лікування до масової вакцинації, розпочалася широка пропаганда гігієни. Запроваджено нову структуру медичних закладів, зокрема, у сільській місцевості на базі колишніх повітових створювалися районні лікарні. Найбільш поширеними типами закладів стали сільські дільничні лікарні, амбулаторії, а також фельдшерсько-акушерські пункти.

У доповіді завідувача Подільським губздороввідділом Ніколаєва за 1922–1923 рр. зазначалося, що протягом цього періоду у регіоні працювала 51 дільнична лікарня і 61 амбулаторія, у тому числі у Вінницькій окрузі – 12, у Гайсинській – 9, у Кам'янецькій – 9, у Могилів-Подільській – 7, у Проскурівській – 12, у Тульчинській – 9 (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 10). Однак матеріальний стан сільської медичної мережі був незадовільним. У селах кількість ліжок складала 849, на одне ліжко припадало 3300 чол. (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 1–2). Ніяких змін не відбулося й у наступному році. Хоча кількість лікувальних закладів зросла до 57, а дільнична мережа охоплювала всі районні та сільські лікарні, амбулаторії, в Подільській губернії лише 60 % районів було забезпечено лікарнями. По округах маємо наступну картину: найкраще забезпечення спостерігалось у Проскурівському окрузі і становило 75 %, Тульчинський округ був забезпечений на 69 %, Кам'янецький – на 59 %, Могилівський – на 53 % (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 1). Кількість амбулаторних дільниць також була недостатньою – середній радіус дільниць у селах становив 12,5 верст при нормі 6 верст (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 1). Ліжкова мережа задовольняла потреби 50 % сільського населення, 1 ліжко припадало на 4106 чол. (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 15). Навіть в округах, де ситуація вважалася найкращою, ліжок катастрофічно не вистачало, наприклад, у Вінницькому окрузі на 1 ліжко припадало 2274 людини (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 1). Забезпечення постільною білизною і ковдрами у середньому по повітах становило 70 % (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 1). Не було електрики, водопостачання забезпечувалося колодязною водою, у лікарнях існувало пічне опалення. У звіті про діяльність лікувального відділу за 1922 р. зазначалося, що вся лікарська мережа в умовах відсутності палива, харчування, медикаментів та інвентаря функціонує тільки завдяки енергії і самопожертві медперсоналу (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 209, арк. 23). У 1923 р. ремонт проводився тільки у 30 % лікарень, на жовтень 1924 р. не була відремонтована ні одна. Сільські амбулаторії були недостатньо забезпечені медикаментами і зовсім не забезпечені перев'язувальним матеріалом. Схоже становище і з обладнанням, особливо діагностичним. Оснащення медичних закладів було переважно примітивним, уявлення про «сучасну медичну техніку» практично не стосувалися подільського села. Наприклад, дезінфекційними камерами у 1925 р. забезпечено тільки 15 лікарень, лише 16 лікувальних закладів мали мікроскопи (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 24). У повідомленні дільничного лікаря із с. Кунка від 09 травня 1925 р. вказано: «... Обіднянська амбулаторія зовсім не оснащена ні меблями, ні інструментарієм, ні обладнанням...» (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 459, арк. 67). Більшість інструментів залишилася ще з дореволюційних часів, нові надходження були рідкістю. Спостерігався величезний дефіцит медикаментів. Хімічні препарати, що застосовувалися для лікування небезпечних інфекційних хвороб, такі як хінін або сальварсан, цінувалися на «вагу золота».

Поняття «швидка допомога» для подільського села не існувало, хворих везли до лікаря самі селяни кінними підводами. Не було також спеціалізованих пологових будинків, більшість пологів приймали на дому бабки-повитухи. Значна кількість селян продовжувала звертатися за допомогою до знахарів. Окружні інспектури охорони здоров'я розпочали з ними боротьбу, яка включала не тільки адміністративні методи, а й притягнення до кримінальної відповідальності. Так, у 1924 р. по Вінницькій окрузі засуджено 2 акушерки та 2 знахарки, у Гайсинській – 2 акушерки та 4 знахарі (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 6, спр. 65, арк. 32).

Влада намагалася замінити традиційне сільське знахарство професійною акушерською допомогою, однак лише 9 % породіль зверталися до медпрацівників (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 6, спр. 65, арк. 68). Так, на 1924 р. кількість пологів у пологових амбулаторіях становила 223, тоді як на дому – 1546 (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 10). Справа була не тільки у недовірі

селян до кваліфікованої медичної допомоги, але і в тому, що більшість дільниць не мали акушерок. На 01 січня 1925 р. 21 дільниця не була забезпечена спеціалізованим персоналом (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 22). Відтак великою була дитяча та материнська смертність і захворюваність. У сільських районах Поділля вона подекуди сягала 25–30 % серед немовлят віком до року (Мерков, 1929, с. 16). Дітей більш старшого віку називали «дітьми голоду». Серед них – значна кількість сиріт, діти хворіли на дистрофію, а дієвих засобів від цієї хвороби не існувало, оскільки вона вимагала не ліків, а специфічного харчування, якого в медичних пунктах не було. Однак без здорової матері і дитини побудувати нове суспільство було неможливо. Тому держава почала піклуватися охороною материнства і дитинства та виділила педіатрію і акушерство в окремий пріоритетний напрям. У цей час охорона материнства і дитинства стала не стільки соціальним благом, скільки стратегією фізичного виживання і перетворилася з гуманітарного питання на питання національної безпеки.

У губернії створювалися будинки немовляти, дитячі ясла та будинки дитини. Так, по губернії у 1923 р. створено загалом 15 дитячих будинків, 5 ясел, 16 літніх ясел, 12 дитячих відділень, 3 дитячі поліклініки (Кузьмінець, 2012, с. 209). Із загальної кількості дитячих ясел 5 функціонувало у селі (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 68). Почали з'являтися перші сезонні ясла, які відкривалися під час жнив, що було, безперечно, позитивним кроком, адже давало змогу вивільнити жіночу працю. Однак селянки ставилися до дитячих закладів із сумнівом та приводили туди дітей неохоче. Причиною такого становища був традиційний світогляд, пов'язаний із церквою, адже до 1920-х рр. саме церква була головним інститутом, що регулював народження і виховання дитини. Створення державних дитячих установ розглядалося як спроба «відібрати дітей у Бога» (Червоне Поділля, 1923, 22 вересня, с. 2). «Кажуть куркулі та шептухи, що в яслах дітей клеймувати будуть, а як підростуть – заберуть у комуна назавжди, і рідна мати їх не побачить», – писали у місцевій пресі (Червоне село, 1923, 22 вересня, с. 1). Це був захист звичного життєвого укладу, а держава поки що програвала церкві у питаннях довіри, тому була змушена діяти не лише переконаннями, а й адміністративним тиском. Відмова віддавати дитину до ясел подавалася як політична неблагонадійність, тому матерів могли звинуватити у тому, що вони підпали під вплив «куркульського елемента» або церкви. Основними елементами тиску були КНС, які відмовляли їм у наданні сільськогосподарського інвентаря в оренду або у виділенні посівного матеріалу, а їх господарства прискіпливіше перевіряли під час збору продподатку. Тиск чинився і через патронажну медичну службу. Медичні працівники під час подвірних обходів вели облік усіх дітей і відмова батьків від ясел фіксувалася як «вороже ставлення до радянської медицини» (Червоний край, 1924, 16 жовтня, с. 2).

Відмови матерів від дитячих закладів пояснювалася і незадовільними умовами перебування дітей. Так, у звіті відділу Охматдиту Подгубздорову зазначалося, що з 03 жовтня 1923 р. до 01 січня 1924 р. у губернії працювало 83 дитячих будинки – 25 у Гайсинській, 13 у Тульчинській, по 9 у Кам'янецькій, Проскурівській та Могилівській і 3 у Вінницькій (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 28). Однак при детальному дослідженні дитбудинку у с. Павлівка і ясел у с. Ведмеже Вушко Вінницької округи інспектор Губохматдиту виявив незадовільну діяльність у веденні господарства, зокрема, у харчуванні дітей (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 28). Такі ж показники спостерігалися по Тульчинському охматдиту: на утримання однієї дитини тут виділялося по 2 крб. на день, що не могло забезпечити повноцінний раціон харчування. Не вистачало і медичного персоналу, при нормі 14 чол. в дитячих будинках Тульчина, Томашполя, Брацлава працювало лише по 7 чол. (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 81, арк. 270). У звіті Губохматдиту за 1924–1925 рр. фіксувалося подальше зменшення фінансування дитячих закладів і в результаті витрати на харчування та кількість персоналу досягли критичного рівня (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 97). Іншу проблему селяни бачили у тому, що незважаючи на пропаганду гігієни, дитячі установи самі могли стати джерелом інфекцій. Ці страхи мали під собою реальне підґрунтя, адже єдина дитина з кором, скарлатиною чи віспою могла заразити весь садок, і це ставало найкращою антирекламою для всього села.

Влада намагалася вести боротьбу з абортами. У місцевій пресі з'являлися статті про шкідливість переривання вагітності, лікарів попереджали про кримінальну відповідальність за підпільні аборти, у села були розіслані відповідні листи (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 6, спр. 65, арк. 4). Тільки з серпня по жовтень 1923 р. по губернії зареєстровано 118 несанкціонованих абортів і 5 справ акушерок передано до Прокуратури (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 6, спр. 65, арк. 18).

Усе ж, попри значні труднощі, перші стаціонарні форми допомоги, «тижні дитини», обов'язкова вакцинація та боротьба зі знахарством і підпільними абортами мали позитивне значення і дали змогу на порядок зменшити дитячу смертність.

Хоча радянське керівництво декларувало «безкоштовну медицину», на практиці у період НЕПу існувала система платежів для певних категорій населення, що засвідчувало існування елементів ринкової економіки та рятувало галузь від колапсу, але з іншого боку – заклало

.....
глибоку майнову нерівність у доступі до медичної допомоги. Якщо «незаможники» обслуговувалися безкоштовно, то «середняки» здійснювали часткову оплату, а «нетрудовий елемент», тобто заможні селяни, торговці та духовенство мали сплачувати повну ціну. Платні послуги на Поділлі складали від 15 до 30 % прибутку сільських лікарень (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 19, арк. 64). Ці кошти виділялися переважно на закупівлі медикаментів та харчування хворих в умовах стаціонару.

Лікувальні заклади переведено на місцевий бюджет (Мельничук, 2015, с. 15). Державні органи фінансували тільки спеціалізовані інститути, боротьбу з епідеміями та підготовку кадрів, лікарні були змушені шукати кошти самостійно (Збірник 2028, с. 37). Для подільського села проблема місцевого фінансування полягала у тому, що надходження до місцевого бюджету були мізерними через аграрний характер губернії. Витрати на сільську медицину частково покривалися через соціальне страхування, але коштів катастрофічно не вистачало, і держава фактично переклала забезпечення сільських дільниць на плечі самих громад. На сходах села мешканці вирішували, скільки пудів зерна або грошей потрібно здати на утримання фельдшера або ремонт лікарні. Тому у заможних селах лікувальні заклади були відремонтовані та забезпечені паливом, а у бідних – просто закривалися через неспроможність громади їх фінансування.

Матеріальне забезпечення сільських амбулаторій було відносно кращим там, де вони перебували на районному бюджеті. Видатки з окружного бюджету покривали тільки заробітну платню медичного персоналу, на пальне та господарські потреби кошти взагалі не виділялися (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 3). Ситуація із забезпеченням лікувальних закладів погіршувалася наприкінці кожного бюджетного року, коли постачання лікарень майже припинялося (Мовчан, 2006, с. 28). Прикладом такого становища може слугувати стаття у журналі «Службовець», у якій повідомляється про ситуацію, що склалася в Проскурівській окрузі. Хворому, який потрапив до лікарні Турчинецького радгоспу Сатанівського району, не наклали гіпс на зламану кінцівку через брак перев'язочного матеріалу і родичам довелося їхати за бинтами до Проскурова (ЦДАВО України. ф. 342, оп. 3, спр. 373, арк. 133).

Аналіз кошторисів подільських окружздороввідділів показує критичний перебік у фінансуванні сільської медицини: 60–70 % коштів виділялося на заробітну плату медперсоналу, 20–25 % йшло на господарські витрати і лише 5–10 % становили медикаменти та інструментарій. Однак, незважаючи на, здавалося б, достатнє фінансування медичних працівників, зарплатня була вкрай низькою, що спричиняло відтік лікарів у приватну практику, офіційно дозволену в роки нової економічної політики.

Дещо краще становище спостерігалось з фінансуванням аптечної мережі. Згідно з доповіддю Подільської губздоровінспекції, у 1923–1924 рр. у селах губернії функціонувало 48 аптек. До кінця року відкрито ще 7 аптек Червоним хрестом, а у 1925 р. нараховувалося вже 63 сільських аптеки (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 12). Завдяки їх переведенню на госпрозрахунок, аптеки загалом були достатньо обладнані і забезпечені основними медикаментами, однак високі ціни зробили якісні ліки малодоступними для селян (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 34, арк. 47).

В умовах нестачі медичних препаратів та обладнання суттєву допомогу подільському селу надавали міжнародні організації, які налагоджували підтримку лікарень, постачання лікувальним закладам і дитячим центрам медикаментів, засобів дезінфекції, продуктів харчування, закупівлю обладнання та інструментарію. Американська адміністрація допомоги, яка розгорнула діяльність у роки голоду 1921–1923 рр., надавала такі дефіцитні ліки, як хінін, сироватки проти тифу і дифтерії, відкривала їдальні для дітей і дорослих, постачала у дитячі заклади вітаміни і риб'ячий жир, що стало єдиним дієвим засобом проти аліментарної дистрофії (Веселова, Марочко, Мовчан, 2000, с. 43). Підтримку чисельного єврейського населення губернії забезпечувала організація «Джойнт», яка надавала кошти на відновлення сільських амбулаторій, а також оснащувала їх усім необхідним. У південні райони Поділля, мешканці яких страждали від малярії, великі партії хініну завозилися місією Нансена. У звітах Подільського губздороввідділу за 1923 р. зазначалося, що у районах її роботи дитяча смертність знизилася на 40–50 %, порівнюючи із сусідніми селами, куди допомога не надходила (ДАВіО. ф. Р. 777, оп. 2, спр. 111, арк. 50).

Висновки. Так, початок 1920-х рр. став часом суперечливого відновлення медицини у подільському селі: від повного занепаду після Першої світової та громадянської воєн до спроб побудови системи «соціалістичної охорони здоров'я». Можна констатувати, що цей період характеризувався парадоксальним поєднанням: з одного боку, ідеологізацією медицини та хронічним дефіцитом ресурсів, з іншого – закладенням фундаменту системних методів боротьби з епідеміями та становленням профілактичної медицини, яка врятувала тисячі життів. Однак успіху було досягнуто не стільки за рахунок нових методів лікування, скільки завдяки суворим адміністративним заходам: обов'язковій вакцинації, розгортанню ізоляторів та масовій

санітарній пропаганді. Проведення санітарно-просвітницької роботи дозволило стабілізувати епідеміологічну ситуацію, але водночас перетворило медицину на інструмент ідеологічного контролю над подільським селом. Динаміка розбудови мережі дільничних лікарень, фельдшерських пунктів та установ материнства і дитинства в означений період показала, що попри формальне розширення комплексу медичних закладів якості надання допомоги у регіоні залишалася критично низькою. Модернізація сільської медицини краю відбувалася в умовах гострої нестачі кадрів, медикаментів та обладнання, трималася на ентузіазмі лікарів, залишках старої матеріальної бази та почасти допомоги міжнародних організацій. Незважаючи на декларативну безкоштовність, на початку 1920-х рр. відбувся перехід від державного утримання медичних закладів до жорсткого госпрозрахунку і децентралізації фінансування. Перехід на місцевий бюджет дозволив покращити становище лікувальної та аптечної справи, однак боляче вдарив по селу, оскільки селяни не мали коштів на утримання лікарень. У цілому відчувався розрив між пропагандистськими гаслами про «найкращу радянську охорону здоров'я» та реальним станом сільської медицини.

Фінансування. Дослідження і публікація не мали окремо визначеної фінансової підтримки.

Джерела та література:

- Адамська, І. Г.** (2011). *Партійно-державна політика в галузі охорони здоров'я в Українській СРР (1919–1929 рр.)*: автореф. дис... канд. іст. наук: 07.00.01. Київ: Київський національний університет імені Тараса Шевченка. 15 с.
- Буравський, О., Власюк, І.** (2023). Розвиток санітарної справи на Волині в роки НЕПу (1921–1928 рр.). *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 43, 9–15. DOI: <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2023-43-9-15>.
- Бухтіярова, І. Г., Кирилович, П. М.** (2020). Історичний розвиток сфери надання медичної допомоги в Україні. *Юридичний науковий електронний журнал*, 1, 146–148. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34>.
- Веселова, О. М., Марочко, В. І., Мовчан, О. М.** (2000). *Голод 1921–1923 рр., 1932–1933 рр., 1946–1947 рр.: Злочини проти народу*. Київ, Нью-Йорк: Вид-во М. П. Коць. 283 с.
- Власюк, І.** (2020). Стан і проблеми у сфері охорони здоров'я на Волині у роки НЕПу (1921–1928 рр.). *Емінак*, 3 (31). 132–140. DOI: [https://doi.org/10.33782/eminak2020.3\(31\).442](https://doi.org/10.33782/eminak2020.3(31).442).
- Гоцуляк, С. Л.** (2015). Правове регулювання санітарної справи в Україні на початку 1920-х рр. *Право і політика*. 3 (3). 8–13.
- ДАВіО** – Державний архів Вінницької області.
- Збірник** (1928). Збірник узаконень і розпоряджень робітничо-селянського уряду України 1923–1928 років. Харків: Офіційне видання Народного комісаріату юстиції УСРР. 150 с.
- Капустян, Г. Т.** (2003). *Дві «правди», або українське село в двадцяті роки двадцятого століття*. Кременчук: Б. в. 328 с.
- Коляструк, О. А.** (2015). *Інтелекція УСРР у 1920-ті роки: повсякденне життя*. Харків: «Раритети України». 404 с.
- Кузьмінець, Н. П.** (2012). Організація охорони материнства і дитинства на Поділлі на початку 1920-х рр. *Наукові записки Вінницького державного університету ім. М. Коцюбинського. Серія: Історія*, 20, 208–212.
- Маркова, С. В.** (2022). Діяльність підрозділів Червоної армії та ЧК на Поділлі під час масового голоду 1921–1923 рр. 3 архівів ВУЧК-ГПУ-НКВС-КДБ. *Український історичний журнал*, 1 (57), 5–23. <https://doi.org/10.15407/vuchk2022.01.005>.
- Медико-санітарна справа**, (1925). *Медико-санітарна справа в міських селищах України на 1 жовтня 1924 р.* ЦСУ УСРР. Харків. 66 с.
- Мельничук, М. О.** (2015). Організаційно-правове забезпечення охорони материнства і дитинства в УСРР на початку 1920-х рр. *Громадянське суспільство в Україні: проблеми забезпечення правотворчої діяльності: міжнародна науково-практична конференція*, (сс. 14–16). Харків.
- Мельничук, М. О.** (2016). *Правове регулювання охорони здоров'я населення УСРР (1921–1929 рр.)*: дис. ... канд. юрид. наук. 12.00.01 – теорія та історія держави і права; історія політичних і правових учень. Київ: Національний університет імені М. П. Драгоманова. 223 с.
- Мельничук, М., & Томляк, Т.** (2018). Українське товариство Червоного Хреста: медико-санітарна діяльність і соціальна допомога населенню УСРР у 1921–1929 рр. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 26, 58–64. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2018-26-58-64>.

- Мельничук, О., & Мельничук, М. (2019). Органи робітничої медицини в системі охорони здоров'я УСРР у 20-х рр. XX ст. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 27, 25–36. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2019-27-25-36>.
- Мерков, В. (1929). *Нарис санітарного стану сучасного Поділля. За таблицями та схемою санітарно-статистичного дослідження*. Вінниця. 45 с.
- Мовчан, О. М. (2006). Медичне обслуговування робітників УСРР 1920-ті рр. *Проблеми історії України: факти, судження, пошуки*, 15, 19–64.
- Олійник, М. (2014). Стан охорони здоров'я на Поділлі в 1921–1925 рр. *Наукові записки Тернопільського педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія: Історія*, 1 (1), 39–43.
- Постанова (2023a). Постанова ВУЦВК «Про самоутримувальні лікарно-санітарні й аптечні установи» від 12 листопада 1923 р. Збірник узаконень та розпоряджень робітничо-селянського уряду України. Харків. Офіційне видання Народного комісаріату юстиції УСРР, 40, 536–537.
- Постанова (2023b). Постанова ВУЦВК «Про санітарні органи республіки» від 11 червня 1923 р. Збірник узаконень і розпоряджень робітничо-селянського уряду України. Харків. Офіційне видання Народного комісаріату юстиції УСРР, 22–23, 331–332.
- Слободянюк, П. Я. (1999). *Медицина Поділля: Історичний нарис*. Хмельницький, Вінниця: Поділля. 117 с.
- Слободянюк, П. Я., Флаксемберг, А. С., Івахов, П. Ю. (2007). *Медицина Поділля*. Кам'янець-Подільський: Медобори-2006. 704 с.
- Стадник, О. О. (2014). Голод 1920-х років на Поділлі і продподаток. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 22, 141–145.
- Україна. Статистичний довідник. (1925). Україна. Статистичний довідник. Харків. (ЦУ УСРР). 85 с.
- ЦДАВО України – Центральний державний архів вищих органів влади та управління України.
- Цьомра, Т. С. (2006). Діяльність сільських лікарів України в добу НЕПу. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету ім. Михайла Коцюбинського. Серія: Історія*, 11, 236–238.
- Червоне Поділля, (1923). Червоне Поділля. 22 вересня.
- Червоне село, (1923). Червоне село. 22 вересня.
- Червоний край, (1924). Червоний край. 16 жовтня.
- Юрочкіна, І. Г. (2008). Медичне обслуговування сільського населення УСРР у 1920-х рр. *Український селянин: Збірник наукових праць Черкаського національного університету ім. Б. Хмельницького*, 11, 351–354.

References:

- Adamska, I. H. (2011). *Party-state policy in the field of health care in the Ukrainian SSR (1919–1929)*: avtoref. dys... kand. ist. nauk: 07.00.01. Kyiv: Kyivskiy natsionalnyi universytet imeni Tarasa Shevchenka. 15 s. [in Ukrainian].
- Buravskiy, O., & Vlasuk, I. (2023). Development of Sanitary Affairs in Volyn During the NEP (1921–1928). *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskiy State Pedagogical University Series History*, 43, 9–15. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2023-43-9-15> [in Ukrainian].
- Bukhtiarova, I. H., Kyrylovych, P. M. (2020). Historical development of the field of medical care in Ukraine. *Yurydychnyi naukovyi elektronnyi zhurnal*, 1, 146–148. DOI <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34>. [in Ukrainian].
- Veselova, O. M., Marochko, V. I., Movchan, O. M. (2000). *Famines of 1921–1923, 1932–1933, 1946–1947: Crimes against the people*. Kyiv, Niu-York: Vyd-vo M. P. Kots. 283 s. [in Ukrainian].
- Vlasuk, I. (2020). The state and problems of healthcare in Volyn during the NEP years (1921–1928). *Eminak*, 3 (31). 132–140. DOI: [https://doi.org/10.33782/eminak2020.3\(31\).442](https://doi.org/10.33782/eminak2020.3(31).442) [in Ukrainian].
- Hotsuliak, S. L. (2015). Legal regulation of sanitary affairs in Ukraine in the early 1920s. *Pravo i polityka*. 3 (3). 8–13. [in Ukrainian].
- DAViO – Derzhavnyi arkhiv Vinnytskoi oblasti [State archive of Vinnytsia region].
- Collection (1928). Collection of Legislations and Orders of the Workers' and Peasants' Government of Ukraine 1923–1928. Kharkiv: Official Publication of the People's Commissariat of Justice of the Ukrainian SSR 150 s. [in Ukrainian].
- Kapustian, H. T. (2003). *Two "truths", or a Ukrainian village in the twenties of the twentieth century*. Kremenchuk: B. v. 328 s. [in Ukrainian].
- Koliastruk, O. A. (2015). *The intelligentsia of the Ukrainian SSR in the 1920s: everyday life*. Kharkiv: «Raryety Ukrainy». 404 s. [in Ukrainian].

- Kuzminets, N. P. (2012). Organization of maternity and childhood protection in Podillia in the early 1920s. *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University Series History*, 20, 208 – 212. [in Ukrainian].
- Markova, S. V. (2022). Activities of Red Army and Cheka units in Podolia during the mass famine of 1921–1923. From the archives of the VUCHK-GPU-NKVD-KGB. *Ukrainskyi istorychnyi zhurnal*, 1 (57), 5–23. <https://doi.org/10.15407/vuchk2022.01.005>. [in Ukrainian].
- Medical and sanitary affairs (1925). Medical and sanitary affairs in urban settlements of Ukraine on October 1, 1924. TsSU USSR. Kharkiv. 66 s. [in Ukrainian].
- Melnychuk, M. O. (2015). Organizational and legal support for the protection of motherhood and childhood in the Ukrainian SSR in the early 1920s. *Hromadianske suspilstvo v Ukraini: problemy zabezpechennia pravotvorchoi diialnosti: mizhnarodna naukovo-praktychna konferentsiia*, (ss. 14–16). Kharkiv. [in Ukrainian].
- Melnychuk, M. O. (2016). *Legal regulation of health care of the population of the Ukrainian SSR (1921–1929): dys. ... kand. yuryd. nauk. 12.00.01 – teoriia ta istoriia derzhavy i prava; istoriia politychnykh i pravovykh uchen*. Kyiv: Natsionalnyi universytet imeni M. P. Drahomanova. 223 s. [in Ukrainian].
- Melnychuk, O., & Melnychuk, M. (2019). Bodies of labor medicine in the system of health protection of the Ukrainian SSR in the 20's of the twentieth century. *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University Series History*, 27, 25–36. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2019-27-25-36> [in Ukrainian].
- Melnychuk, M., & Tomliak, T. (2018). Ukrainian Society of the Red Cross: medical and sanitary activities and social assistance to the population of the Ukrainian SSR in 1921–1929. *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University Series History*, 26, 58–64. <https://doi.org/10.31652/2411-2143-2018-26-58-64> [in Ukrainian].
- Merkov, V. (1929). *A sketch of the sanitary condition of modern Podillia. According to the tables and scheme of the sanitary and statistical survey*. Vinnytsia. 45 s. [in Ukrainian].
- Movchan, O. M. (2006). Medical care for workers of the Ukrainian SSR in the 1920s. *Problemy istorii Ukrainy: fakty, sudzhennia, poshuky*, 15, 19–64. [in Ukrainian].
- Oliinyk, M. (2014). The state of healthcare in Podillia in 1921–1925. *Naukovi zapysky Ternopilskoho pedahohichnoho universytetu imeni Volodymyra Hnatiuka. Serii: Istoriia*, 1 (1), 39–43. [in Ukrainian].
- Postanova, (2023a). Resolution of the All-Union Central Executive Committee “On self-supporting medical and sanitary and pharmacy institutions” of November 12, 1923. Collection of legalizations and orders of the Workers' and Peasants' Government of Ukraine. Kharkiv. Official publication of the People's Commissariat of Justice of the Ukrainian SSR, 40, 536–537. [in Ukrainian].
- Postanova, (2023b). Resolution of the All-Union Central Executive Committee “On the Sanitary Bodies of the Republic” of June 11, 1923. Collection of Legislations and Orders of the Workers' and Peasants' Government of Ukraine. Kharkiv. Official Publication of the People's Commissariat of Justice of the Ukrainian SSR, 22–23, 331–332. [in Ukrainian].
- Slobodianiuk, P. Ya., Flaksemberh, A. S., Ivakhov, P. Yu. (2007). *Medicine of Podillia*. Kamianets-Podilskyi: Medobory-2006. 704 s. [in Ukrainian].
- Slobodianiuk, P. Ya. (1999). *Medicine of Podillia: Historical Sketch: Istorychnyi narys*. Khmelnytskyi, Vinnytsia: Podillia. 117 s. [in Ukrainian].
- Stadnyk, O. O. (2014). The famine of the 1920s in Podillia and the food tax. *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University Series History*, 22, 141–145. [in Ukrainian].
- Ukraine. *Statistical Handbook* (1925). Ukraine. Statistical Handbook. Kharkiv. (TsU USSR). 85 s. [in Ukrainian].
- TsDAVO Ukrainy – Centralnyi derzhavnyi arkhiv vyshhykh orghaniv vlady i upravlinnja Ukrainy. [Central State Archive of Public Associations of Ukraine].
- Tsomra, T. S. (2006). Activities of rural doctors in Ukraine during the NEP era. *Scientific Papers of the Vinnytsia Mykhailo Kotsiubynskyi State Pedagogical University. Series History*, 11, 236–238. [in Ukrainian].
- Chervone Podillia (1923). Chervone Podillia. 22 veresnia. [in Ukrainian].
- Chervone selo (1923). Chervone selo. 22 veresnia. [in Ukrainian].
- Chervonyi krai (1924). Chervonyi krai. 16 zhovtnia. [in Ukrainian].
- Yurochkina, I. H. (2008). Medical care for the rural population of the Ukrainian SSR in the 1920s. *Ukrainskyi selianyn: Zbirnyk naukovykh prats Cherkaskoho natsionalnoho universytetu im. B. Khmelnytskoho*, 11, 351–354. [in Ukrainian].

The "soviet-style" principle of church-state separation: based on an analysis of top-secret documents of the State Political Directorate (GPU) and the Communist Party (Bolsheviks) of Ukraine CP(b)U

Oleksandr O. Korotaiev

Kyryvi Rih State Pedagogical University

PhD in History, Senior Lecturer (Ukraine)

email: korotaiev.oleksandr@kdpu.edu.ua

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4460-0118>

Web of Science ResearcherID: <https://www.webofscience.com/wos/author/record/LJL-1657-2024>

Abstract.

The purpose of this article is to verify the concept widespread in historiography that interprets the Bolshevik secularization of the 1920s as a "legal" or "formal-legal" process, as well as to identify the mechanisms through which the proclaimed state neutrality toward the institution of the church was transformed into a system of administrative and operational control over it. **Research methodology** is based on a combination of general scientific methods (analysis and synthesis; inductive and deductive reasoning) and special historical approaches (historical-logical and systemic-structural methods). **Scientific novelty** of the study lies in the integrated analysis of the restrictions imposed by Soviet legislation in the religious sphere (nationalization of church property, deprivation of legal personality of religious organizations, the system of standard contracts, and registration procedures) together with a reconstruction of the covert, agent-based dimension of this policy implemented by the bodies of the Cheka–GPU. **Conclusions.** The article demonstrates that the principle of the separation of church and state proclaimed by the Soviet authorities was purely declarative and did not correspond to the actual practice of state–church relations. Based on the analysis of top-secret documents of the GPU and the CP(b)U, it is shown that "separation" functioned rather as a system of managed legalization, within which formal legal mechanisms were combined with covert operational control. The registration of religious communities, standard agreements for the use of property, and various authorization procedures were employed as instruments of selection, filtering, and subordination of religious organizations to party-state policy. A particularly important role in this process was played by the agent infiltration of GPU bodies into the leadership structures of Protestant unions and the "orchestration" of their loyal political stance toward Soviet power. It is shown that this practice of "separation," which in fact amounted to controlled legalization and declarative loyalty, was purely instrumental and temporary in nature. The transition, after the curtailment of the NEP, to a rigidly repressive model of state–church relations confirmed that the previous policy did not constitute the realization of freedom of conscience but was merely an element of a long-term strategy aimed at the subordination, disorganization, and ultimately the elimination of religious communities.

Keywords: Cheka–GPU, NKVD of the Ukrainian SSR, Soviet secularism, party-state control, operational activities, recruitment, covert surveillance.