

УДК 94 (477.83/.86) "1919–1939"  
DOI: 10.17223/19988613/67/12

Л.И. Давыбида

## ОСОБЕННОСТИ РАЗВИТИЯ И КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ В ВОСТОЧНОЙ ГАЛИЦИИ В 1919–1939 гг.

Рассматривается вопрос организации и развития польской системы здравоохранения на территории Восточной Галиции в межвоенный период. Из анализа количественного и качественного состава медицинских учреждений Восточной Галиции в исследуемый период сделан вывод о труднодоступности стационарного лечения для рядового галичанина. Установлено, что, несмотря на ежегодный прирост медицинского персонала, квалифицированных специалистов не хватало для того, чтобы обеспечить элементарные потребности края.

**Ключевые слова:** здравоохранение; медицина; Восточная Галиция; врач; госпиталь; амбулатория.

В современной исторической науке все больше усиливается интерес к региональным исследованиям, ориентированным на глубокое проникновение в жизненный мир индивида, изучение условий жизни, труда и отдыха людей в том или ином историческом пространстве. Особое значение приобретает также всестороннее исследование истории Восточной Европы, включая различные аспекты политической, культурной и экономической жизни, деятельности государственных и общественных органов, направленной в том числе и на сохранение здоровья населения. С этой точки зрения актуальным становится изучение развития и функционирования системы здравоохранения в Восточной Галиции в период между двумя мировыми войнами.

Едва ли не одним из лучших специалистов по истории здравоохранения Второй Речи Посполитой выступает Э. Веньцковская. Научное наследие исследовательницы содержит целый ряд работ и публикаций, посвященных рассмотрению врачей как профессиональной группы Второй Речи Посполитой, закрытой и открытой системам медицинской помощи, государственной политике в сфере здравоохранения [1–4]. Изучение вопроса подготовки врачебных кадров было бы невозможным без привлечения статей В. Войткевич-Рок, которая специализируется на истории высшего медицинского образования, в том числе и на деятельности медицинского факультета Львовского университета им. Яна Казимира [5, 6]. Очень информативными являются также научные труды С. Генька [7], А. Гарагашьяна [8], В. Радыша и О. Сороки [9], в которых отображен процесс развития государственной медицинской службы и врачебных организаций в Прикарпатье. Отдельные вопросы истории развития медицины в Восточной Галиции освещены в работах и других ученых, но все же следует отметить, что проблема организации, развития и кадрового обеспечения медицинских и санитарных учреждений Восточной Галиции в 1919–1939 гг. еще не стала предметом целенаправленных комплексных исследований.

Источниками к написанию данной статьи послужили материалы Архива актов новых в Варшаве, Центрального государственного исторического архива Украины во Львове, Государственных архивов Львов-

ской, Ивано-Франковской и Тернопольской областей, где хранится документация Департамента службы здоровья, а также воеводских и повтовых учреждений за период с 1919 по 1939 г. Исследование проблемы развития здравоохранения в Восточной Галиции также тесно связано с использованием статистической информации, содержащейся в таких сборниках, как *Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej* [10–13] и *Mały rocznik statystyczny* [14, 15].

К концу второго десятилетия XX в. Восточная Галиция оказалась в крайне затруднительном и невыгодном положении. Разрушительные последствия Первой мировой (1914–1918) и польско-украинской (1918–1919) войн привели к общему расстройству уровня жизни и катастрофическому состоянию экономики. Уничтожению подверглись также здравоохранение и фармацевтика. Сеть гражданских лечебно-профилактических и аптечных учреждений, нехватка которых остро ощущалась и в мирное время, во время военных действий была фактически ликвидирована. Согласно законам военного времени врачи, фельдшеры и фармацевты подлежали обязательной мобилизации, а все имеющиеся запасы лекарственных средств – передаче военным медико-санитарным частям. Исследования Э. Шумиловой подтверждают, что даже отдаленные от фронта местности, как, например, Западная Сибирь, подвергались снижению уровня медицинского обслуживания и риску распространения опасных заболеваний [16. С. 24–25]. Что же касается Восточной Галиции, то здесь практически постоянно происходили боевые действия, и последствия которых были устрашающими. В результате войны резко ухудшилось санитарное состояние, возросла заболеваемость, особенно инфекционная, которая приобрела характер эпидемий с высокой смертностью населения. В связи с этим, не дожидаясь решения международной общественности, которая окончательно признает переход этих земель на правах автономии в состав Польши только после 14 марта 1923 г. [17], польские чиновники начали внедрять на территории Галиции собственную централизованную систему управления, в том числе и санитарную. Стоит отметить, что это было непростой задачей, учитывая все трудности, с которыми приходилось сталки-

ваться молодой республике в процессе становления. И. Залечны, рассматривая историю здравоохранения Варшавского уезда в межвоенный период, утверждает, что кроме последствий войны к катастрофическому состоянию польской медицины привело и многолетнее отставание в реформировании медицинской отрасли [18. S. 378]. Трудно не согласиться с тезисом Э. Венцковской, которая утверждает, что в таких сложных условиях формирование системы здравоохранения продолжалось до 1922 г. Для охвата гражданского населения была сформирована общественная администрация службы здравоохранения, которая состояла из государственного и общественного управления [2. S. 69].

Согласно Главному государственному санитарному закону от 19 июля 1919 г. высшее руководство в делах гигиены и медицины было возложено на созданное 16 января 1919 г. Министерство общественного здоровья (далее – МОЗ) [19. S. 166]. Это министерство было органом третьей инстанции и делилось на четыре секции: медицинскую, общественной гигиены и социальной медицины, фармацевтическую и общую. Первая секция занималась делами борьбы с инфекционными и венерическими заболеваниями, лечебными учреждениями, а также вопросами подготовки врачебных кадров. Вторая – школьной гигиеной, санитарным состоянием городов, сел, домов, курортными и санаторными делами, а также наблюдением за продовольственными товарами и санитарно-ветеринарной сферой, опекой над инвалидами и калеками. Фармацевтическая секция контролировала аптеки и аптечные склады, предприятия по выращиванию лекарственных растений и занималась вопросами санитарной апровизации. В компетенцию общего отдела МОЗ входила работа с документацией [20. Л. 2].

Главное управление по делам здоровья неоднократно подвергалось реорганизации. Политический и экономический кризис в Польше, а также ряд социальных беспорядков в ноябре 1923 г. заставили польское правительство сократить аппарат управления. Поэтому 28 ноября 1923 г. МОЗ ликвидировали, а взамен создали Департамент службы здоровья при Министерстве внутренних дел (далее – МВД), который взял на себя большую часть полномочий закрытой инстанции. Медицинская опека над материнством и детьми, а также лечение профессиональных болезней и медицинское страхование перешли в компетенцию Министерства труда и социальной опеки. Разграничение деятельности в сфере здравоохранения между различными министерствами вызвало бюрократические неудобства, поэтому 25 июня 1932 г. новый устав Министерства труда и социальной опеки утвердил положение о полном переходе службы здоровья в министерское ведомство [21. S. 13–16].

Развитие низших звеньев управления здравоохранением в Галиции происходило за счет передачи полномочий санитарных департаментов Галицкого наместничества новообразованным польским институциям. В частности, часть полномочий VII санитарного департамента переходила к образованному 18 марта 1919 г. Окружному управлению здоровья во Львове (далее – ОУЗ) как второй инстанции государственной

службы здоровья. До окончания украинско-польской войны, а также в период существования Галицкой Социалистической Советской Республики оно базировалось в Кракове [22. Л. 1]. Однако в ОУЗ не были переданы дисциплинарные дела врачей, которые остались в юрисдикции МВД. Также затягивалась передача дел зубных техников, поскольку их деятельность регулировалась промышленными, а не санитарными законами [23. Л. 18–22].

Директором ОУЗ во Львове, а значит и руководителем всей службы здоровья в пределах вверенного ему округа, был назначен С. Миколайский. В руководящий состав ОУЗ входили также санитарный и фармацевтический инспекторы и юридический референт [24. Л. 1–2]. ОУЗ осуществляло контроль над деятельностью уездных врачей и других государственных и общественных служащих здравоохранения. Управление также занималось надзором за санитарным состоянием городов и сел округа, проведением вакцинации, руководством борьбы с туберкулезом, венерическими болезнями и проституцией, проверкой деятельности госпиталей, ревизией аптек, аптечных складов, фармацевтических фабрик, ведением медицинской статистики. Для помощи ОУЗ 30 апреля 1919 г. был основан Окружной совет здоровья [25. Л. 1], своеобразный совещательный орган, который вносил коллегиальные инициативы относительно санитарных дел, принадлежавших к компетенции управления.

Основная задача ОУЗ заключалась в том, чтобы наладить жизнеспособную систему здравоохранения на территории Галиции, которая долгое время была ареной боевых действий и еще не имела окончательно определенного международного правового статуса. Введение на этих землях постоянной гражданской администрации предусматривало изменения и в структуре медико-санитарного управления. 3 декабря 1920 г. на землях бывшего Королевства Галиции и Лодомерии были созданы органы территориального управления второй инстанции – воеводства Краковское, Львовское, Тернопольское и Станиславовское<sup>1</sup> [26. S. 2064]. Для каждого из них создавался собственный административный аппарат – воеводское управление. В его состав входил и отдел общественного здоровья, который выполнял функции ОУЗ в своих территориальных границах [27. Л. 5–6]. Он же осуществлял и общий контроль над всем врачебным персоналом воеводства и его профессиональными качествами, медицинскими учреждениями, гигиеной и санитарным состоянием.

В 1932 г. отделы общественного здоровья объединили с отделами труда и социальной опеки. С одной стороны, такой подход дал импульс тесной кооперации в деле гигиены труда на основании распоряжения президента Польского государства от 18 января 1924 г. [28. Л. 1], а с другой – привел к росту нагрузки на медицинских работников, особенно на врачей, и увеличению объемов так называемой «бумажной» работы. Учитывая это, несколько больших воеводств Польши, в том числе и Львовское, отказались от практики создания единого отдела труда, социальной опеки и здоровья [21. S. 342]. В Станиславовском и Тернопольском воеводствах такие объединенные институции существовали.

Санитарным органом первой инстанции являлось поветовое староство, где в качестве особого отдела функционировало поветовое управление здоровья под руководством старосты или поветового врача. Последний, как и члены воеводского правления, был государственным служащим, которого на посту утверждал министр здравоохранения. Поветовый врач осуществлял надзор за деятельностью госпиталей, медицинского персонала, аптек и фармацевтических фирм, расположенных в пределах повета. Он также контролировал санитарное состояние городов и сел, занимался делами школьной гигиены, наблюдением за ходом заболеваемости населения, подавал отчеты вышестоящему руководству [29. S. 1]. В то же время он был общественным деятелем, призванным к делам социальной опеки: присматривал за матерями и детьми, воспитанием в школьных учреждениях и детских домах, приютами для инвалидов и т.п. [30. Л. 1–2]. Такое совмещение здравоохранения и социальной сферы вредило выполнению санитарно-медицинских функций врача, поскольку отнимало время на канцелярскую работу и проверку хозяйственной документации попечительских учреждений.

Согласно распоряжению МВД от 13 марта 1926 г. были основаны воеводские и поветовые советы здоровья, которые выступали как совещательные органы и должны были инициировать и координировать различные акции для улучшения здравоохранения [31. Л. 4–6]. В их состав входили местные чиновники. В Станиславском повете членами Совета здоровья были староста, поветовый и гарнизонный врачи, главврач Дирекции государственных железных дорог, главврач магистрата, главврач местной больничной кассы, школьный инспектор, ревизор труда, государственный делегат управления строительства, представитель поветового отдела. Такой перечень членов Совета здоровья был более или менее типичным и для других уездов как Восточной Галиции, так и Польши в целом.

Трудно не согласится с Э. Веньковской в том, что санитарная служба местного самоуправления была своего рода исполнительным органом польской государственной службы здравоохранения [2. S. 70]. На местах о здоровье населения заботились коммунальные управления, ведя надзор за соблюдением чистоты окружающей среды, норм строительства, санитарного состояния помещений и личной гигиены граждан. К их обязанностям также относилась опека над больными, беременными, умственно отсталыми и инвалидами, обеспечение всех вышеперечисленных своевременной и по возможности квалифицированной врачебной помощью. Коммунальные управления сотрудничали с правительством в мероприятиях по борьбе с эпидемиями и венерическими болезнями, проведению профилактических прививок и в деле контроля над продовольственными товарами. Содержание кладбищ и моргов также было в их компетенции. Деятельность коммунальных управлений в гминах контролировали поветовые врачи [32. S. 325–326].

Еще одной важной особенностью, о которой стоит упомянуть, является то, что в исследуемый нами период существовало четкое разграничение между государ-

ственной, общественной службой здравоохранения, с одной стороны, и частной практикой и лечением в рамках социального страхования – с другой. П. Грата подчеркивает, что официально страховая медицина была включена в систему общественной службы здравоохранения только перед началом Второй мировой войны, когда 15 июня 1939 г. вступил в силу закон об общественной службе здравоохранения [33. S. 131]. Упомянутый закон был попыткой перестроить здравоохранение и систему управления ею в соответствии с тогдашними европейскими стандартами, прежде всего из-за смещения акцентов с лечения болезней на их профилактику. Этому должны были способствовать развитие амбулаторных отделений и активное привлечение к этому процессу местного самоуправления и страховых компаний. Низшим звеном управления системой здравоохранения становился врач гмины. Если же сельские гмины были слишком бедны, чтобы содержать врача, они могли объединиться в один округ во главе с окружным врачом или получить государственную дотацию. Еще одним новшеством данного закона была ликвидация Государственного совета по делам курортов, полномочия которого переходили Главному государственному совету здоровья [34. S. 858–859]. Этот шаг был своего рода отражением осознания польскими властями значимости санаторного отдыха в лечении и профилактике болезней.

Серьезным недостатком польской системы здравоохранения в Восточной Галиции, унаследованным от Австро-Венгрии, был довольно бедный больничный фонд, не отвечавший реальным потребностям края. В 1922 г. здесь было всего 42 так называемых общих госпиталя, находящихся в общественной или государственной собственности, и еще 67 небольших частных учреждений лечебного типа, к которым относились еврейские медицинские приюты, клиники, открытые частными лицами, фабричные лечебницы, госпитали Сестер Милосердия. Почти все эти лечебные учреждения были небольшими и вмещали от 6 до 50 пациентов<sup>2</sup>, общее количество коек в них не превышало 1 880. Если учесть еще и 5 168 коек общих госпиталей, то весь больничный фонд Галиции мог одновременно принять на лечение в 1922 г. всего лишь 7 048 человек, т.е. на одну койку гипотетически претендовало сразу 780 человек [35. Л. 1–5]. Государственный больничный фонд был довольно скуден. На целую Восточную Галицию государственными медицинскими учреждениями были только общий госпиталь во Львове и заведение для психически больных в Кульпаркове. По подсчетам Э. Веньковской, упомянутые проблемы были типичными для всей Польши, которой при норме в 4 кровати на тысячу жителей не хватало около 49% больничных коек [4. S. 57].

Не во всех упомянутых заведениях осуществлялось лечение пациентов, иногда в них просто заботились о больных людях без применения медикаментов. В официальной статистике польских чиновников упоминаются только 42 госпиталя в Восточной Галиции в 1921–1922 гг. [10. S. 297]. Остальные не соответствовали требованиям МОЗ к больницам и, скорее, были так называемыми хосписами. В частности, заведение

Сестер Милосердия в Мощанах Ярославского повета Львовского воеводства не имело лицензии на осуществление медицинской деятельности и не обслуживалось квалифицированным врачебным персоналом, но из-за того, что занималось неизлечимо больными и инвалидами, в народе получило название “госпиталь” [36. Л. 9–11]. И все же с точки зрения современности это заведение можно считать важным звеном системы здравоохранения, поскольку монахини предоставляли населению первую медицинскую помощь при травмах.

Даже те частные заведения, которые имели статус госпиталя, не всегда были достаточно оборудованными, чтобы гарантировать пациентам качественное медицинское обслуживание. В госпитале тех же Сестер Милосердия во Львове работал только один врач за 120 злотых в месяц. Сил одного, пусть и высококвалифицированного, специалиста было слишком мало, чтобы одновременно обслуживать сотню пациентов, которых могла вместить эта больница в 1931 г. [36. Л. 5]. Далеко не все медицинские учреждения были обеспечены соответствующим оборудованием для проведения анализов, не хватало микроскопов и кварцевых ламп, не говоря уже о рентгеновских аппаратах. Например, поветовый госпиталь в Городенке Станиславовского воеводства в 1926 г. не обладал даже хирургическими инструментами [37. Л. 1].

Покрывание территории Восточной Галиции сетью лечебных учреждений не было однородным. Большая часть стационарных лечебниц находилась на территории Львовского воеводства<sup>3</sup>. Здесь преобладали крупные больницы, поэтому количество коек почти вдвое превышало суммарное количество больничных коек на остальной территории Восточной Галиции. В Прикарпатье на тысячу человек приходилось 0,8 [12. С. 477], а в Тернопольском регионе – всего 0,6 больничного места [13. С. 462]. Украинский исследователь истории повседневности Р. Чорненко уверяет, что крайне негативно на развитие сети лечебных учреждений повлиял мировой экономический кризис 1929–1933 гг. Например, в 1933 г. в Станиславовском воеводстве из-за экономических трудностей закрылось 5 больниц [38. С. 244]. До 1939 г. в Восточной Галиции действовало всего 65 госпиталей, имевших 8 647 коек [15. С. 296]. Этот показатель был в два, а то и в три раза меньше, чем в других польских воеводствах. Хуже ситуация была только на Полесье и Волыни.

Лечение в госпиталях было платным, за исключением нескольких учреждений, которые предоставляли небольшой фонд для малообеспеченных больных. В больничную таксу входила оплата оказанных медицинских услуг, труда медицинского и вспомогательного персонала, медикаментов и питания. В зависимости от условий содержания и финансовой платежеспособности пациентов больничные палаты делились на три класса. Средняя стоимость пребывания больного в отделении первого класса составляла 12 злотых, второго – 8, третьего – 4,5 [39. Л. 23–25]. Учитывая, что среднестатистический галичанин зарабатывал 30–35 злотых в месяц, а курс лечения в госпитале продолжался 10–12 дней, позволить себе стационарную медицинскую помощь могли далеко не все жители края. В 1934 г.

врач К. Лазарович писал: «Если больной не способен заплатить за лечение наличными, то лучше переболеть дома, даже в худших условиях, а может и умереть, чем идти в больницу, рискуя потерять свое имущество, чтобы оплатить больничные долги» [40. С. 6]. Больные люди старались избегать лечения в госпитале из-за его дороговизны, поэтому в больницы попадали пациенты в крайне тяжелом состоянии и довольно часто слишком поздно. Этим объясняется высокая смертность в больницах, которая, по подсчетам П. Паращак, составляла в 1937 г. до 6,2% [41. С. 8].

По своему профилю больничные койки в 1934 г. распределялись следующим образом: терапевтических – 19,3%; фтизиатрических – 24,9%; акушерских – 4,6%; детских – 1,5%; инфекционных – 9,4%; венерологических – 9,2%; офтальмологических – 1,5%; отоларингологических – 0,7%; других – 8,5%. Профиль постели не был стабильным и мог меняться в зависимости от наплыва больных, нуждающихся в стационарном лечении. Поэтому в 1936 г. удельный вес терапевтических коек в Восточной Галиции составлял 34%; хирургических – 16,8%; фтизиатрических – 19,2%; инфекционных – 7,7% и т.д. [9. С. 46]. Что касается специальных лечебных учреждений, то их катастрофически не хватало. В частности, больные психическими расстройствами галичане лечились только в государственном учреждении в Кульпаркове под Львовом, рассчитанном на 1 111 пациентов, а также в частном санатории И. Свянтковского во Львове (16 мест), при том что в 1937 г. в таком лечении нуждались более 6 тыс. человек [42. С. 226].

Отсутствие достаточного количества медицинских учреждений для стационарного лечения и угроза распространения инфекционных заболеваний вынудили санитарное руководство и общественность искать альтернативное решение для реализации проекта охвата местного населения медицинской помощью. Ключевым элементом этого проекта стали амбулатории, которые основывались и содержались различными общественными организациями или коммунальными хозяйствами. К примеру, туберкулезные диспансеры в Рогатыне, Снятыне и Станиславове в 1926 г. финансировались за счет поветовых обществ борьбы с туберкулезом. Всего в течение 1922–1938 гг. только в Станиславовском воеводстве основано 16 противотуберкулезных амбулаторий [43. Л. 1–31]. Кроме противочахоточных клиник в Галиции действовали также спортивные, евгенические, противотрахомые, противовенерические амбулатории. Предполагалось также оказание амбулаторной помощи больным алкоголизмом, однако реальное существование таких наркологических станций в исследованный период фактами не подтверждается.

В 1928 г. с целью интенсификации предоставления населению амбулаторной медицинской помощи отдельные амбулатории объединили в Центры здоровья, которые функционально напоминали современные поликлиники. Центр здоровья расценивался современниками как организация, которая предотвращает социальные и инфекционные болезни путем распространения сведений о гигиене и профилактике среди населения.

Один из создателей этого проекта, М. Кацпжак, писал о его задачах следующее: «В Центре здоровья должна вестись борьба с туберкулезом, трахомой, венерическими болезнями, опека над матерью и ребенком, борьба с алкоголизмом и умственными болезнями. Он может обладать подручной лабораторией, спортивной амбулаторией и другими родственными отделами...» [44. С. 4]. Центры здоровья объединяли несколько гмин до 15 тыс. человек и содержались за счет коммунальных управлений и больничных касс. Кроме амбулаторий в их состав входили санитарный отдел, занимавшийся проблемой водоснабжения, надзора за животными, устранением нечистот, санитарным контролем городов и сел, и вспомогательные отделы пропаганды гигиены и летних детских лагерей. К персоналу организации здоровья принадлежали врач с соответствующей санитарно-административной подготовкой и минимум трехлетним стажем, медсестра-лаборантка и санитарный контроллер, который прошел четырехмесячные курсы в Государственной школе гигиены [45. Л. 2–5]. Поскольку уставы поликlinik предусматривали оказание первой медицинской помощи, при Центрах здоровья могли создаваться добровольные спасательные отряды. По мнению Э. Веняковской, Центры здоровья послужили тому, что в Польше сформировался новый тип врача, понимающего роль профилактики для отдельного человека и общества в целом [1. С. 420].

Лечение при социальных и инфекционных заболеваниях в Центрах здоровья было бесплатным, хотя человек, который обратился за помощью, мог оплатить добровольный административный взнос за регистрационную карточку, который составлял 50 грошей. Другие услуги (предоставление молока для детей, облечение кварцевой лампой и рентгеном, выполнение рентгеновских снимков и анализов бактериологических проб) могли предоставляться как бесплатно, так и за денежное вознаграждение, определенное администрацией заведения [46. Л. 33]. Кстати, объявление об открытии и деятельность подобных учреждений осуществлялись как на польском, так и украинском языке.

По состоянию на 1929 г. в Восточной Галиции было открыто всего 32 Центра здоровья, а уже в 1934 г. на территории Тернопольского воеводства было 25 центров, Львовского – 30, Станиславовского – только 14. Их содержание ежегодно требовало около 400–470 тыс. злотых [47. С. 35]. Стоимость совета врача вместе с анализами и рентгеном колебалась в пределах 1,18–2,20 злотых, а амбулаторное лечение – 6,18–6,73 злотых [48. Л. 14]. С каждым годом количество обращений в Центры здоровья уменьшалось. Это объяснялось тем, что время популярности поликlinik как определенной новинки прошло, и ими стали пользоваться только люди, которые действительно нуждались в медицинской помощи. Всего в 1937 г. в Польше действовало 482 Центра здоровья. Правительство Польши запланировало в семь раз большее их количество, однако недостаток финансов и медицинского персонала мешал реализации этих замыслов. Введение в эксплуатацию одного такого лечебного центра стоило 15–20 тыс. злотых [49. Л. 17]. В Восточной Галиции наибольшее

количество Центров здоровья концентрировалось в Тернопольском воеводстве – 51. Чуть меньше институций было в Львовском воеводстве – 40, а худшей ситуация была в Прикарпатье, где действовало всего лишь 16 центров [50. Л. 24]. Хотя Центры здоровья должны были облегчить доступ к медицине сельскому населению, спросом у крестьян они не пользовались из-за глубоко укоренившегося в сознании крестьян предубеждения перед дорогостоящей медициной.

Молодые врачи не хотели работать в сельской местности, учитывая низкую заработную плату в 200 злотых, проблемы с жильем и отсутствие клиентуры для частной практики [51. С. 13]. Зачастую в амбулаториях вынуждены были работать поветовые, окружные или городские врачи, пренебрегая при этом выполнением своих прямых обязанностей. Обесценивала работу Центров здоровья также бюрократическая волокита. Медсестра А. Савчинская утверждала, что направления врачей центров в другие социальные учреждения не рассматривались неделями. Также долго длилась процедура размещения тяжелобольных в больницах [52. Л. 3]. В результате население Восточной Галиции продолжало испытывать недостаток качественной медицинской помощи.

Немалой помехой для развития системы здравоохранения в 1919–1939 гг. в Восточной Галиции стало недостаточное бюджетное финансирование. В частности, в 1924 г. Польское государство ассигновало на здравоохранение всего лишь 0,4% общегосударственных расходов. Сельские гмины выделяли на эту цель 3,3% своего бюджета, магистраты поветовых городов и городков – 4,4%, а крупных населенных пунктов – 11,8% [53. С. 120]. Например, в Станиславовском воеводстве в 1935 г. расходы на медицинское и санитарное обеспечение составляли 1 113 310 злотых, т.е. примерно 95 грошей на человека. Только 83 540 злотых из этой суммы поступало из государственного бюджета, еще 425 722 – от городских самоуправлений и 604 048 – от поветовых [8. С. 23–24]. Не стоит думать, что 0,95 злотого на душу населения было постоянной ставкой по всей территории воеводства. Расходы на здравоохранение прямо зависели от доходов каждого отдельного поветового староства и опосредованно – от приоритетов его руководства. В частности, Рогатынский повет Станиславовского воеводства тратил на медицинское обслуживание 26 грошей на душу населения, Калушский – 42, Долинский – 50, Городенковский – 66 [54. Л. 3–4]. Аналогичная ситуация была и в других воеводствах.

Одной из составляющих системы здравоохранения является обеспечение населения медицинскими средствами, в частности лекарствами. В 1922 г. на территории Восточной Галиции действовало 277 аптек, причем 149 – на Львовщине. Остальные примерно поровну размещались в Тернопольском (68 аптек) и Станиславовском воеводствах (60 аптек) [10. С. 305]. К концу 1930-х гг. ситуация с количеством аптек кардинально не изменилась: край, в котором проживало около 5,5 млн человек, обслуживало всего лишь 333 аптеки, т.е. одна аптека обслуживала от 15 до 32 тыс. человек [15. С. 296]. В основном это были небольшие

частные аптечные заведения, которые, кроме продажи лекарств по рецептам врачей, могли заниматься изготовлением и распространением различных галеновых препаратов и косметических средств (сиропы, мази, пластыри, конфеты, эмульсии, кремы, лосьоны, зубные порошки и эликсиры, туалетные воды) [55. С. 74]. Для обеспечения профессиональных интересов большинство местных аптек объединялось в Галицкое аптекарское общество, основанное еще в 1913 г. В 1923 г. оно стало именоваться Аптекарским производственно-торговым союзом «Фармация» [56. Л. 2]. Задачами общества были покупка и продажа медицинских препаратов и сырья, орудий для изготовления лекарств и готовой продукции, а также снабжение ими своих членов по более низким ценам. Основной массив лекарственных средств и сырья для их производства «Фармация» закупала за границей, а частично – в МОЗ (спирт) и на львовской химической фабрике Chemofarm. С 1924 г. на территории Львовского воеводства работал также кооперативный союз *Salvia*, который занимался выращиванием лекарственных трав для нужд местных аптек и фармацевтов [57. Л. 13]. Общий контроль над деятельностью аптек осуществляли польские министерства с помощью законодательных актов и собственных фармацевтических инспекторов, которые находились на службе в воеводских управлениях.

На общественных началах в системе здравоохранения Восточной Галиции действовало также общество Польского Красного Креста (далее – ПКК), в частности его медицинская секция. Автономный отдел общества ПКК в Галиции возник 30 июля 1919 г. в результате ликвидации Галицкого комитета Австрийского общества Красного Креста [58. Л. 1–2]. Задачами ППК в мирное время были: приготовление имущества для выполнения обязанностей организации во время войны; оказание помощи, в том числе и медицинской, военным инвалидам; сотрудничество с государственной властью и общественными организациями в санитарных и спасательных акциях, предоставление всякого рода помощи во время эпидемий, аварий, катастроф. Для выполнения упомянутых задач общество ППК накапливало средства за счет членских взносов и общественных сборов денег, организовывало школы и курсы для подготовки санитарного персонала, учреждало собственные клиники, амбулатории, приюты и пункты питания. С 1920 г. на территории Польши, в том числе и в Восточной Галиции, начала действовать Молодежная организация ПКК, которая учила молодежь заботиться о пациентах, а также проводила различные гигиенические «конкурсы здоровья» с целью привить детям здоровый образ жизни [59. Л. 2–3].

Хотя ячейки и филиалы общества ПКК должны были существовать в каждом повете, их количество и деятельность напрямую зависели от инициативы местного населения. Например, в конце 1920-х гг. в пределах Станиславовского воеводства представительств организации совсем не было в Богородчанском, Жыдачевском, Косовском, Рогатынском и Тлумачком поветах [60. Л. 33]. Если же взглянуть на членские списки организаций, то становится понятно, что в основном их членами были польские чиновники, врачи,

учителя, рабочие, т.е. люди, которые обязаны были участвовать в общественной жизни по роду службы. Украинское население или поддерживало собственные медико-санитарные организации, или было индифферентным к любой подобной деятельности. Так, Львовское окружное управление ПКК в 1937 г. обращало внимание Тернопольского воеводства на то, что в состав членов филиалов общества совсем не входили местные крестьяне, хотя членский взнос был сравнительно невелик: 10–25 грошей в месяц. При этом отмечалось, что сельское население довольно часто пользовалось помощью Красного Креста, особенно во время эпидемий [61. Л. 22]. Зато в крупных городах и промышленных центрах Восточной Галиции общество ПКК принесло значительную пользу развитию системы здравоохранения, способствуя подготовке мобильных санитарных отрядов, задачей которых было предоставление скорой помощи гражданским лицам при несчастных случаях. В частности, в Сяноке в 1934 г. организовали санитарные курсы для 110 слушателей, по истечении которых в городе сформировали 4 спасательных отряда [62. Л. 45].

Немалой трудностью для развития системы здравоохранения в Восточной Галиции в 1920-х гг. была острая нехватка квалифицированного медицинского персонала. По состоянию на 10 апреля 1920 г. здесь насчитывалось 672 врача, причем 247 проживали во Львове. Один доктор приходился на 10 117 жителей края [63. Л. 3–4]. Этого было недостаточно, не только чтобы обеспечить доступ населения к качественной медицинской помощи, но и чтобы организовать стабильное функционирование всех уровней государственной службы здоровья. В 1920 г. 22 местных повята<sup>4</sup> не имели собственных поветовых врачей. Еще хуже обстояло дело с организацией врачебной помощи в округах. Из существующих 127 должностей окружных врачей были заняты всего 46, т.е. 64% оставались вакантными [63. Л. 6–8]. Согласно данным М. Марцысяк, даже в 1938 г. 49 из 90 санитарных округов Львовского воеводства оставалось без руководства [64. С. 253].

Причин игнорирования врачами государственной службы было несколько. Во-первых, частная практика приносила гораздо больше прибыли. Даже так называемая «эпидемическая надбавка» к зарплате врачей в Восточной Галиции в размере 210 польских марок<sup>5</sup> в месяц не смогла заставить медицинских работников отказаться от частной практики в пользу государственной службы. Конкурс на должность санитарного инспектора Львова в VI ранге оплаты<sup>6</sup> проводился несколько раз, потому что никто не желал в нем участвовать [65. Л. 33]. Частная практика приносила врачу в месяц вдвое, а то и втрое большую сумму, и при этом не надо было выполнять достаточно сложные служебные поручения и терять время при заполнении отчетной документации. В середине 1930-х гг. обычная консультация у врача стоила примерно 6 злотых, выезд к больному – до 12, перевязка или мелкое хирургическое вмешательство – до 20, операция средней сложности – до 80, сложная операция – до 200 злотых. Помощь врача при обычных родах обходилась в 40 зло-

тых, а с оперативным вмешательством – 80. Ночной вызов следовало оплачивать по двойному тарифу, на 50% возрастала цена за врачебный осмотр в воскресенье и праздничные дни [66. С. 10]. Кроме обычной платы медицинские работники могли получать также дополнительное вознаграждение на усмотрение пациентов. Ввиду больших доходов от частной практики поветовые и окружные врачи очень часто совмещали ее с госслужбой. Случались и откровенное вымогательство и взяточничество. Например, в 1928 г. поветовый врач в Жыдачеве требовал с вдовы В. Куцан 15 злотых за справку о работоспособности, хотя цена такого документа вместе с осмотром составляла 5 злотых [67. Л. 1].

Во-вторых, Восточная Галиция с преобладающим украинским населением в свете украинско-польской войны (1918–1919) считалась беспокойным регионом. Поэтому большинство врачей польской национальности пыталось осесть или в центральной части Польши, или в Западной Галиции. Согласно свидетельству С. Миколайского, даже те врачи, которые уже занимали государственные должности в поветах края, искали себе протекции в высших эшелонах власти с целью перевестись на службу в более спокойную местность. В то же время врачам украинского происхождения запрещалось занимать государственные должности, поэтому вакантные места соглашались занять только малостоящие с профессиональной точки зрения кандидаты, у которых не было шансов на успешную карьеру в других местностях Польши [63. Л. 6].

Проблема нехватки врачебного персонала оставалась актуальной на протяжении всего межвоенного периода. Если в 1921 г. на территории Восточной Галиции занимались врачебной практикой 820 человек, то в 1938 г. количество врачей выросло почти втрое и составляло 2 401. Однако для удовлетворения потребностей местного населения этого было недостаточно. Если в 1921 г. один врач приходился на 10–11 тыс., то в 1938 г. – на 3 тыс. человек [68. С. 183]. Обслужить такое количество людей, особенно во время обострения эпидемической ситуации, один медицинский работник не мог чисто физически. К тому же следует учесть, что основная масса населения проживала в деревнях, тогда как врачи в основном выбирали для своей деятельности города. Только во Львове в 1938 г. проживали 996 врачей, 543 врача проживали в городах и городках Львовского воеводства и только 96 – в сельской местности [69. Л. 33]. Э. Веньцковская, сравнивая количество врачей-дантистов и врачей Львовского воеводства за 1928 г. с данными за 1938 г., пришла к выводу, что без учета Львова можно заметить не только отсутствие прогресса, но и небольшой спад в доступности для жителей квалифицированной медицинской помощи [3. С. 97].

Решить проблемы медицины в деревне должен был закон от 23 июня 1938 г., который обязывал выпускников медицинских факультетов отработать не менее двух лет в местности с населением до 5 тыс. жителей [70. С. 4]. Однако это нововведение не успело внести каких-либо весомых изменений в здравоохранение до начала Второй мировой войны.

Подготовка врачебных кадров для Восточной Галиции в основном осуществлялась на медицинском факультете Львовского университета им. Яна Казимира. Обучение и пользование университетской библиотекой были платными. Поэтому большинство кафедр университета имело свои собственные библиотеки, что способствовало самостоятельной работе студентов. Практическая подготовка будущих врачей с 1924/1925 учебного года осуществлялась по нескольким направлениям: терапия, хирургия, акушерство, гинекология, отоларингология. Обучение продолжалось 6 лет. Выпускники получали дипломы с присвоением звания доктора медицинских наук [6. С. 186].

Одновременно с увеличением количества врачей в Галиции меняется их национальный и гендерный состав. Например, несмотря на препятствия в профессиональной деятельности со стороны польских коллег, количество врачей украинского происхождения в Восточной Галиции выросло с 195 в 1934 г. до 268 в 1937 г. [71. С. 32–35]. Все популярнее врачебный труд становился среди женщин. Если в 1921 г. женщин-врачей было всего 35, то в конце 1938 г. – уже 354. Быстрая феминизация профессии вызвала беспокойство и сопротивление мужчин, причиной чего, по мнению Х. Кулик, была боязнь конкуренции [72. С. 244]. Концепцию введения *numerus clausus*<sup>7</sup> на обучение для женщин высказывал даже ректор Львовского университета им. Яна Казимира профессор Й. Шемирадзкий, а университетский сенат старался не допускать женщин к защите научных степеней в медицинских науках [73. С. 105]. Наиболее непримиримым противником обучения женщин на медицинском факультете был профессор А. Чешыньский; он обосновывал свою позицию «легкомыслием» женщин, которые выходят замуж и бросают обучение, тем самым отнимая возможность у других студентов учиться на их месте [5. С. 141].

Остро ощущался в Восточной Галиции и недостаток младшего медицинского персонала. В 1936 г. на территории Львовского, Тернопольского и Станиславовского воеводств среди работников 62 Центров здоровья, каждый из которых обслуживал повет в 8–10 гмин с населением 15 тыс. человек, было всего 76 медицинских сестер, или в среднем одна медсестра обслуживала весь повет [74. С. 181–182]. Чуть лучшей была ситуация с медсестрами в больницах, где зачастую работали монахини Сестер Милосердия. Подготовка медицинских работников среднего звена проходила в школе медицинских сестер при общем госпитале Львова. Школа возобновила свою деятельность в 1922 г. и принимала слушательниц, которые закончили 7 классов базового образования в школе, или 6 лет гимназии. Обучение продолжалось один учебный год, а с 1924 г. – два. Лекции читали квалифицированные врачи и опытные Сестры Милосердия Конгрегации св. Викентия де Поля. Дом ордена также служил общежитием для учениц школы [75. Л. 2]. Кроме теоретических знаний, ученики школы проходили практику в медицинских учреждениях. Однако учебные медицинские заведения в Польше не были способны покрыть потребности края в младшем медперсонале. В сентябре 1939 г. в

сельских и городских стационарных медицинских учреждениях Восточной Галиции работала всего лишь 371 медсестра [76. С. 28].

Ситуация с дантистами тоже не была благополучной. В 1931 г. один зубной врач приходился на 10 тыс. жителей Восточной Галиции, и его помощь в основном была недоступной для местного сельского населения. Правда, в польской официальной статистике не учтена деятельность зубных техников, занимавшихся протезированием, но их количество было мизерным и не могло внести какого-либо существенного улучшения в лечение зубов галичан. В то же время существовала жесткая конкуренция между дантистами, поскольку только каждый пятый житель края был их потенциальным клиентом, а уже из этого количества лишь 20% действительно нуждались в услугах зубного врача [77].

Для надлежащего предоставления медицинской помощи при родах не хватало акушерок. В 1923 г. на территории Восточной Галиции работало всего 1 450 акушерок. Только в Львовском воеводстве их было 848, т.е. примерно 31,4 акушерки на 1 тыс. квадратных километров. В других воеводствах квалифицированные акушерки встречались еще реже: 18,6 на 1 тыс. квадратных километров – в Тернопольском воеводстве, 16,3 на 1 тыс. квадратных километров – в Станиславовском [11. С. 147]. Согласно данным С. Геника, в Прикарпатье без акушерской помощи рожали около 70–75% женщин [7. С. 28]. Отсутствие стационарных роддомов и квалифицированной помощи были главной причиной высокой смертности матерей и младенцев. В восточной части Галиции от послеродового сепсиса в 1933–1935 гг. ежегодно умирали от 40 до 45 родильниц.

Подготовкой акушерок занималась Государственная школа акушерок во Львове. Обучение длилось 2 года и стоило 600 злотых, поэтому не каждый мог себе его позволить. Иногда расходы брала на себя власть гмины или поветовое управление, нуждающееся в специалистах этого профиля. В 1923 г. акушерскую школу закончили 127 учениц: 88 поляк, 18 евреек и 21 украинка [78. Л. 38]. При Государственной акушерской школе ежегодно проводились курсы повышения квалификации, а также краткий курс гинекологии. Однако даже наличие соответствующего диплома не всегда гарантировало качество услуг. В частности, в 1925 г. Тернопольское воеводство лишило лицензии Ш. Мехлер, которую признали виновной в преступлении против плода и приговорили к двухлетнему заключению [79. Л. 15]. Подобные случаи не были единичными. В Станиславовском воеводстве в течение 1933–1934 гг. лишили прав заниматься акушерской деятель-

ностью на срок от 2 до 3 лет и направили на переквалификацию 12 акушерок, а еще 3 отправили в тюрьму [80. Л. 8–13]. Вполне возможно, что слишком высокая ответственность отпугивала потенциальных претенденток на эту профессию. Современники утверждали, что в 1938 г. количество работающих по специальности акушерок в Львовском воеводстве не только не выросло, но и существенно снизилось [69. Л. 22]. Недоступность качественной медицинской помощи из-за отсутствия квалифицированных медработников и недостаток средств заставляли жителей Восточной Галиции прибегать к услугам знахарей, гадалок и повитух, которые успешно продолжали заниматься своей практикой в 1920–1930-х гг.

Таким образом, первоочередной задачей любой системы здравоохранения является обеспечение для населения возможности свободного доступа к быстрой и качественной медицинской помощи. Реализация этой задачи возможна только при наличии хорошо развитой сети соответственно оборудованных медицинских учреждений и достаточного количества квалифицированных медработников. Между тем здравоохранение Второй Речи Посполитой не могло похвастаться весомыми успехами в этой сфере, что и послужило одной из основных причин ее низкой эффективности. Количество стационарных лечебных учреждений в Восточной Галиции межвоенного периода не соответствовало реальным потребностям края. Исходя из тогдашних медицинских норм, оно должно было быть как минимум в четыре раза большим. Попытки заменить стационарное лечение сетью амбулаторий, объединенных в Центры здоровья, тоже были малоэффективными, поскольку сталкивались с теми же проблемами, что и больницы, а именно – с отсутствием бюджетного финансирования и низкой самоокупаемостью. На протяжении практически всего межвоенного периода в Польше оставалась типичной проблема нехватки квалифицированного медицинского персонала. Не была исключением в этом плане и Восточная Галиция. Здесь также существовали свои локальные особенности, связанные с нежеланием некоторых врачей работать в столь неспокойном регионе. Эти тенденции ярко проявлялись в начале 1920-х и постепенно угасали к концу 1930-х гг. Однако ни освобождение от стереотипов, ни подготовка кадров на медицинском факультете Львовского университета им. Яна Казимира и в государственных школах для акушерок и медсестер не смогли нивелировать недостаток квалифицированного медицинского персонала и, как следствие, низкую доступность для жителей края качественной медицинской помощи.

## ПРИМЕЧАНИЯ

<sup>1</sup> Современные Львовская, Тернопольская и Ивано-Франковская области.

<sup>2</sup> Исключениями были львовские больницы Сестер Милосердия и еврейского фонда М. Лазаруса, которые могли вместить по сотне пациентов каждая.

<sup>3</sup> В 1921 г. во Львовском воеводстве действовало 24 общих госпиталя, в то же время в Тернопольском и Станиславовском воеводствах всего по 9 больниц в каждом. К середине 1920-х гг. разница в количестве больниц между воеводствами стала менее ощутимой: 26, 14 и 18 соответственно.

<sup>4</sup> 42,3% от общего количества поветов в Восточной Галиции.

<sup>5</sup> Польская марка – денежная единица Польши в 1917–1924 гг. В 1924 г. сменилась на злотый с курсом 1 злотый к 1 млн 800 тыс. польских марок.

<sup>6</sup> 2,1 тыс. польских марок в месяц.<sup>7</sup> Ограниченное число.

## ЛИТЕРАТУРА

- Więckowska E. Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej – organizacja, cele, zadania // *Przegląd Epidemiologiczny*. 2000. № 3–4. S. 417–425.
- Więckowska E. Kształtowanie się ochrony zdrowia // *Dzieje medycyny w Polsce* / red. W. Noszczyk. Warszawa, 2015. T. 2. S. 65–74.
- Więckowska E. Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej. Wrocław, 2004. 292 s.
- Więckowska E. Zamknięta i otwarta opieka zdrowotna // *Dzieje medycyny w Polsce* / red. W. Noszczyk. Warszawa, 2015. T. 2. S. 53–64.
- Wojtkiewicz-Rok W. Organizacja wyższego szkolnictwa medycznego // *Dzieje medycyny w Polsce* / red. W. Noszczyk. Warszawa, 2015. T. 2. S. 137–178.
- Wojtkiewicz-Rok W. Uniwersyteckie wydziały lekarskie i uczelnie stomatologiczne // *Dzieje medycyny w Polsce* / red. W. Noszczyk. Warszawa, 2015. T. 2. S. 179–222.
- Генник С. Развитие здравоохранения в Галиции и Советском Прикарпатье (1875–1962 гг.). Историческое и социально-гигиеническое исследование по материалам Калушского и Войниловского районов Станиславской области : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ивано-Франковск, 1964. 28 с.
- Гарашьян А., Парашак П. Розквіт охорони здоров'я на Радянському Прикарпатті. Київ, 1972. 140 с.
- Радиш В., Сорока О. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під час польської окупації краю (1920–1939 рр.) // *Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України. Сер. Право та державне управління*. 2012. № 1 (5). С. 44–49.
- Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. Rok wydania I (1920/1922). Warszawa, 1923. 378 s.
- Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. Rok wydania II. Warszawa, 1924. 226 s.
- Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. Rok wydawnictwa V. Warszawa, 1927. 610 s.
- Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. Rok wydawnictwa VI. Warszawa, 1928. 664 s.
- Mały rocznik statystyczny. Rok wydawnictwa III. Warszawa, 1932. 167 s.
- Mały rocznik statystyczny. Rok X. Warszawa, 1939. 425 s.
- Шумилова Э. Первая мировая война и уровень медицинского обслуживания населения в крупных городах Западной Сибири (1914–1917 гг.) // *Вестник Томского государственного университета. История*. 2016. № 2 (40). С. 24–30. DOI: 10.17223/19988613/40/3.
- Мельник І. Рада амбасадорів про Галичину. URL: <http://zbruc.eu/node/3522> (дата обращения: 13.03.2013).
- Załączny J. Ochrona zdrowia w powiecie warszawskim w latach 1918–1939 // *Rocznik Żyrardowski*. 2011. T. IX. S. 377–408.
- Stych M. Geneza, struktura oraz wybrane zadania głównego inspektora sanitarnego // *Rocznik administracji i prawa. Teoria i praktyka*. Sosnowiec, 2012. S. 165–183.
- Центральный государственный исторический архив Украины во Львове (ЦГИАЛ). Ф. 567. Оп. 1. Д. 28.
- Polityka społeczna państwa polskiego 1918–1935. Warszawa, 1935. 457 s.
- ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 21.
- ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 22.
- ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 24.
- ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 20.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. 1920. № 117. S. 2064–2066.
- Государственный архив Ивано-Франковской области (ГАИФО). Ф. 2. Оп. 2. Д. 166.
- Архив актов новых в Варшаве (ААН). Ф. 15. Оп. 2. Д. 39.
- Monitor Polski. 1919. № 285. S. 1.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 5. Д. 130.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 2. Д. 143.
- Dziennik Praw Państwa Polskiego. 1919. № 15. S. 325–326.
- Grata P. Na drodze do publicznej służby zdrowia. Meandry polityki zdrowotnej Drugiej Rzeczypospolitej // *Polityka i Społeczeństwo*. 2016. № 3 (14). S. 129–143.
- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej. 1939. № 54. S. 857–859.
- Государственный архив Львовской области (ГАЛО). Ф. 1. Оп. 9. Д. 242.
- ГАЛО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 1475.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 5. Д. 123.
- Чоренький Р. Повсякденне медичне забезпечення поляків Станиславівського воєводства (1921–1939 рр.) // *Галичина. Науковий і культурно-просвітний краєзнавчий часопис*. 2012. Ч. 20–21. С. 243–249.
- ГАЛО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 1763.
- Zdrowie Publiczne. 1934. № 7. S. 6.
- Парашак П. Здравоохранение в Ивано-Франковской области в прошлом и его развитие за годы советской власти (1873–1963 гг.) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ивано-Франковск, 1967. 26 с.
- Маслов Е. Из истории психиатрии в западных областях УССР // *К истории медицины на Украине : на материалах западных областей УССР, Закарпатья и Буковины* : сб. науч. тр. Львов, 1961. С. 223–233.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 4. Д. 393.
- Kacprzak M. Ośrodki zdrowia w Polsce. Warszawa, 1928. 115 s.
- Государственный архив Тернопольской области (ГАТО). Ф. 4. Оп. 2. Д. 665.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 4. Д. 383.
- Рябишенко О. Охорона здоров'я населення західних областей України. Київ, 1963. 91 с.
- ГАТО. Ф. 4. Оп. 2. Д. 205.
- ГАТО. Ф. 231. Оп. 6. Д. 778.
- ААН. Ф. 15. Оп. 2. Д. 12.
- Fechner A. Dzieci, młodzież, dorośli – pacjenci ośrodków zdrowia w latach 30-tych XX wieku. Na przykładzie Piotrkowa Rybunalskiego i powiatu Piotrkowskiego // *Dawna Medycyna i Weterynaria* / red. M. Felsmann, J. Szarka. Chełmno, 2011. S. 11–29.
- ГАЛО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 2892.
- Данилейченко В. Санитарно-эпидемиологическая служба в западных областях Украины до и после воссоединения с УССР // *К истории медицины на Украине : на материалах западных областей УССР, Закарпатья и Буковины* : сб. науч. тр. Львов, 1961. С. 119–127.
- ГАИФО. Ф. 2. Оп. 4. Д. 368.
- Сайковська Ю. Діяльність аптек та виникнення фармацевтичної промисловості на Львівщині у кінці XIX – на початку XX ст. // *Фармацевтичний журнал*. 1988. № 1. С. 73–74.
- ЦГИАЛ. Ф. 554. Оп. 1. Д. 1.
- ЦГИАЛ. Ф. 549. Оп. 1. Д. 4.

58. ЦГИАЛ. Ф. 462. Оп.1. Д. 66.
59. ГАИФО. Ф. 2. Оп. 5. Д. 219.
60. ГАИФО. Ф. 2. Оп. 5. Д. 107.
61. ГАТО. Ф. 231. Оп. 6. Д. 2962.
62. ГАЛО. Ф. 1. Оп. 9. 1762.
63. ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 149.
64. Marcysiak M. Opieka lekarska w województwie lwowskim od 1929 do 1939 roku // Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku / red. B. Urbanek. Warszawa, 2009. S. 245–260.
65. ЦГИАЛ. Ф. 567. Оп. 1. Д. 29.
66. Правда. 1938. Ч. 26. С. 10.
67. ГАИФО. Ф. 2. Оп. 2. Д. 240.
68. Lekarz Polski. 1938. № 9. S. 183.
69. ААН. Ф. 15. Оп. 2. Д. 489.
70. Новий час. 1938. 30 червня. С. 4.
71. Логаса М. До історії УЛТ у Львові. Розміщення наших лікарів у Галичині перед Другою світовою війною // Лікарський вісник. 1973. Ч. 3. С. 31–38.
72. Kulik H. Feminizacja zawodu lekarza w Polsce // Medycyna i farmacja XIX i XX wieku / red. R. Meissner. Poznań, 2007. S. 242–249.
73. Kempa M. Kobiety lekarzami // Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku / red. B. Urbanek. Warszawa, 2009. S. 101–110.
74. Шегедин М. Розвиток сестринської справи в Україні // Практична медицина. 1998. № 5–6. С. 180–188.
75. ААН. Ф. 15. Оп. 2. Д. 574.
76. Шегедин М. Сестри милосердя // Фармацевт Практик. 2008. № 5. С. 26–28.
77. Olszewski D., Grzesiak-Janias G. Z dziejów polskiej stomatologii. Stan stomatologii w II Rzeczypospolitej Polskiej. URL: [http://www.magazyn-stomatologiczny.pl/artykuly/\\_stan-stomatologii-w-ii-rzeczypospolitej-polskiej](http://www.magazyn-stomatologiczny.pl/artykuly/_stan-stomatologii-w-ii-rzeczypospolitej-polskiej) (дата обращения: 07.06.2012).
78. ГАЛО. Ф. 1. Оп. 9. Д. 274.
79. ГАТО. Ф. 231. Оп. 6. Д. 782.
80. ГАИФО. Ф. 2. Оп. 4. Д. 365.

Lev I. Davybidia, University of Warsaw (Wroclaw, Poland). E-mail: lev.davybida@yandex.ua

#### FEATURES OF DEVELOPMENT AND STAFFING OF MEDICAL INSTITUTIONS WITHIN EASTERN GALICIA (1919–1939)

**Keywords:** health protection; medicine; Eastern Galicia; doctor; hospital; outpatient clinic.

The article deals with the problem of organization and development of medical institutions network, as well as their staffing within Eastern Galicia during the second republic of Poland in 1919–1939. The study of this question has been quite fragmented given in Polish, Ukrainian and Soviet historiography. There have been no comprehensive studies in this direction. This research is mainly based on the documents of the Archive of New Acts collections in Warsaw and Central State Historical Archives of Ukraine in Lviv, as well as the state archives of the Lviv, Ternopil and Ivano-Frankivsk regions. After analyzing archival materials the author has come to the conclusion that the management network of health protection consisted of three consecutive authorities: District Departments of Health, Public Health Departments of Lviv, Stanislawiv and Ternopil Voivodeships and the Ministry of Public Health. The last one was reorganized into the Department of Health Care under the Ministry of Internal Affairs. The author also has found out that system of the health protection introduced by the Polish government within the territory of Eastern Galicia was characterized by a clear structuring, interconnectedness and a common goal. That goal was the ensuring of safety for the life and health of the local population before the threat of epidemic diseases. Its implementation included the development of the network of state and public medical institutions, which were engaged in the supervision of environment, construction standards, sanitary conditions of premises and personal hygiene, in the guardianship over sick and disabled people, as well as in the providing them with timely and qualified medical assistance. Local institutions cooperated with the Polish government in the fight against infectious and social diseases, conducted preventive vaccinations and controlled the selling of some products. The author notes that system of the health protection within Eastern Galicia had a number of shortcomings, which has significantly reduced its effectiveness during interwar period. Firstly, it lacked doctors capable of conducting administrative activities for its normal functioning. This situation was stipulated by both a relatively small number of appropriately qualified specialists and a ban for being on state posts to Ukrainian doctors. There was a constant shortage of nurses, midwives and dentists in Eastern Galicia, despite the work of Lviv University named after Jan Kazimir, as well as public schools for nurses and midwives. Secondly, the network of inpatient hospitals and ambulance stations was very poorly developed because of military devastation and lack of money. Thirdly, the high cost of medical services was also the reason of low demand for their. Even the creation of the Health Centers (some kind of outpatient clinic to low-income people) in the late 1920s was not able to improve the situation. These problems have remained unsolved until the Second World War and the transition of Eastern Galicia in the USSR.

#### REFERENCES

1. Więckowska, E. (2000) Instytucje zdrowia publicznego w II Rzeczypospolitej – organizacja, cele, zadania. *Przegląd Epidemiologiczny*. 3–4. pp. 417–425.
2. Więckowska, E. (2015a) Kształtowanie się ochrony zdrowia. In: Noszczyk, W. (ed.) *Dzieje medycyny w Polsce*. Vol. 2. Warsaw: [s.n.]. pp. 65–74.
3. Więckowska, E. (2004) *Lekarze jako grupa zawodowa w II Rzeczypospolitej*. Wrocław: [s.n.].
4. Więckowska, E. (2015b) Zamknięta i otwarta opieka zdrowotna. In: Noszczyk, W. (ed.) *Dzieje medycyny w Polsce*. Vol. 2. Warsaw: [s.n.]. pp. 53–64.
5. Wojtkiewicz-Rok, W. (2015a) Organizacja wyższego szkolnictwa medycznego. In: Noszczyk, W. (ed.) *Dzieje medycyny w Polsce*. Vol. 2. Warsaw: [s.n.]. pp. 137–178.
6. Wojtkiewicz-Rok, W. (2015b) Uniwersyteckie wydziały lekarskie i uczelnie stomatologiczne. In: Noszczyk, W. (ed.) *Dzieje medycyny w Polsce*. Vol. 2. Warsaw: [s.n.]. pp. 179–222.
7. Genyk, C. (1964) *Razvitie zdoravookhraneniya v Galitsii i Sovetskom Prikarpat'e (1875–1962 gg.). Istoricheskoe i sotsial'no-gigienicheskoe issledovanie po materialam Kalushskogo i Voynilovskogo rayonov Stanislavskoy oblasti* [Development of health care in Galicia and the Soviet Carpathian region (1875–1962). Historical and socio-hygienic research based on the materials of the Kalush and Voinilovsky districts of the Stanislav region]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Ivano-Frankovsk.
8. Garagashyan, A. & Parashchak, P. (1972) *Rozkvit okhoroni zdorov'ya na Radyans'komu Prikarpatti*. Kiev: [s.n.].
9. Radish, V. & Soroka, O. (2012) Derzhavne reguluvannya medichnoi diyal'nosti na Prikarpatti pid chas pol's'koï okupatsii krayu (1920–1939 rr.). *Visnik Akademii pratsi i sotsial'nikh vidnosin Federatsii profspilok Ukraini. Ser. Pravo ta derzhavne upravlinnya*. 1(5). pp. 44–49.

10. *Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej*. (1920/1922).
11. *Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej*. (1924).
12. *Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej*. (1927).
13. *Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej*. (1928).
14. *Mały rocznik statystyczny*. (1932).
15. *Mały rocznik statystyczny*. (1939).
16. Shumilova, E. (2016) The First World War and the level of medical care in the cities of Western Siberia (1914–1917). *Vestnik Tomskogo gosudarstvennogo universiteta. Istoriya* – Tomsk State University Journal of History. 2(40). pp. 24–30. (In Russian). DOI: 10.17223/19988613/40/3.
17. Melnik, I. (n.d.) *Rada ambasadoriv pro Galichinu*. [Online] Available from: <http://zbruc.eu/node/3522> (Accessed: 13th March 2013).
18. Załączny, J. (2011) Ochrona zdrowia w powiecie warszawskim w latach 1918–1939. *Rocznik Żyrardowski*. 9. pp. 377–408.
19. Stych, M. (2012) Geneza, struktura oraz wybrane zadania głównego inspektora sanitarnego. In: Łaszczyca, G. (ed.) *Rocznik administracji i prawa. Teoria i praktyka*. Sosnowiec : Wydaw. WSZiM. pp. 165–183.
20. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 28.
21. Bornstein-Lychowska, M. (ed.) *Polityka społeczna państwa polskiego 1918–1935*. Warsaw: Nakładem Ministerstwa Opieki Społecznej.
22. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 21.
23. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 22.
24. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 24.
25. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 20.
26. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. (1920) 117. pp. 2064–2066.
27. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 2. File 166.
28. The Archive of New Acts in Warsaw (AAN). Fund 15. List 2. File 39.
29. *Monitor Polski*. (1919) 285. pp. 1.
30. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 5. File 130.
31. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 2. File 143.
32. *Dziennik Praw Państwa Polskiego*. (1919) 15. pp. 325–326.
33. Grata, P. (2016) Na drodze do publicznej służby zdrowia. Meandry polityki zdrowotnej Drugiej Rzeczypospolitej. *Polityka i Społeczeństwo*. 3(14). pp. 129–143.
34. *Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej*. (1939) 54. pp. 857–859.
35. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 242.
36. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 1475.
37. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 5. File 123.
38. Chornenky, R. (2012) Povsyakdenne medichne zabezpechennya polyakiv Stanislavivs'kogo voevodstva (1921–1939 rr.). *Galichina. Naukoviy i kul'turno-prosvitniy kraєznavchiy chasopis*. 20–21. pp. 243–249.
39. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 1763.
40. *Zdrowie Publiczne*. (1934) 7. pp. 6.
41. Parashchak, P. (1967) *Zdravookhranenie v Ivano-Frankovskoy oblasti v proshlom i ego razvitie za gody sovetskoy vlasti (1873–1963 gg.)* [Health care in the Ivano-Frankivsk region in the past and its development during the years of Soviet power (1873–1963)]. Abstract of Medicine Cand. Diss. Ivano-Frankovsk.
42. Maslov, E. (1961) Iz istorii psikiatrii v zapadnykh oblastyakh USSR [From the history of psychiatry in the western regions of the Ukrainian SSR]. In: *K istorii meditsyny na Ukraine : na materialakh zapadnykh oblastey USSR, Zakarpat'ya i Bukoviny* [On the history of medicine in Ukraine: a case study of the western regions of the Ukrainian SSR, Transcarpathia and Bukovina]. Lvov: [s.n.]. pp. 223–233.
43. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 4. File 393.
44. Kacprzak, M. (1928) *Ośrodku zdrowia w Polsce*. Warszawa: [s.n.].
45. The State Archives of Ternopil Region (GATO). Fund 4. List 2. File 665.
46. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 4. File 383.
47. Ryabishenko, O. (1963) *Okhorona zdorov'ya naselennya zakhidnykh oblastey Ukraїni*. Kiev: [s.n.].
48. The State Archives of Ternopil Region (GATO). Fund 4. List 2. File 205.
49. The State Archives of Ternopil Region (GATO). Fund 231. List 6. File 778.
50. The Archive of New Acts in Warsaw (AAN). Fund 15. List 2. File 12.
51. Fechner, A. (2011) Dzieci, młodzież, dorośli – pacjenci ośrodków zdrowia w latach 30-tych XX wieku. Na przykładzie Piotrkowa Rybunalskiego i powiatu Piotrkowskiego. In: Felsmann, M. & Szarka, J. (eds) *Dawna Medycyna i Weterynaria*. Chełmno: [s.n.]. pp. 11–29.
52. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 2892.
53. Danileychenko, V. (1961) Sanitarno-epidemiologicheskaya sluzhba v zapadnykh oblastyakh Ukrainy do i posle vossoedineniya s USSR [Sanitary and epidemiological service in the western regions of Ukraine before and after reunification with the Ukrainian SSR]. In: *K istorii meditsyny na Ukraine : na materialakh zapadnykh oblastey USSR, Zakarpat'ya i Bukoviny* [On the history of medicine in Ukraine: a case study of the western regions of the Ukrainian SSR, Transcarpathia and Bukovina]. Lvov: [s.n.]. pp. 119–127.
54. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 4. File 368.
55. Saykovska, Yu. (1988) Diyal'nist' aptek ta vinikennyya farmatsevtichnoy promyslovosti na L'vivshchini u kintsy XIX – na pochatku XX st. *Farmatsevtichnyy zhurnal*. 1. pp. 73–74.
56. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 554. List 1. File 1.
57. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 549. List 1. File 4.
58. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 462. List 1. File 66.
59. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 5. File 219.
60. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 5. File 107.
61. The State Archives of Ternopil Region (GATO). Fund 231. List 6. File 2962.
62. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 1762.
63. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 149.
64. Marcysiak, M. (2009) Opieka lekarska w województwie lwowskim od 1929 do 1939 roku. In: Urbanek, B. (ed.) *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Warszawa: [s.n.]. pp. 245–260.
65. The Central State Historical Archives of Ukraine in Lvov (TsGIAL). Fund 567. List 1. File 29.
66. *Pravda*. (1938) 26. pp. 10.
67. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 2. File 240.
68. *Lekarz Polski*. (1938) 9. pp. 183.
69. The Archive of New Acts in Warsaw (AAN). Fund 15. List 2. File 489.
70. *Noviy chas*. (1938). 30th June. p. 4.
71. Logaza, M. (1973) Do istorii ULT u L'vovi. Rozmishchennyya nashikh likariv u Galichini pered Drugoyu svitovoyu viynoyu. *Likars'kiy visnik*. 3. pp. 31–38.

- 
72. Kulik, H. (2007) Feminizacja zawodu lekarza w Polsce. In: Meissner, R. (ed.) *Medycyna i farmacja XIX i XX wieku*. Poznań: [s.n.]. pp. 242–249.
73. Kempa, M. (2009) Kobiety lekarzami. In: Urbanek, B. (ed.) *Zawód lekarza na ziemiach polskich w XIX i XX wieku*. Warsaw: [s.n.]. pp. 101–110.
74. Shegedin, M. (1998) Rozvitok sestrins'koï spravi v Ukraïni [Development of nursing help in Ukraine]. *Praktichna meditsina*. 5–6. pp. 180–188.
75. The Archive of New Acts in Warsaw (AAN). Fund 15. List 2. File 574.
76. Shegedin, M. (2008) Sestri miloserdyia [Sisters of Mercy]. *Farmatsevt Praktik*. 5. pp. 26–28.
77. Olszewski, D. & Grzesiak-Janias, G. (n.d.) *Z dziejów polskiej stomatologii. Stan stomatologii w II Rzeczypospolitej Polskiej*. [Online] Available from: [http://www.magazyn-stomatologiczny.pl/artykuly/\\_stan-stomatologii-w-ii-rzeczypospolitej-polskiej](http://www.magazyn-stomatologiczny.pl/artykuly/_stan-stomatologii-w-ii-rzeczypospolitej-polskiej) (Accessed: 7th June 2012).
78. The State Archives of Lviv Region (GALO). Fund 1. List 9. File 274.
79. The State Archives of Ternopil Region (GATO). Fund 231. List 6. File 782.
80. The State Archives of Ivano-Frankivsk Region (GAIFO). Fund 2. List 4. File 365.