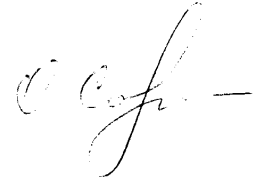


НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ ПРИ  
ПРЕЗИДЕНТОВІ УКРАЇНИ

На правах рукопису

СОРОКА ОКСАНА ЯРОСЛАВІВНА



УДК 351.77+340.134

**ДЕРЖАВНЕ РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА  
ПРИКАРПАТТІ В ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ХХ СТОЛІТТЯ**

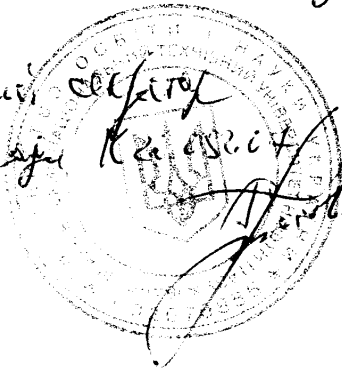
25.00.01 – теорія та історія державного управління

Дисертація на здобуття наукового ступеня  
кандидата наук з державного управління

*Ідентифікація змісту дисертації  
єдиною, моральною та науковою,  
рецензійною заповіддю.*

Науковий керівник  
Радиш Ярослав Федорович,  
доктор наук з державного управління,  
професор

*Учений секретар  
Сорока Оксана Я.*



*Мазан А.В.*

Київ – 2015



d564

d564

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ .....	4
ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ В ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ХХ СТОЛІТТЯ.....	13
1.1. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття в дослідженнях українських авторів.....	13
1.2. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття в дослідженнях зарубіжних авторів.....	35
1.3. Методологія дослідження, категорійно-понятійний апарат та напрями подальших наукових пошуків .....	39
Висновки до розділу 1 .....	49
РОЗДІЛ 2. ГЕНЕЗА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ В ПЕРІОД 1900-1939 РОКІВ .....	52
2.1. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у складі Австро-Угорської імперії (1900-1918 роки).....	53
2.2. Специфіка державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті за часів Західно-Української Народної Республіки (1918-1919 роки).....	68
2.3. Особливості державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період правління Польщі (II Річ Посполита 1919-1939 роки) .....	75
Висновки до розділу 2 .....	103
РОЗДІЛ 3. ЕВОЛЮЦІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ ВПРОДОВЖ 1939-1950 РОКІВ .....	109
3.1. Формування радянської системи державного управління у сфері охорони здоров'я на Прикарпатті (1939-1941 роки).....	109
3.2. Підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу під час німецької окупації Прикарпаття (1941-1944 роки) .....	113

3.3. Становлення радянської системи державного управління у сфері охорони здоров'я на Прикарпатті (1944-1950 роки).....	129
3.4. Проблеми становлення і розвитку медичної освіти й науки на Прикарпатті, роль відомих лікарів краю в державному регулюванні медичної діяльності та можливості використання позитивного історичного досвіду.....	135
Висновки до розділу 3 .....	164
ВИСНОВКИ.....	168
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	172
ДОДАТКИ.....	195

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗУНР	Західно-Українська Народна Республіка
НКВС	Народний Комісаріат Внутрішніх Справ
ОУН	Організація Українських націоналістів
РДС	Рада Державних Секретарів
СРСР	Союз Радянських Соціалістичних Республік
УГА	Українська Галицька Армія
УГТ	Українське Гігієнічне Товариство
УЛТ	Українське Лікарське Товариство
УНР	Українська Народна Рада
УПА	Українська повстанська армія
УРСР	Українська Радянська Соціалістична Республіка



## ВСТУП

*Актуальність теми.* Сьогодні в Україні формується якісно нова система охорони здоров'я, яка потребує і нових підходів до державного управління охороною здоров'я. Невід'ємною частиною державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я є державне регулювання медичної діяльності.

Сучасні процеси подолання негарздів перехідного періоду, перспективи становлення нової системи охорони здоров'я в Україні вимагають усвідомлення і творчого осмислення історичного досвіду. Без вивчення історії державного регулювання медичної діяльності та специфіки місцевих умов розвитку цієї діяльності в минулому неможливе вироблення сучасної теорії охорони здоров'я і створення її нової української моделі.

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає підстави стверджувати, що достатньо значна кількість наукових праць, яка існує на сьогоднішній час щодо перспективних напрямів стратегічного управління охороною здоров'я, водночас демонструє, що комплексного дослідження історичних та теоретичних аспектів державного регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я України не проводилося. Саме тому існує потреба проведення історико-теоретичного аналізу державного регулювання медичної діяльності в усіх регіонах України на різних етапах їх історичного розвитку у площині науки державного управління.

Актуальність дослідження посилюється потребою в дослідженні історичного минулого державотворення, зокрема в об'єктивному й неупередженому виявленні фактів з історії управління охороною здоров'я, та відсутності фундаментальних досліджень з даної проблеми. Осмислення і використання історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності є достатньо важливим джерелом побудови сучасної системи охорони здоров'я в Україні, а врахування позитивних тенденцій та недопущення помилок в процесі побудови як моделі державного управління, так і його

важливої складової – державного управління системою охорони здоров'я, є об'єктивною необхідністю.

На важливості наукового пошуку щодо різних складових державного регулювання сфери охорони здоров'я наголошують дослідники цієї проблеми: М.Білинська [9, 33, 34], Ю.Вороненко [15-17], В.Долот [56], Л.Жаліло [60], Д.Карамішев [70], З.Надюк [101, 102], Н.Нижник [35, 103], Л.Піріг [109], Я.Радиш [33, 34, 36], І.Солоненко [152, 153], О.Шиян [190] та інші, які акцентують увагу на тому, що державне регулювання медичної діяльності є не тільки перспективним напрямом стратегічного управління охороною здоров'я, але й тією його складовою, для якої характерне існування багатьох теоретичних і практичних проблем, вирішення яких забезпечить вихід галузі з тривалої системної кризи.

Дослідження проблеми державного регулювання медичної діяльності в Україні активізувалися впродовж останніх років і знайшли відображення у працях І.Бедрик [4], Л.Буравльова [128], Р.Гревцової [154], С.Козуліної [74], Н.Мезенцевої [98, 128], І.Паращича [107], І.Сенюти, [94, 169], С.Стеценка [169,170] та інших дослідників.

Серед зарубіжних науковців особливий інтерес складають наукові пошуки польського дослідника П.Уліяша [176] щодо впливу польсько-українських зв'язків на розвиток вищої медичної освіти і науки.

Попри загалом ґрунтовну розробленість проблеми державного регулювання медичної діяльності, вітчизняні вчені розглядали переважно її окремі аспекти. Водночас відсутні комплексні дослідження генези державного регулювання медичної діяльності в окремих регіонах України на початку ХХ ст. Повною мірою це стосується і Прикарпаття, що і є свідченням актуальності дисертаційного дослідження.

Нижня хронологічна межа дослідження детермінована державним регулюванням медичної діяльності в період перебування Прикарпаття у складі Австро-Угорської імперії (1900-1918 роки). Верхня хронологічна межа (50-ті

роки) визначається побудовою в цьому регіоні системи охорони здоров'я згідно радянських законів.

*Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.* Дисертаційна робота пов'язана з науковими дослідженнями кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету за темою “Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості надання медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я” (ДР № 0112U001559) та з науковими дослідженнями кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України за темою “Європейський вектор подальшого реформування охорони здоров'я в Україні” (ДР №0114U002855), у яких дисертант досліджувала історичні та правові аспекти державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття.

*Мета і завдання дослідження.* Метою дослідження є наукове обґрунтування сутності та особливостей державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та визначення перспектив використання історичного досвіду для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі.

Відповідно до мети дослідження були поставлені такі *завдання*:

– систематизувати теоретико-методологічні засади досліджень державного регулювання медичної діяльності в Україні, узагальнити дослідницькі підходи до аналізу нормативно-правової бази, виявлення специфіки впливу органів державного управління та місцевого самоврядування на становлення і розвиток медико-санітарної допомоги та управління нею за законами Австро-Угорської імперії, Польщі та Радянського Союзу на Прикарпатті в першій половині ХХ століття;

– розкрити генезу державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття;

– з'ясувати особливості державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період 1900-1939 років;

– дослідити специфіку державного регулювання становлення та розвитку медичної діяльності на Прикарпатті протягом 1939-1950 років.

– узагальнити результати дослідження та визначити можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі.

*Об'єкт дослідження* – медична діяльність на Прикарпатті у першій половині ХХ століття.

*Предмет дослідження* – державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття.

*Методи дослідження.* Методологічну і теоретичну основу дисертаційної роботи становить синтез результатів фундаментальних і прикладних досліджень у сфері державного управління охороною здоров'я; праці вітчизняних і зарубіжних учених різних галузей знань, які висвітлюють становлення та розвиток медицини і освіти на теренах Прикарпаття в різні історичні періоди.

У дисертаційному дослідженні використовувалися такі методи: абстрагування, аналізу і синтезу, узагальнення – для дослідження теоретико-методологічних засад державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ ст.; графічний – для наочного представлення відмінних та подібних особливостей генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у досліджуваний період (нормативно-правові акти, органи державного управління, громадська охорона здоров'я); порівняльно-ретроспективного аналізу – для встановлення змісту та етапів розвитку державного регулювання здравоохоронної сфери, причинно-наслідкових зв'язків використання механізмів державного регулювання медичної діяльності в досліджуваному регіоні; контент-аналізу – з метою вивчення нормативно-правової бази, довідкової інформації органів державного регулювання;

компаративний – для аналізу ефективності впливу різних механізмів державного регулювання на соціально-економічний розвиток Прикарпаття у першій половині ХХ ст.; системний – для визначення пріоритетності напрямів поліпшення стану здравооохоронної сфери Прикарпаття; екстраполяційний – для поширення висновків, які отримані в результаті аналізу використаних джерел, на чинну систему державного регулювання медичної діяльності; біографічного збору й аналізу даних персоналій українських фахівців у галузі охорони здоров'я, які зробили вагомий внесок у становлення та розвиток державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття; метод обробки даних – для узагальнення отриманих результатів дослідження державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у досліджуваний період та уникнення суб'єктивізму у висновках.

*Наукова новизна одержаних результатів* полягає в поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних положень і концептуальних підходів, які в сукупності розв'язують важливе наукове завдання щодо обґрунтування сутності та особливостей державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Найважливіші наукові результати, що характеризують новизну і розкривають логіку та зміст дисертаційного дослідження, полягають у тому, що:

*вперше:*

– розкрито генезу державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття та обґрунтовано чотири періоди хронологічної послідовності цього процесу;

– обґрунтовано умови, у яких відбувалося державне регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в досліджуваний період, зокрема: складна соціально-політична ситуація, часта зміна різних суспільно-економічних формацій, перехід краю під вплив то однієї, то іншої держави, що суттєво вплинуло на характер суспільних відносин, у тому числі й у сфері охорони здоров'я;

*удосконалено:*

– теоретичні та методологічні засади дослідження державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття введенням в науковий обіг нових архівних документів та результатів досліджень зарубіжних авторів;

– загальну наукову концепцію державного регулювання медичної діяльності в Україні шляхом визначення та актуалізації внеску українських лікарів Прикарпаття у формування державницького підходу до медичного забезпечення мешканців регіону;

*набули подальшого розвитку:*

– теоретичні положення щодо сутності, функцій та особливостей діяльності органів державної влади, які формують державну політику в галузі охорони здоров'я;

– пріоритетні напрями досліджень державного регулювання медичної діяльності в Україні з урахуванням ступеня вивчення цієї проблеми українськими науковцями (питання побудови медико-санітарної справи за правовими стандартами економічно розвинутих європейських держав; державне регулювання медичної освіти; державне регулювання приватної медичної та фармацевтичної діяльності; особливості державного регулювання санаторно-курортної діяльності).

*Практичне значення одержаних результатів* полягає в тому, що в сукупності вони становлять теоретичну і методологічну основу для практичного вдосконалення системи державного регулювання медичної діяльності в Україні. Запропоновані автором підходи щодо оптимізації системи державного регулювання медичної діяльності використані: Івано-Франківським національним медичним університетом для підготовки проведення практичних занять в рамках навчальної дисципліни "Медичне правознавство" із студентами медичного та стоматологічного факультетів та в рамках передатестаційних циклів і циклів спеціалізації "Організація і управління охороною здоров'я" із слухачами факультету післядипломної освіти – керівниками та заступниками керівників закладів охорони здоров'я (акт про впровадження результатів наукових

досліджень від 25.12.2013 р.); Громадською організацією "Фонд розвитку Івано-Франківського національного медичного університету" щодо засвоєння теоретичних знань та формування практичних навиків у медичних працівників (довідка про впровадження від 26.12.2013 р. № 25); Управлінням культури, національностей та релігій Івано-Франківської обласної державної адміністрації у діяльності музейних та бібліотечних установ області (довідка про впровадження від 30.12.2013 р. № 61/01-006/086).

*Особистий внесок здобувача* полягає в тому, що основні ідеї дисертаційного дослідження і розробки, здійснені в його рамках, у тому числі й ті, що характеризують наукову новизну, мету і завдання, методологічні засади та методичні підходи до їх вирішення, теоретичну цінність роботи та практичне значення одержаних результатів, отримані здобувачем особисто. У дослідженнях, результати яких висвітлені в статтях, опублікованих спільно зі співавторами, участь здобувача була вирішальною. Зокрема, в колективній монографії [36] особистий внесок здобувача полягає у дослідженні генези державного регулювання медичної діяльності на західноукраїнських землях у першій половині ХХ століття (на прикладі Прикарпаття); у статті [130] автором здійснено аналіз діяльності органів державного та місцевого управління, які регулювали медичну діяльність на Прикарпатті у першій половині ХХ ст.; у тезах конференції [133] досліджено створення та діяльність кас хворих; у повідомленні [165] визначено роль та місце відомих лікарів у державному регулюванні медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття. Ідеї та розробки співавторів, з якими були підготовлені спільні публікації, у дисертаційній роботі не використовуються.

*Апробація результатів дисертаційного дослідження.* Основні результати дослідження апробовані на міжнародних та вітчизняних наукових і науково-практичних конференціях: "Трансформація політико-управлінських та державно-владних відносин у процесі європейської інтеграції" (Івано-Франківськ, 2012); з медичного права (Львів, 2012); "Досвід впровадження кредитно-модульної системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах України

III-IV рівнів акредитації" (Івано-Франківськ, 2012); "Публічне управління: шляхи розвитку" (Київ, 2014); "Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком" (Дніпропетровськ, 2014).

Матеріали дисертації розглядалися на засіданнях кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я та медичного правознавства Івано-Франківського національного медичного університету та на розширеному засіданні кафедри управління охороною суспільного здоров'я Національної академії державного управління при Президентові України.

*Публікації.* За темою дослідження опубліковано 14 наукових праць, у тому числі одна колективна монографія, 5 статей у наукових фахових виданнях України та 1 стаття у зарубіжному науковому виданні.

*Структура та обсяг роботи.* Дисертація складається зі вступу, 3 розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Основний текст дисертації викладено на 171 сторінці. Повний обсяг дисертації становить 201 сторінку. Дисертація включає 1 таблицю, 10 рисунків. Список використаних джерел містить 211 найменувань.



## РОЗДІЛ 1

# ТЕОРЕТИЧНІ ТА МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ В ПЕРШІЙ ПОЛОВИНІ ХХ СТОЛІТТЯ

1.1. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття в дослідженнях українських авторів

До пріоритетних напрямків діяльності будь-якої держави повинно належати забезпечення індивідуального та громадського здоров'я населення. Політика будь-якої держави повинна бути направлена на гарантування людині у разі необхідності повної підтримки з боку держави, впевненості людини у тому, що разі виникнення проблем із здоров'ям вона отримає належну підтримку з боку держави. Здоров'я громадян — це дзеркало суспільства, і за охорону здоров'я повинні відповідати всі, починаючи з найвищих органів влади і закінчуючи особисто кожним громадянином.

Суспільно-політична ситуація останніх років в Україні яскраво свідчить про гостру потребу в захисті прав людини, в тому числі в сфері охорони здоров'я, оголила чимало законодавчих проблем та була причиною оновлення векторів діяльності науковців і практиків. Медико-правові відносини отримали особливе забарвлення, відкрили перед суспільством нові напрями для досліджень, сфокусували ключову тематику для нагальних змін. Удосконалення законодавчого забезпечення системи охорони здоров'я, безпека людини як ключового фактору щодо формування державної політики у сфері охорони здоров'я, є більш ніж актуальною.

Державне регулювання медичної діяльності, як регламентованої Основами законодавства України про охорону здоров'я, іншими актами законодавства з питань охорони здоров'я, нормативно-правовими актами Міністерства охорони здоров'я України діяльність з надання громадянам лікувально-профілактичної

допомоги в Україні, є невід'ємною частиною державної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я.

Широкий дослідницький інтерес до проблем державного управління охороною здоров'я співпадає зі створенням в державі Національної академії державного управління при Президентові України та включенням до номенклатури спеціальностей наукових працівників нову галузь науки – державне управління. Серед пріоритетних напрямів розвитку цієї галузі є теоретико-методологічні засади, політичне, правове та організаційне забезпечення державного управління галузевим і регіональним розвитком (економіка, соціальний та гуманітарний розвиток, екологія, охорона здоров'я, освіта, наука).

У запропонованому розділі проаналізовано стан наукової розробки теми дисертації, з'ясовано і обґрунтовано теоретико-методологічні засади дослідження питань державного регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в першій половині ХХ століття.

Джерельну базу дослідження складають використані при написанні дисертаційної роботи офіційні документи, наукові праці українських і зарубіжних авторів, архівні документи щодо особливого підґрунтя для формування та застосування законодавства про охорону здоров'я на цій території в досліджуваній період.

На важливості наукового пошуку щодо різних складових теорії, історії, механізмів державного регулювання медичної діяльності та шляхів вирішення ключових питань реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я наголошують вітчизняні дослідники цієї проблеми.

Поле наукових досліджень з управлінської проблематики в галузі охорони здоров'я є досить масштабним, адже за часів новітньої історії державотворення ця галузь виявилась надзвичайно закритою системою, яка й донині зберігає найбільш консервативний характер і є надзвичайно інертною в інноваційному розвитку усіх сфер життєдіяльності українського суспільства. А відтак, саме у сфері державного управління охороною здоров'я існує ще досить багато проблемних питань, що чекають своєї “черги” до розв'язання. Однією з таких проблем залишається

питання державного регулювання медичної діяльності на різних етапах його історичного розвитку.

Про важливість наукового пошуку у сфері державного регулювання медичною діяльністю свідчать численні наукові праці українського вченого Я.Радиша [33, 34], який зазначає, що державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я є одним із визначальних чинників державної політики в сфері охорони здоров'я, а важливі трансформаційні процеси, які відбуваються у суспільстві, спричиняють суперечності в соціальній сфері, зумовлюють необхідність більш чіткого визначення сутності, мети, напрямів, завдань державного регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я через призму конституційного права людини на медичну допомогу як такого, що гарантує їй фізичне існування та є умовою збереження і зміцнення здоров'я нації. Політика держави щодо використання ресурсів здоров'я в інтересах зміцнення здоров'я населення має бути спрямована на розвиток соціальних ресурсів здоров'я і здійснюватися на трьох рівнях: національному, регіональному, індивідуальному. Це має здійснюватися шляхом формування політичних рішень, законодавства, нормативно-правової бази, міжвідомчого співробітництва, фінансової національної програми зміцнення здоров'я, розумного оподаткування, пропагування здорового способу життя, формування у населення мотивацій до покращання здоров'я з використанням засобів масової інформації, освіти, навчання гігієні та виховання на всіх етапах.

Н.Кризина [76, 77] у своїх наукових працях вказує, що кінець ХХ – початок ХХІ ст. ще надовго запам'ятається протистоянням двох парадигм, які лежать в основі розуміння людиною світу й себе в ньому, гуманітарної і технологічної. Опозиція гуманітарного і технологічного підходів проявлялася в усіх сферах людської діяльності. В науці, наприклад, це відображалось на одночасному співіснуванні двох зразків світу та людини, стилів діяльності й мислення, протилежних основ і засад, принципів та методів пізнання. Характерними проявами цієї світоглядної бінарності стали, зокрема, різне визначення здоров'я як сутнісної характеристики людини, двояке розуміння предмета й основних завдань

медицини, медико-валеологічної діяльності та мислення, невизначеність державної політики України взагалі та державної політики в галузі охорони здоров'я зокрема. Державна політика відіграє надзвичайно важливу роль у суспільному житті. Саме вона покликана своєчасно виявляти назрілі проблеми розвитку суспільства, аналізувати їх, встановлювати причини виникнення, складнощі, суперечності та знаходити шляхи розв'язання цих проблем.

Ми поділяємо думку О.Поживілової [113], яка стверджує, що державна політика України в галузі охорони здоров'я - це комплекс прийнятих загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань щодо збереження та зміцнення фізичного і психічного здоров'я та соціального благополуччя населення держави як найважливішої складової її національного багатства шляхом реалізації сукупності політичних, організаційних, економічних, правових, соціальних, культурних, наукових та медичних заходів з метою збереження генофонду української нації, її гуманітарного потенціалу та врахуванням вимог нинішнього і майбутніх поколінь, в інтересах як конкретної людини (особистості), так і суспільства в цілому.

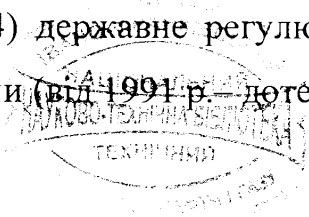
Стратегічні цілі національної політики України в галузі охорони здоров'я повинні передбачати: зниження захворюваності й передчасної смертності різних груп населення за віковими, статевими, професійними, релігійними та іншими ознаками; подовження середньої тривалості життя людини при збереженні достатньої його якості; подовження трудового довголіття і соціальної активності людини; зниження негативного впливу середовища (природного та антропогенного) на стан здоров'я населення; радикальне вдосконалення системи медичної профілактики захворювань та їх ускладнень, а також реабілітації осіб, які втратили здоров'я.

О.Ціборовський [182] в монографії “Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я” цілком справедливо, на нашу думку, стверджує, що державне регулювання – це складна система заходів, що передбачає застосування різноманітних інструментів та стратегій. Найважливішою категорією інструментів державного регулювання, за допомогою

яких держава вимагає від суб'єктів суспільних відносин виконання своїх рішень, є законодавство. Різноманітний характер охорони здоров'я, значний перелік напрямів медичної діяльності обумовлюють особливості підходу стосовно здійснення державного контролю та нагляду у цій сфері. Життя та здоров'я людей є найважливішими як індивідуальними, так і соціальними цінностями, і тому контроль-наглядовій діяльності у сфері охорони здоров'я повинна приділятися особлива увага. Автор робить висновок, що правовий статус органів державної влади як суб'єктів правовідносин обмежується цілями і завданнями, заради яких вони створюються. Компетенція органів державної влади має спеціальний характер і не є однаковою для всіх органів держави. Однак довіряти лише органам державної влади такі важливі питання, як охорона здоров'я населення, є вкрай недалекоглядно і небезпечно. У передових державах світу процес формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я населення, процес управління і регулювання відносин у цій сфері перебуває під пильним контролем громадськості. Якщо перефразувати відоме прислів'я, що "війна настільки серйозна річ, що її не можна довіряти генералам", то можна стверджувати, що "здоров'я націй, його охорона і захист також не менш серйозні речі, щоб їх довіряти лише медикам".

Н.Мезенцевою [98] у процесі дослідження генезису, становлення та розвитку державного регулювання медичної діяльності в Україні встановлено таку його періодизацію:

- 1) регламентація лікарської діяльності в Київській Русі та гетьманській українській державі (X ст.— перша половина XVII ст.);
- 2) правове забезпечення медичної діяльності в часи перебування України у складі Російської та Австро-Угорської імперій і Польщі (друга половина XVII ст.— 1917 р.);
- 3) юридична регламентація охорони здоров'я України в радянський період (1917–1991);
- 4) державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я України (від 1991 р.— дотепер).



d 564

При цьому, цитований вище автор окрему увагу приділяє участі українських лікарів у формуванні та розбудові державницького підходу в охороні здоров'я, які не обмежувалися у своїй праці суто фаховою, організаційно-оздоровчою діяльністю чи роботою в медичному науковому секторі державного будівництва. Вони брали активну участь і в політично-громадському відродженні України та держав, на території яких їм довелося застосовувати свої знання і проявляти свій талант. Історична спадщина українських лікарів минулого може бути корисною для побудови нової системи державного управління охороною здоров'я.

У контексті досліджуваної проблеми заслуговує на увагу і думка авторів статті “Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я”, які справедливо стверджують, що національна політика в галузі охорони здоров'я передбачає створення нової ідеології охорони здоров'я України, вироблення шляхів та засобів оптимальної організації на національному рівні охорони та поліпшення здоров'я, формування здорового способу життя, медичної та соціальної профілактики захворювань, реабілітації.

З.Надюк [101] досліджуючи державне управління національною системою охорони здоров'я вказує, що обсяг медичної допомоги, який гарантується державою кожному громадянину, повинен забезпечуватися бюджетними засобами і коштами обов'язкового медичного страхування. Для реалізації права на отримання безоплатної, вільно доступної медичної допомоги необхідне затвердження на державному рівні державних стандартів якості медичної допомоги, а також нормативне оформлення порядку ціноутворення та взаєморозрахунків державних і регіональних органів охорони здоров'я та фондів обов'язкового медичного страхування. Необхідна розробка механізмів державного регулювання діяльності фондів обов'язкового медичного страхування. Механізми державного управління національною системою з метою оптимального використання фінансових коштів, що є у фонді, а також залучення нових джерел фінансових засобів для забезпечення медичної допомоги окремим категоріям населення.

Сучасний дослідник адміністративно-правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я З.Гладун [23] наголошує, що державне управління і державне регулювання - два окремі види державно-владної діяльності. Державне управління передбачає прямий управлінський вплив на об'єкти управління з використанням адміністративно-владних повноважень та методів, що відзначаються директивними вказівками, обов'язковими для виконання. Державне регулювання ж передбачає лише встановлення певних обмежень, меж діяльності об'єктів, в яких вони можуть вільно функціонувати. Воно спрямоване не тільки на об'єкт управління як такий, а й на середовище його існування, тим самим відрізняючись від державного управління широтою владного впливу.

Автор зазначає, що у сфері охорони здоров'я населення державне регулювання передбачає встановлення загальних правил і порядку здійснення медичної діяльності, зокрема надання медичної допомоги, відповідальності за дотримання цих правил, включає вплив держави та її органів на діяльність органів і закладів охорони здоров'я. Воно повинно базуватися на легітимно визначеній стратегії суспільного розвитку, державних медичних програмах, медичних стандартах та механізмі обов'язкового їх виконання, державному контролі та адміністративно-правовому примусі. Так як державне регулювання суспільних відносин здійснюється, в основному, через прийняття відповідних актів законодавства, то, на думку даного автора, є підстави іменувати його державно-правовим регулюванням. При цьому автор зазначає, що в арсеналі впливу на суспільні відносини у держави, крім правових, активно використовуються й інші засоби регулювання - організаційні, фінансові, кадрові та ін. У сфері охорони здоров'я державно-правове регулювання спрямоване на створення сприятливих організаційних і фінансових умов діяльності закладів охорони здоров'я. Його висхідною позицією є визнання основних ланок системи медичних і фармацевтичних закладів, самостійними і рівноправними учасниками відносин на ринку медичної допомоги та медичних послуг. Таке регулювання не передбачає державного втручання в їх організаційну і професійну діяльність, крім випадків, прямо передбачених законом.

Не можна не погодитися з думкою відомих в Україні дослідників різних аспектів державного управління в галузі охорони здоров'я І.Солоненко [152] та Н.Солоненко, [153] які, зокрема, вважають, що для розробки та запровадження ефективної державної політики реформування галузі охорони здоров'я необхідно пройти три стадії: прийняття політичних і управлінських рішень, їх реалізація та оцінка результатів реформ. Ці ж автори, досліджуючи світовий досвід реформування галузі охорони здоров'я, акцентують увагу на таких заходах щодо успішної реалізації цього процесу:

- лібералізація попиту на медичні послуги шляхом розширення можливостей споживчого вибору і зміни ролі держави, споживачів, медичних закладів і лікарів, які взаємодіють і стають більш активними партнерами у сфері охорони здоров'я;

- диверсифікація пропозицій медичних послуг завдяки створенню сприятливого середовища для недержавної та приватної діяльності шляхом перерозподілу власності, виробництва й фінансування охорони здоров'я;

- удосконалення стимулів для медичних закладів і медичних працівників за економію і підвищення якості медичних послуг на новому конкурентному ринку.

Важливе значення для кращого розуміння завдань з формування та реалізації державної політики України в галузі охорони здоров'я має думка цих авторів з приводу того, що у зв'язку з особливостями галузі і, зокрема, асиметрії інформації, що є одним з основних факторів обмеженості ринкових механізмів в охороні здоров'я, споживач не може виконувати функцію інформованого покупця послуг охорони здоров'я на відміну від сторони, яка фінансує надання медичної допомоги.

О.Мінцер [93] у своїх працях значну увагу приділяє проблемі створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я та забезпечення державної політики в області статистики охорони здоров'я. Науковець зазначає, що головною метою інформатизації є забезпечення валідною, релевантною, пертинентною, своєчасною інформацією всіх закладів системи охорони здоров'я.



У свою чергу, вирішення проблеми постачання закладів охорони здоров'я необхідною інформацією, особливо для здійснення якісного контролю управлінських рішень, вирішується шляхом розповсюдження оперативної і надійної статистики показників здоров'я. Характеризуючи стан медичної статистики в Україні, автор зазначає, що вона розвинена, нажаль, абсолютно недостатньо: практично відсутня аналітична статистика здоров'я, не проводяться дослідження ризиків, відсутня система ризиків менеджменту, абсолютно не аналізуються питання релевантності та достовірності медичної інформації

Заслуговує на увагу думка сучасних дослідників О.Мусія [71] та В.Карпука [71], які вважають, що підвищення довіри суспільства до системи охорони здоров'я та державного регулювання медичної діяльності приведе введення лікарського самоврядування. Авторами пропонується делегувати лікарському самоврядуванню усі функції щодо забезпечення професійної діяльності медичних працівників і умов надання медичних послуг. За державним управлінням пропонується залишити лише загальний контроль цих процесів.

Здійснений аналіз низки дисертаційних досліджень, присвячених вивченню проблемі державного регулювання медичною діяльністю та виявлення питань, які у той чи інший спосіб впливають на дослідження вказаної проблеми та можуть позитивно вплинути на процес реформування системи державного управління охороною здоров'я України, свідчать, що в усі періоди вітчизняної історії були дієві спроби зробити суспільство відповідальним за стан охорони здоров'я. Аналіз окремих дисертаційних досліджень з питань державного регулювання медичної діяльності українських дослідників дає підстави для висновку, що стан її наукового осмислення не можна вважати достатнім і вона потребує дослідження.

Дисертаційні дослідження, що захищені впродовж 1998–2011 років та присвячені вивченню проблеми державного регулювання медичної діяльності, дають право стверджувати про позитивний вплив на процес реформування системи державного управління охороною здоров'я України. Як стверджують Я.Радиш [129] та О.Поживілова [129], впродовж 1998-2010 років у спеціалізованих вчених радах України, яким надано право приймати до розгляду

й проводити прилюдні захисти дисертацій на здобуття наукового ступеня доктора (кандидата) наук з державного управління, захищено 17 докторських дисертацій та 51 кандидатська, об'єктом дослідження яких була система державного управління охороною здоров'я України. Найбільший інтерес для дослідників цього наукового напрямку становлять державна політика в галузі охорони здоров'я, медична допомога, у тому числі й первинна медико-санітарна допомога та медичні послуги, медицина катастроф і відомча медицина. Водночас автори зазначають, що найменше дисертацій захищено з питань медичної освіти, а також державного регулювання санаторно-курортного забезпечення.

Ретельний аналіз стану наукової розробленості історії української охорони здоров'я і медицини в сучасних дисертаційних дослідженнях був проведений істориками Харківського національного медичного університету. У своїх працях автори І.Робак [138] та Г.Л.Демочко [138] зазначають, що за минулі роки ХХІ століття відбувся певний прорив у дослідженні історії охорони здоров'я в Україні в дисертаційних роботах і доробок сучасних істориків з цієї проблематики став значно вагомим. Відбулося і певне якісне зрушення: в дисертаціях істориків на перший план виходить соціально-історичний аспект, якому медики (а до історії охорони здоров'я зверталися раніше переважно медики з точки зору історії медицини) не приділяли належної уваги. Цей напрям їхнього літературного доробку розробляв історію охорони здоров'я як суцільно пов'язану з потребами медичної практики. Медики не дуже відрізняють поняття “медицина” і “охорона здоров'я”. Їхні дисертації часто фрагментарно досліджують як історію медицини, так і історію охорони здоров'я. При цьому соціальні чинники ігноруються. Тому цілісної картини розвитку охорони здоров'я міста або регіону такі праці не дають. Проблеми історії охорони здоров'я розглядалися цими авторами під вузькопрофесійним кутом зору, без урахування загальноісторичного фону, без пов'язаності проблем охорони здоров'я в той чи інший історичний період з іншими проблемами суспільного розвитку, тобто їх студії залишалися поза суспільно-історичним контекстом, що, втім, зовсім не зменшує їх наукового значення і цінності для медицини. Проте, оскільки автори-медики здебільшого

висвітлювали питання з погляду історії медицини, а не соціальної історії охорони здоров'я, матеріал їх досліджень, доволі насичений медичними подробицями, істориками може братися лише до уваги, не претендуючи на всебічне охоплення проблеми. Таку односторонність у вивченні матеріалу тільки почали долати сучасні автори, поєднуючи історико-медичні розвідки із соціальною історією охорони здоров'я. Переорієнтації дисертантів сприяло скасування спеціальності 14.02.04 – “Історія медицини” та віднесення її до спеціальності 07.00.07 – “Історія науки й техніки”. Перша відносилась до медичних дисциплін, а остання відноситься до дисциплін історичних і передбачає здобуття наукового ступеню в галузі не медичних, а історичних наук. Отже, тепер здобувачі з історії медицини, якими виступають переважно медики, мають, перш за все, здобути історичний фах, а вже потім захищати дисертацію. А стаючи істориками, вони вже по-іншому дивляться на історико-медичні проблеми, пов'язуючи їх із загальним поступом суспільства. Та й історичні джерела вони починають опрацьовувати ретельніше.

Іншими позитивними ознаками творчого доробку вітчизняних науковців стають неупередженість та виваженість в оцінках, ретельний аналіз джерел як стосовно окремих регіонів, так і стосовно окремих проблем, а також посилення уваги до особливостей розвитку охорони здоров'я на всіх етапах історичного поступу.

Ми поділяємо думку сучасного історика Г.Демочко [32], яка стверджує, що без вивчення історії організації охорони здоров'я та специфіки місцевих умов розвитку цієї діяльності неможливе вироблення сучасної теорії охорони здоров'я і створення її нової української моделі. Актуальність вивчення історичного аспекту охорони здоров'я полягає в тому, що через довільне, не завжди професійне тлумачення понять медична допомога та охорона здоров'я історики часто доволі зверхньо ставилися до охорони здоров'я, несправедливо ототожнюючи її з історією медицини чи медичної допомоги. Яскраво це демонструє той факт, що навіть у системі краєзнавства охороноздоровчий аспект не знайшов свого відображення, хоча краєзнавство має такі відгалуження, як географічне, освітнє, економічне тощо. А от медичного (куди органічно увійде разом з історією

медицини й історія охорони здоров'я) воно не має. Тому сьогодні стало актуальним заповненням тих прогалин, які має історія охорони здоров'я в Україні. Предметом вивчення стануть всі заходи, які застосовувалися в охороні здоров'я населення. Такий підхід становить значний інтерес саме для істориків.

Ми погоджуємося із думкою відомого дослідника в галузі історії медицини Б.Криштопи [79], який стверджує, що правове регулювання медичної діяльності на теренах України впродовж ХІХ на початку ХХ ст. відбувалося в складних соціально-політичних умовах, а часта зміна різних соціально-економічних формацій, перехід під володіння то однієї держави то другої, багатовіковий гніт населення з боку кожної з них, суттєво вплинули на характер суспільних відносин, зокрема й у сфері охорони здоров'я. Попри велику кількість праць з різних аспектів законодавчої регламентації медичної практики, комплексного дослідження історичних, соціальних, економічних аспектів державного регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття впродовж першої половини ХХ століття досі не існує.

Актуалізована тема стала предметом дослідження радянського ученого А.Гарагашьяна [18], який на Прикарпатті організував ряд експедиційних досліджень з вивчення ендемічного зобу та інших ендокринних захворювань, які завершилися розробкою комплексної системи їх профілактики і лікування, зокрема, із застосуванням радіоактивних ізотопів, створенням мережі протизобних диспансерів, публікацією низки наукових праць. Вказаний науковець приділяв увагу і вивченню питання запровадження в дорадянській період на Прикарпатті медичного страхування у формі лікарняних кас, які на його думку не вносили істотних змін в існуючу організацію охорони здоров'я.

Вивченню стану надання медичної допомоги населенню Прикарпаття в період правління Польщі (1919-1939 роки) в амбулаторних та стаціонарних умовах присвятив свої праці ще один радянський дослідник П.Паращак [106], який відзначав, що середній рівень забезпеченості лікарняними ліжками населення Польщі був майже вдвічі вищий, аніж у Станіславському воєводстві.

Особливості соціально-економічного та санітарано-епідеміологічного стану західно-українських земель в умовах першої польської (XIV ст. - 1772), австро-угорської (1772 - 1918) та другої польської (1919 - 1939) окупацій, головними з яких було широке розповсюдження інфекційних хвороб, зокрема, епідемії висипного тифу, - достатньо повно висвітлені в дисертаційному дослідженні О.Середі [147].

Знаний професійний історик медицини, укладач першого в Україні навчального посібника “Історія медицини” С.Верхратський [11] відзначав надзвичайно важкі умови життя населення Прикарпаття в період правління Австро-Угорської імперії та Польщі, які були причиною масових захворювань і смертності. Науковець зазначав: “Надзвичайно важкі умови життя були причиною масових захворювань і смертності. Не дивлячись на таку ситуацію, уряд не проявляв ніякого піклування про охорону здоров’я на Прикарпатті. Лікарів було мало, а державні лікарняні заклади, якими користувались мешканці Прикарпаття, знаходились у Станіславі, Снятині та Коломиї. Особливо тяжка ситуація була з наданням медичної допомоги на селі. Тут зовсім не було медичних установ і майже не було лікарів. Санітарний стан жител, водопостачання в селах були незадовільні. Крайова рада здоров’я Галичини у звіті 1889 року зазначала: “Більшість сіл така бідна, що побудова громадського колодязя перевищує фінансові можливості гміни”.

Дослідник соціально-економічних та господарських процеїв на Гуцульщині у другій половині XIX - першій третині XX ст. В.Клапчук [72] у своїх наукових працях зазначав, що на хід та особливості соціально-економічного розвитку регіону значний вплив мали стан охорони здоров’я, захворюваність населення тощо. Влада недостатньо дбала про медичне забезпечення, край був епіцентром поширення епідемій, що, поряд з важкими умовами життя, ставали причинами найвищої у Австро-Угорщині смертності. Автор наголошує, що всередині 1930-х років у краї діяла організована мережа рекреаційних закладів, найбільше закладів функціонувало у курортних місцевостях в околицях Яремчі. Послуги з

харчування надавали пансіонати та більше десятка ресторанів, якими опікувався санітарний лікар.

Медичне забезпечення жителів Калуського та Войнилівського районів досліджував відомий вчений Прикарпаття, професор, заслужений діяч науки і техніки, громадсько-політичний діяч С.Геник [20]. Автор зазначає, що із приєднанням території Західної України до складу Української Радянської Соціалістичної Республіки за період 1939-1941 років на території Прикарпаття кількість лікарів, які працювали в державних медичних закладах, збільшилася, медична допомога стала безкоштовною, значно розирювалася мережа лікувальних закладів.

Аналізу розвитку стану охорони здоров'я населення Станиславівського воєводства під час його перебування під владою Другої Речі Посполитої присвятив свої наукові праці Прикарпатський історик Л.Давибіда [30]. Метою його наукових пошуків є проведення всебічного аналізу проблем сфери охорони здоров'я і складання характеристики санітарно-гігієнічного становища конкретно Станиславівського воєводства протягом періоду його фактичного існування. В своїх працях автор розглянув особливості системи медичного обслуговування краю, з'ясував соціально-історичні обставини поширення інфекційних хвороб серед місцевих мешканців. Автор шляхом аналізу статистичних даних та архівних матеріалів охарактеризував санітарний стан воєводства, доступ його мешканців до кваліфікованої медичної допомоги, а та-кож виявити причини виникнення частих епідемій інфекційних захворювань та високої смертності населення в 1921–1939 роках.

Ще один Прикарпатський історик Р.Чорненький [187] свої наукові праці присвятив аналізу розвитку медичного забезпечення у Станиславівському воєводстві в 1921–1939 роках. Автором встановлено чисельність лікувальних закладів та кількість лікарів, висвітлено найпоширеніші захворювання серед населення, вартість медичного лікування та вплив цих чинників на повсякденне життя мешканців краю. Науковець привертає увагу до певних особливостей державного регулювання медичної діяльності у міжвоєнній Польщі, зазначаючи,

що медицина на Прикарпатті була платною, існувала система страхової медицини, представлена касами хворих, а діюча мережа лікарень та кількість медичного персоналу не відповідала потребам Станиславівського воєводства. Великого поширення серед населення набули інфекційні захворювання.

Узагальнення архівних матеріалів та літературних джерел щодо історії становлення та розвитку соціальної медицини на Прикарпатті здійснив З. Библюк [8] в цікавому історичному виданні “Косівській центральній районній лікарні 100 років”. Автор зазначає, що Гуцульщина була вогнищем епідемії інфекційних захворювань, госпіталізація інфекційних хворих не проводилася через високу платню, яка в багатьох мешканців Прикарпаття викликала страх перед лікарем, тому населення часто приховувало наявність цих захворювань.

О.Сапіга [143], яка досліджувала процес формування медичної та санітарної служби збройних сил Західно-Української Народної Республіки та її кадрове забезпечення, у своїх працях здійснила порівняльний аналіз чисельності лікарського та санітарного персоналу Української Галицької Армії впродовж 1918–1920 років. Автором висвітлюються історичні обставини та характер організації військових госпіталів й відзначається самовідданна роль українського жіноцтва та чернецтва, які добровільно служили чи доглядали хворих у медичних формаціях Української Галицької Армії.

На думку укладачів монографії “Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.” одночасно з розширенням масштабів, удосконаленням організації і створенням органів управління партизанським рухом, відбувалося становлення і розвиток організаційних форм їх медичного забезпечення. Власне, під час Великої Вітчизняної війни вперше в історії вітчизняної військової медицини організаційно оформилась і була успішно реалізована своєрідна, досить динамічна система медичного забезпечення партизанських формувань [67].

Водночас Л. Парашук [108], який досліджував структуру захворювань внутрішніх органів, особливості перебігу недуг терапевтичного профілю та методики їх лікування в особливих умовах партизанської війни, стверджує, що в

Карпатах та на Прикарпатті впродовж 1944 – 1947 –х років були розгорнуті госпіталі Українського Червоного Хреста, в яких лікувалися поранені та хворі з партизанського з'єднання С.А. Ковпака. А незадовільний в санітарно-гігієнічному відношенні стан території бойових дій зумовлював зростання заразних захворювань як серед партизанів, так і серед воїнів-повстанців.

Дослідник народного лікування однієї з етнографічних груп українського населення Карпат кінця ХІХ - початку ХХ ст. – бойків, З. Болтарович [10], вказувала, що народна медицина українського населення Прикарпаття має свою історію і свою специфіку. Хоч природно-кліматичні умови Карпат були сприятливими для здоров'я людини, їх оздоровчі можливості руйнувалися поганими соціально-економічними умовами. Надзвичайно тяжкі умови життя були причиною масових захворювань і смертності. В цих умовах населення Прикарпаття змушене було саме давати собі раду, лікуватися народними засобами та шукати допомоги у знахарів.

Н.Бенюх [7], яка досліджувала діяльність аптечної мережі на території Галичини, стверджує, що в зазначений період створювалися та діяли декілька типів аптек: королівські, публічні, військові, сільські, домашні та дрогерії. Аптеки діяли не тільки у Львові, але і на периферії. Права і обов'язки лікарів-власників таких аптек регламентувалися розпорядженням Міністерства внутрішніх справ. На Прикарпатті діяли аптеки Симона Едельмана у Богородчанах, Зигмунда Гегеля в Коломиї, “Під Ангелом” магістра Каземира Артматиса у Станіславі.

Вивченню історії медичної освіти та історичної ролі відомих лікарів свої окремі праці присвятив П. Арсенич [2], який зазначає, що українські лікарі на арені громадського життя з'являються досить пізно, бо на перешкоді було обмеження для українців вступу на єдиний у Галичині медичний факультет при Львівському університеті<sup>1</sup>. Переважна більшість тих, що обрали собі фах лікаря, змушені були

---

<sup>1</sup> Львівський університет – один з найстаріших центрів слов'янської культури в Європі та найстаріший в Україні; заснований 1661 року Яном ІІ Казимиром під назвою Львівська академія з єзуїтської колегії; діяв до 1773 року у складі теологічного, філософського та юридичного факультетів; відновив діяльність у 1784 році як світський університет з латинською мовою викладання. Після втрати Польщею державної незалежності (1772) та підпорядкування її Австро-Угорщині, Львівський університет реорганізується в лицей, а в 1773 році у Львові відкривається медико-хірургічна школа (“Колегіум медикум”), засновником, першим і фактично єдиним викладачем якого став доктор медицини поляк Анджей Крупинський. Діяльність медичної школи у Львові



навчатися далеко за межами Галичини, працювати по чужих світах, роками відробляючи війському стипендію.

У своїй монографії І. Чорновол [188] у формі біографічного нарису подав важливі дані про діяльність українських сеймових послів, що також сприяло відтворенню громадсько-політичного портрету секретаря “Народного здоровля” Західно-Української Народної Республіки, відомого лікаря з Калуша, діяча Української національно-демократичної партії, доктора Івана Куровця. Діяльність багатьох українських медичних і фармацевтичних працівників на досліджуваній території була державницькою, потрібною і корисною для свого народу.

Важливим сегментом джерельної бази дисертації є фондові матеріали Державного архіву Івано-Франківської області – фонди 2, Р 24, Р 139, 388а, 628сч. [37-55]. Зокрема, у фонді 2 “Станіславівське воєводське управління” Державного архіву Івано-Франківської області зберігаються циркуляри, директиви, інструкції міністерств внутрішніх справ, праці й соціальної опіки, охорони здоров’я, відділу охорони здоров’я Станіславського воєводського управління та листування з питань охорони здоров’я, реорганізації органів охорони здоров’я в Західній Україні, створення санітарних комісій, боротьби з інфекційними захворюваннями, санітарного стану населених пунктів, шкіл, нагляду за роботою аптек, притулків, організації лікувальних закладів для боротьби з туберкульозом і венеричними захворюваннями та ін.

У матеріалах загального відділу виявлено документи про стан охорони здоров’я в Станіславському воєводстві загалом та на території окремих повітів зокрема: звіти, статистичні дані про захворюваність, народжуваність і смертність населення, санітарний стан повітів, населених пунктів, установ, шкіл, проведення профілактичних щеплень, кількість хворих (у т. ч. інфекційними хворобами, раком), непрацездатних інвалідів, відпочиваючих у санаторіях, лікарень, аптек; окремі матеріали про тяжке матеріальне становище населення Коломийського, Косівського повітів, стан охорони здоров’я в Городенківському, Снятинському (в

---

співпала з останнім періодом існування Замоїської академії з медичним факультетом. Але якщо в академії вплив Польщі був домінуючим, то в “Колегіум медикум” – опосередкованим, головним чином через поляка А. Крупинського та поодиноких викладачів-поляків [59. 62].

т. ч. діаграми про захворюваність населення) й Стрийському повітах та ін.; листування з Міністерством праці й соціальної опіки, повітовими староствами та іншими закладами з питань боротьби з інфекційними захворюваннями; організації санітарно-лікувальних округів у повітах Станіславського воєводства; асигнування коштів на організацію і утримання амбулаторій по боротьбі з туберкульозом, будівництво водоколонок, лазень та ін.

Документи про діяльність окремих медичних установ та організацій на території Станіславського воєводства містять: протоколи засідань, акти обстеження роботи, статистичні дані та листування з питань діяльності Станіславського воєводського й повітових комітетів охорони здоров'я; протоколи нарад окружних і повітових лікарів, комісій з охорони рік від забруднень (у т. ч. хімічні аналізи джерел мінеральної води); акти обстежень роботи санітарних секторів Жидачівського, Стрийського повітових староств і Станіславського магістрату; звіти міського відділу охорони здоров'я в Сколе, міських поліклінік і амбулаторій, диспансерів про роботу, рух хворих; статuti, бюджети, звіти про роботу, інформації про вибори правління повітових лікувальних кас; документи про роботу лікувальних закладів; товариств по боротьбі з туберкульозом, Червоного Хреста; курортів і санаторіїв у Черче, Жаб'є, Микуличині (у т. ч. плани-проекти). Документи про роботу лікарів, фармацевтів, акушерок, судмедекспертів, стоматологів; особові документи, анкетні дані, службові характеристики, реєстраційні картки, атестаційні листи, заяви про видачу дозволів на ведення приватної лікувальної практики та списки лікарів і фармацевтів (описи 2, 4, 5, 7, 14).

У Державному архіві Івано-Франківської області зберігаються документи про обстеження стану Станіславської фельдшерсько-акушерської школи та Станіславської фармацевтичної школи та школи медичних сестер (фонд Р-24, опис 2), про відкриття Станіславської фармацевтичної школи (фонд Р-139, опис 2), про організацію в м. Станіславі державного медичного інституту і про підсумки першого року роботи інституту (фонд Р-628-сч, опис 2).

Досліджувалися також фонди таких бібліотек: Івано-Франківської обласної медичної бібліотеки, Івано-Франківської обласної універсальної наукової бібліотеки імені І. Франка, наукової бібліотеки Львівського національного університету імені І.Франка, наукової бібліотеки Івано-Франківського національного медичного університету, бібліотеки Музею Галицької медицини ім. М.Панчишина у Львові, а також електронні ресурси Національної бібліотеки України імені В.І.Вернадського, які значно розширюють коло першоджерел дисертаційного дослідження.

Під час роботи над дисертацією недостатня кількість рукописних документів компенсувалася якомога ширшим використанням та аналізом опублікованих джерел, що має значення для формулювання думки державного регулювання медичної діяльності.

Важливою складовою джерельної бази дослідження стали закони, накази, розпорядження, інструкції, звіти, статuti, положення, протоколи, офіційна переписка.

Особливу групу становить періодика, яка віддзеркалює особисту позицію авторів, а також вузлові проблеми, довкола яких велися дискусії. У процесі дослідження було використано тогочасні медичні періодичні видання: “ Народне здоровля” [180], “Zdrowie Publiczne” [201], “Лікарський Вісник” [57] та суспільно-політичні часописи - “Діло”[21], “Червона Русь” [185], “Dzennik praw” [194] і “Dzennik ustaw” [205], “Kurjer Stanisławowski” [206], матеріали яких відображають тогочасні реалії медицини у всіх суперечливих й різноманітних проявах.

Привертає увагу матеріал з газета “Діло” від 01 березня 1897 року, яка писала: “Віденська палата лікарів ухвалила, що кождий лікар має право оцінювання своєї праці, при чому все таки повинен держатися нової мінімальної тарифы. Мінімальна тарифа для міста Відня визначає такі гонорарія (в золотих ринських): за одну візиту в день 3 зр., вечером 4 зр, в ночи (фіакра платить пацієнт) 6 зр.; за участь лікаря з конзіліюм 10 зр.; за уділення поради в ординаційних годинах 2 зр.; за кожду страчену годину часу по 6 зр.; за візиту з часі означенім пацієнтом 5 зр.; за кождого другого хорого в тім самим домі 1 зр.

Надзвичайні случаи, операції, а т. п. не подлягають тарифі. Повіз та другі видатки мають бути обчислені окремо. Для бідних лікар може сам відступити від тарифи. Гонорар має бути зложений зараз” [21].

Газета “Червона Русь” у 1889 р. писала, що “...Галичина – це найбідніший і самий злиденний край із всіх цивілізованих і напівцивілізованих країн земної кулі...Бідність у Галичині доходить до меж крайності... Бизько 35 тис. дітей в Галичині помирає щорічно протягом першого року життя. В окремих повітах смертність серед новонароджених дітей становить 50%” [185].

Шпальти газети “Народне здоровля” містять статтю лікаря М. Хомина “Народна медицина”, у якій він писав, що серед сільського населення Галичини процвітає знахарство з “вірованням”, “заговорами”, “заклинаннями”, “суєвірями”. А лікар Ю. Мановський, який працював на гуцульщині, відмічав, що “поки гуцул надумає звернутися до лікаря, через його хату пройде ціла плеяда шептунів і знахарів” [180].

Не менш важливою для дослідження є публікація в газеті “Галицький кореспондент” відомого сучасного письменника та публіциста Т.Прохаська, який описує активізацію епідемії сифілісу в досліджуваний період в Карпатах, яка тут тривала фактично понад сторіччя і загрожувала навіть існуванню гуцулів: “...гола статистика була дуже драматичною. Із 6881 мешканця гуцульської столиці Жаб’я (тепер Верховина) було досліджено 35,4 відсотки осіб, позитивний аналіз – 15,5. Подібна ситуація була і в Криворівні (1653 мешканці, 54,5% досліджених, 14,9 позитивний), Яворові (2554, 71,2%, 20,3), Брустурах, Шешорах, Дземброні та інших селах. Лише дуже мала частина хворих зверталася до лікарів і проходила хоч коротке лікування. Українські лікарі, які активно взяли за боротьбу із страшною хворобою, залишили свідчення, які сприймаються тепер як література магічного реалізму. Гуцули не могли повірити, що “чорна короста” (сифіліс) передається так, як про це кажуть дохторі (лікарі). Вони пояснювали “якіс бубки” відпаренням під час довгої дороги верхи на коні або пішки. Іншими популярними поясненнями було те, що “посиділося на недоброму місці” або навіть “подвиганєм” (підняття чогось важкого). Якась хвора вдова переконувала лікаря,

що вона захворіла від “туги і плачу за чоловіком”. Хоча у гуцульській медицині використовувалися такі способи лікування, як випалювання мідним купоросом і купелі у виварі смерекової хвої, головним засобом були примовляння. Поза тим, горяни боялися і зневажали лікарів, а громадська думка ніяк не осуджувала тих хворих, котрі не хотіли лікуватися. Лише радянська репресивна медицина зуміла погасити карпатську ендемію. Загальний медичний огляд, примусове лікування, венерологічні диспансери, кримінальна відповідальність за зараження і слідчі методи з’ясування партнерів – все це дало свої результати. До цього, щоправда, ще треба додати загальну зміну способу життя, поширення освіти і медичних закладів, полегшення доїзду до міст і сіл, поширення антибіотиків”[119].

Важлива інформація отримана при вивченні мемуарної літератури. Незважаючи на її нерівноцінність за змістом, обмеженість за кількістю, цей вид історичної джерельної бази містить цінний фактичний та статистичний матеріал, глибокі роздуми авторів щодо невдач та їх причин у медичній діяльності, міркування та поради послідовникам. Всі вони заслуговують на увагу науковців, оскільки автори відтворюють як вірогідний етнографічний матеріал, так і специфіку реалій тих часів.

Привертають увагу спогади доктора медицини, головного лікаря Австро-Угорського флоту, керівника медичної служби Західно-Української Народної Республіки на військово-морському флоті Австро-Угорщини, контр-адмірала Ярослава Окуневського, який зазначав: “Дивлюся – запотребовання на цілі шпиталі, на ліки, на інструменти, на санітарний матеріал, на вербовання лікарів і т. д., підписані полковником доктором Андрієм Бурачинським. Дальше письмо від міністра здоровля доктора Куровця, де описуються страшні санітарні відносини між населенням і знов запотребовання. Реферую. “Все те конечно, дістати все те можна, навіть досить дешево із повоєнних складів Австрії, але на це треба мільйонів. Як можете мені їх дати, то буде можна вислати за кілька тижнів”. Перший раз я побачив Василька, що звичайно був дуже повздержливий, як він вибухнув гнівом. “Та що вони гадають ті панове в Станіславові, що Відень все їм ще мама! Чи гадають, що я тут друкую австрійські корони?” Видкося, що таких

запотребовань, як оце моє, прийшло до посольства багато з інших департаментів у Станіславові. На другий день закликав мене знову Василько, дав мені чек до банку на один мільон. “Більше не маю, – казав – закупіть, що знаєте і зможете, і висилайте”. Звідки Василько добув ті гроші, а то була в той час висока сума, не знаю. Знаю, що зі Станіславова до посольства ніякі гроші не приходили. За ті гроші закупив я в Австрійським Червонім Хресті два цілком улаштовані епідемічні шпиталі і вислав їх в Україну [104].

У своїх спогадах про ті часи один із колишніх професорів Станіславського медичного інституту В.Сенютович [65] описував складність здобуття медичної освіти в тогочасних умовах та вказував, що його не прийняли на медичний факультет Львівського університету, бо був українцем, через що батько змушений був продати землю, щоб син міг “вчитися медицині” за кордоном. Але навіть і після закінчення медичного вузу неможливо було знайти роботу, і він змушений був працювати фельдшером.

Особлива цінність цієї підгрупи джерел зумовлена тим, що їх автори були очевидцями описуваних подій.

Для акумуляції матеріалу автором було використано інформаційні ресурси інтернету. Так, на інтернет-сторінці Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського розміщені електронні тексти авторефератів дисертацій, аналітичні та інші матеріали щодо висвітлення питання державного регулювання медичної діяльності.

Таким чином, системний аналіз літературних джерел дав змогу виявити найголовніші складові досліджуваної проблеми, визначити напрями, що дотепер ще достатньо не розкриті і потребують поглибленого наукового дослідження та підкреслюють актуальність теми дисертації. Це, насамперед, державне регулювання підготовки медичних кадрів, запровадження обов’язкового соціального медичного страхування, оптимізація мережі медичних закладів та створення сприятливого середовища для врахування громадської думки під час формування та реалізації державної політики у сфері охорони здоров’я.

Незважаючи на значні напрацювання української медичної історіографії, ще й досі проблема вивчення вітчизняного досвіду побудови системи державного управління медичною діяльністю залишається малодослідженою.

1.2. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття в дослідженнях зарубіжних авторів

Серед зарубіжних науковців проблематику законодавства в охороні здоров'я як важливої складової державного регулювання соціальної сфери, досліджували, російські науковці А.Мохов [146], А. Ямщиков [110], Ю.Сергєєв [146], В.Соловєв [151], О. Підде [110], О.Піщита [111] та інші.

Російські дослідники зазначають, що поступовий розвиток реформ в Росії може відбуватися шляхом вдосконалення законодавства з управління охороною здоров'я на всіх рівнях, розширення економічної самостійності закладів охорони здоров'я, використання комерційного підходу до управління, оцінки альтернативних варіантів використання ресурсів і ефективності вкладених в охорону здоров'я коштів, подальше удосконалення механізмів державного управління системою медичного страхування та виокремлюють наступні характерні риси державного регулювання сфери охорони здоров'я:

- багатогранність суб'єктів медико-правових відносин і, пов'язане з цим затруднення класифікації останніх, що має не стільки теоретико-правове, скільки практичне значення для організації, управління та планування забезпечення населення медичною допомогою;

- зміст медико-правових відносин більшою мірою зводиться до яскраво вираженої переваги прав у пацієнтів і обов'язків у медичних працівників;

- гарантіями упорядкування медико-правових відносин в суспільстві виступає держава за рахунок створення в необхідному обсязі системи регламентів;

- удосконалення правового регулювання сприяє, рівною мірою, підвищенню захищеності всіх суб'єктів медико-правових відносин;

- у залежності від методу правового регулювання та прояву інтересу, правовідносини у сфері медичної діяльності можуть носити як публічно-правовий, так і приватно-правовий характер.

- На переконання О.Піщити [111] прикладами державного регулювання адміністративно-правовими нормами суспільних відносин у сфері охорони здоров'я є такі:

- здійснення медичної допомоги у відповідності з програмами обов'язкового медичного страхування;

- проведення санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;

- здійснення заходів щодо профілактики виникнення і поширення особливо небезпечних інфекцій, проведенню карантинних заходів;

- організаційно-управлінська взаємодія між співвідлеглими органами системи забезпечення населення медичною допомогою тощо.

- Узагальнення думок різних російських авторів дає підстави стверджувати, що основними елементами державного та правового регулювання сфери охорони здоров'я є:

- норми права;

- медико-правові відносини;

- юридичні факти;

- акти реалізації прав та обов'язків суб'єктів медико-правових відносин;

- акти застосування норм права.

Серед польських дослідників вивченням польсько-українських зв'язків та їх впливу на розвиток вищої медичної освіти і науки в Польщі та на Україні займався Пшемтислав Уліяш [176], який зазначав у своїх працях, що особливого впливу європейських, в тому числі і польських, взірців вищої медичної освіти зазнав відновлений в 1894 році медичний факультет Львівського університету, становлення і розвиток якого хоча і відбувалися в айстро-угорський період, однак



переважною участю вчених-поляків – вихованців університетів Європи і Російської імперії, що сприяло перенесенню їх взірців на західноукраїнські землі, єдиний медичний університет яких мав стати місцем підготовки майбутніх вчених, що згодом очолювали кафедри факультетів Європи і Польщі зокрема.

Автор вказує, що найбільш відчутного впливу польська система підготовки лікарів надала медичному факультету Львівського університету, який пройшов складний шлях становлення та розвитку в умовах як польського, так і австро-угорського періодів. За 120 років австро-угорського панування навчальний заклад двічі ліквідовувався і відновлювався. “Колегіум медикум” тричі зазнавав трансформації і врешті-решт був ліквідований, як і Замойська академія після 170-річного існування. В результаті таких рішень влади західноукраїнські землі на 20 років залишилися без жодного навчального закладу з підготовки медичних кадрів.

Вартісним історичним джерелом для вивчення державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період німецької окупації краю

(1941-1944 роки) є свідчення поляка Юліуша Фоєрмана [178] – очевидця цих подій в місті Станіславі. Автор “Щоденника зі Станіслава” описує не тільки діяльність громадських управлінь та охоронних структур в нацистському Станіславі, але і розповідає про соціальні умови, в яких проживало місцеве населення - знищення лікарів, фактичне позбавлення доступу до медичної допомоги, відсутність харчів.

Польський дослідник Т.Ольшанський [195] займається вивченням життя та діяльності найвідомішого лікаря Станіслава Ярослава Гутта, якому належав так званий “Санаторій доктора Гутта” (сьогодні це фтизіопульмонологічний центр міста Івано-Франківська), що славився своїм родильним відділенням і був наймоднішим пологовим будинком міста. Автор зазначає, що у пологовому відділі приватної клініки Я.Гутта пацієнти самостійно вибирали лікуючого лікаря, за звичайні пологи потрібно було заплатити 150 злотих за 10 днів перебування, в разі складнення – 200 злотих (для порівняння - пологи в лікарні коштували 40–50 злотих).

З багатої австрійської історіографії важливими є праці, які певною мірою торкаються теми дослідження, Р.Кайндля [69]. Науковець у своїй праці “Гуцули: їхнє життя, звичаї та народні перекази” зазначає, що рівень охорони здоров’я на Гуцульщині був найгіршим у Австро- Угорщині, а, відтак, і в Польщі, Румунії та Чехословаччині, а рівень смертності, – найбільшим. Проте, Гуцульщина вирізнялась невичерпними рекреаційними ресурсами, на базі яких функціонувало багато кліматичних курортів з передовою технологією лікування.

Не менш цікавим для теми дослідження є твердження російського науковця В.Соловйова [151] щодо особливостей державного регулювання медичної діяльності. Автор зазначає, що за всіх часів медична діяльність перебувала у площині між правом і мораллю. В ХХ столітті принципова відмінність правового регулювання людських стосунків від морального полягає у тому, що правове – реалізується через закони, урядові постанови, судові рішення, в той час, як моральне регулювання здійснюється на рівні індивідуальної свідомості і громадської думки. Таке визначення моральних вимог передбачає добровільне їх дотримання, і навпаки, правові вимоги припускають прямий чи непрямий примус. В рамках цього права та свободи особистості визнаються цінностями, охорона яких стає пріоритетним завданням сучасних правових держав.

Системний аналіз зарубіжних літературних джерел свідчить, що попри велику кількість праць з різних аспектів законодавчої регламентації медичної практики, комплексного дослідження історичних та правових аспектів державного регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття впродовж першої половини ХХ століття досі не існує, хоча не підлягає сумніву нагальна потреба історико-теоретичного аналізу державного регулювання медичної діяльності в цьому регіоні України на різних етапах його історичного розвитку у площині науки державного управління.

1.3. Методологія дослідження, категорійно-понятійний апарат та напрями подальших наукових пошуків

Наукове та теоретичне обґрунтування базових принципів реалізації державного регулювання медичної діяльності, врахування історичного та законодавчого досвіду в процесі побудови як моделі державного управління так і його важливої складової - державного управління системою охорони здоров'я є багатогранною та складною по суті проблемою, яка пов'язана з розробкою спеціальної програми наукового дослідження, що сприяло послідовному вирішенню поставлених завдань в дисертації.

Науково-теоретичне обґрунтування історичних та правових аспектів державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття потребувало розробки спеціальної програми дослідження, складеної з використанням системного підходу, що сприяло послідовному розкриттю цілої низки завдань, визначенню предмета й об'єкта дослідження, а також його етапності, що відображена на рис. 1.1.

Все це забезпечувало можливість отримання достатньо повної та достовірної інформації щодо кожного з поставлених завдань.

Виходячи з мети дослідження та спираючись на аналіз нормативно-правових документів, архівних даних, інформаційно-аналітичних бюлетенів та оглядів, монографій, довідкової літератури, наукових праць вітчизняних та зарубіжних учених і практиків, офіційних публікацій дослідницьких, статистичних інститутів та організацій, матеріалів міжнародних і вітчизняних неурядових організацій, які стосуються питань, що розглядаються у дисертації, були визначені основні напрями дослідження, в межах яких поставлені та вирішуються наукові завдання.

Виходячи з мети, предметом дослідження стало державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття. В якості об'єкта дисертаційного дослідження визначено медичну діяльність на Прикарпатті у першій половині ХХ століття.

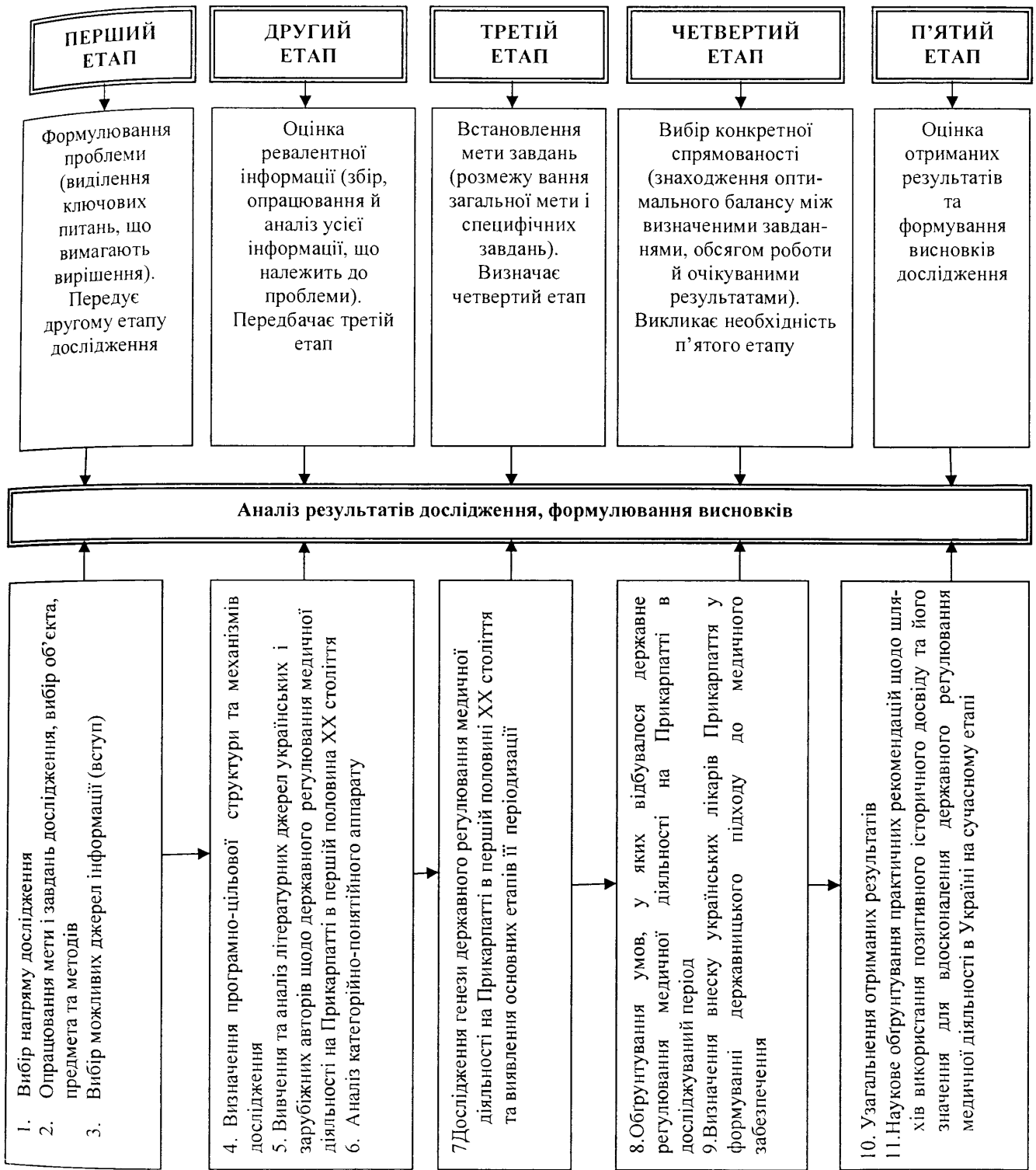


Рис. 1.1 Структурно-логічна схема етапності дослідження

Як видно з рис. 1.1 дослідження проводилося в п'ять основних етапів. Така багаторівнева структуризація його завдань забезпечувала системність, оскільки результати, отримані на кожному попередньому етапі, ставали логічною основою

не тільки для наступних етапів, а й для узагальнення отриманих результатів і наукового обґрунтування досягнення мети дослідження.

На першому етапі основна увага зосереджувалася на виборі напряму дослідження, визначенні його мети, завдань, об'єкта, предмета, гіпотези, концептуальної основи та основних методів дослідження. Результати першого етапу використані у вступі та першому розділі дисертаційного дослідження.

Другий етап був присвячений визначенню програмно-цільової структури та механізмів дослідження. На цьому ж етапі здійснювалося вивчення та аналіз літературних джерел українських і зарубіжних авторів, нормативно-правових документів, архівних даних, інформаційно-аналітичних бюлетенів та оглядів, монографій, довідкової літератури, наукових праць вітчизняних та зарубіжних учених і практиків, офіційних публікацій дослідницьких, статистичних інститутів та організацій, матеріалів міжнародних і вітчизняних неурядових організацій щодо права на охорону здоров'я та державного регулювання медичної діяльності. Здійснено аналіз категорійно-понятійного апарату, в т.ч. тлумачення поняття “державне регулювання медичної діяльності”. Результати, що отримані на даному етапі дослідження, використано у першому розділі дисертації.

Метою третього етапу стало дослідження генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття та обґрунтовано хронологічну послідовність цього процесу. Передбачалося обґрунтувати умови, у яких відбувалося державне регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в досліджуваний період та його специфіку. Результати третього етапу дослідження використані в другому та третьому розділах дисертації.

Згідно з програмою дослідження, що є його особливістю, передбачалося не тільки вивчення генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття, але й узагальнити результати дослідження та визначити можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на цій території в досліджуваний період та його значення для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі.

На четвертому етапі дослідження обґрунтовано умови, у яких відбувалося державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в досліджуваній період та визначено внесок українських лікарів Прикарпаття у формуванні державницького підходу до медичного забезпечення. Результати четвертого етапу дослідження використані в першому розділі дисертації.

На заключному, п'ятому етапі, здійснено узагальнення отриманих результатів і наукове обґрунтування досягнення мети дослідження щодо науково-теоретичного обґрунтування державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Результати п'ятого етапу дослідження стали основою другого і третього розділу дисертації.

Всі етапи мають логічне завершення – проводиться аналіз результатів дослідження і формування висновків.

Таким чином, системний аналіз вітчизняних та зарубіжних літературних джерел, автори яких висвітлюють проблеми державного регулювання медичної діяльності, дає право стверджувати, що методологічною основою дослідження системи державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття є:

- систематизація знань у сфері державного регулювання медичної діяльності та розкриття сутності відповідного категорійно–понятійного апарату;
- розкриття генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття,
- обґрунтування хронологічної послідовності цього процесу на основі використання загальноприйнятої історичної періодизації досліджуваного періоду та умов, у яких відбувалося державне регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в досліджуваній період;
- визначення можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі.

Методологічну і теоретичну основу дисертаційної роботи становить синтез результатів фундаментальних і прикладних досліджень у сфері державного управління охороною здоров'я; праці вітчизняних і зарубіжних учених різних галузей знань, які висвітлюють становлення та розвиток медицини і освіти на теренах Прикарпаття в різні історичні періоди.

У дисертаційному дослідженні використовувалися такі методи:

- абстрагування, аналізу і синтезу, узагальнення – для дослідження теоретико-методологічних засад державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ ст.;

- графічний – для наочного представлення відмінних та подібних особливостей генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у досліджуваній період (нормативно-правові акти, органи державного управління, громадська охорона здоров'я);

- порівняльно-ретроспективного аналізу – для встановлення змісту та етапів розвитку державного регулювання здоров'яохоронної сфери, причинно-наслідкових зв'язків використання механізмів державного регулювання медичної діяльності в досліджуваному регіоні;

- контент-аналізу – з метою вивчення нормативно-правової бази, довідкової інформації органів державного регулювання;

- компаративний – для аналізу ефективності впливу різних механізмів державного регулювання на соціально-економічний розвиток Прикарпаття у першій половині ХХ ст.;

- системний – для визначення пріоритетності напрямів поліпшення стану здоров'яохоронної сфери Прикарпаття;

- екстраполяційний – для поширення висновків, які отримані в результаті аналізу використаних джерел, на чинну систему державного регулювання медичної діяльності.

- біографічного збору й аналізу даних персоналій українських фахівців у галузі охорони здоров'я, які зробили вагомий внесок у становлення та розвиток

державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття;

– метод обробки даних - для узагальнення отриманих результатів дослідження державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у досліджуваний період та уникнення суб'єктивізму у висновках.

Крім того, бачення сьогодення через своєрідну призму минулого, дозволяє адекватно сприйняти генезу державного регулювання медичної діяльності, висвітлити особливості її становлення й розвитку. Застосування ретроспективного підходу сприяє кращому розумінню управлінських процесів та рішень, допомагає вникнути у внутрішнє життя досліджуваної епохи з усіма її проявами та уявленнями. Знання минулого допомагає передбачити майбутнє і не дарма розуміння минулого – управлінська пам'ять, допомагає краще зрозуміти сучасне. Інакше кажучи, чим довше дивишся назад, тим дальше бачиш вперед. Тому кожен управлінець, який хоче вважати себе фахівцем, повинен володіти певним обсягом історичних знань, до яких повинні входити знання щодо походження своєї держави, уявлення про ретроспективу розвитку тієї сфери, якою він професійно опікується, в даному випадку охорони здоров'я.

Будь-яке наукове дослідження не може обійтися без вичення та з'ясування понятійно-категорійного апарату. Ми поділяємо думку проф. Я.Радиша [126] про те, що обґрунтування і формування дефініції того чи іншого поняття, явища або процесу – одна з найскладніших процедур наукового дослідження. Поширена навіть думка про те, що правильне тлумачення наукових понять вирішує майже половину наукового завдання. Відомо також те, що шлях до сутності явища лежить через його визначення, відома і поділяється багатьма вченими всього світу.

Формування та реалізація державної політики в галузі охорони здоров'я визначається досконалістю законодавчої та нормативно-правової бази. Однією з вагомих причин недостатньо глибокого наукового опрацювання проблеми державного регулювання медичної діяльності в Україні є те, що на сьогодні в дослідженнях українських авторів на теоретико-методологічному рівні не



визначено формулювання основних дефініцій категорійно-понятійного апарату медичного права.

Перед тим, як перейти до уточнення тлумачення „*державне регулювання медичної діяльності*”, виходячи із системного аналізу літературних джерел, що викладений нами у першому розділі дисертаційного дослідження, з'ясуємо існуючу дефініцію цього поняття та викладемо деякі його авторські тлумачення.

Під *державним регулюванням медичної діяльності*<sup>2</sup>, на думку Н.Мезенцевої [98], слід розуміти як систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення і захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів.

О.Поживілова [114] вважає, що *державне регулювання медичної діяльності* - це систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення і захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів в єдиному медичному просторі держави.

Н.Кризина [76] зазначає, що *державна політика в галузі охорони здоров'я* – це стратегія і тактика політичного курсу, пов'язаного з діяльністю держави щодо збереження та зміцнення фізичного й психічного здоров'я та соціального благополуччя населення України як найважливішої складової її національного багатства, що втілені в законодавстві країни і виявляються у забезпеченні розвитку людського потенціалу українського народу.

Я.Радиш [126] вказує, що *державне регулювання медичної діяльності* є одним із ключових чинників державної політики у сфері охорони здоров'я, а наявність важливих трансформаційних процесів у суспільстві, їх вплив на ряд

---

<sup>2</sup> Медична діяльність – це сукупність різної складності суспільних відносин, які, за умови урегульованості нормами права, носять характер правових відносин [98, с. 11].

суперечностей соціальної сфери зумовлюють необхідність більш чіткого визначення сутності, мети, напрямів, цілей завдань державного регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я крізь призму конституційного права населення України на медичну допомогу як такого, що гарантує їм фізичне існування та є умовою збереження і зміцнення здоров'я нації.

Системний аналіз опрацьованих у процесі виконання даного дисертаційного дослідження літературних джерел дає право стверджувати, що основними термінами та поняттями, якими в основному користуються в процесі державного регулювання медичної діяльності є: державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров'я, суспільні відносини в галузі охорони здоров'я, єдиний медичний простір України, реформа, міжнародне право, принципи міжнародного права, міжнародне гуманітарне право, тощо.

У контексті даного дисертаційного дослідження, на особливу увагу та аналіз заслуговують також такі категорії як *“суспільні відносини”* та *“суспільні відносини в галузі охорони здоров'я”*.

На нашу думку, суспільні відносини – це стосунки, які виникають між людьми, що регулюються нормами права та іншими суспільними нормами. А суспільні норми — це норми, які визначають поведінку людини у суспільстві і, відповідно, її ставлення до інших людей. Такими нормами є: моральні норми, звичаї, релігійні норми, корпоративні норми тощо.

*Суспільні відносини в галузі охорони здоров'я* – це врегульована нормами права та суспільної моралі взаємодія між лікувально-профілактичними закладами різних форм власності, медичними працівниками та населенням з приводу особистих немайнових благ людини – життя і здоров'я. При цьому, ми повністю поділяємо думку С.Г. Стеценка [169] про те, що взаємовідносини медичного працівника і хворого (пацієнта) є різновидом правових відносин, за яких обидва є носіями суб'єктивних прав і юридичних обов'язків.

Щодо поняття *реформ в системі охорони здоров'я*, то автори монографії "Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий" [142], визначають його як процес, що включає послідовні і глибокі інституційні та

структурні зміни, що здійснюються урядами і завданням яких є досягнення низки визначених політичних цілей, тобто:

- структурні зміни замість поетапних або еволюційних;
- зміна цілей політики в галузі охорони здоров'я з наступними інституційними змінами, а не лише постановки нових завдань;
- цілеспрямовані, а не випадкові зміни;
- послідовні і довготривалі, а не одномоментні зміни;
- політичний процес зверху донизу під керівництвом національних, регіональних і місцевих органів державної влади.

На думку укладачів зазначеної вище монографії, заслуговують на увагу три різні стратегії реформи системи охорони здоров'я як завдання для управлінців, що працюють в даній галузі, та приймають політичні рішення з питань інвестування на підтримку й збереження здоров'я громадян:

- зосередження уваги на системі забезпечення індивідуальної медичної допомоги;
- покращення здоров'я населення на основі удосконалення балансу між інвестиціями в сектор забезпечення індивідуальних медичних послуг та в сектор, спрямований на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя;
- раціональне інвестування галузі для покращення здоров'я населення вимагає співпраці різних рівнів державної влади та партнерства приватного й державного секторів для проведення державної політики, спрямованої на підтримку здоров'я та формування здорового способу життя.

Системний аналіз понятійного апарату проблеми державного регулювання у галузі охорони здоров'я, бесіди, анкетування слухачів Національної академії державного управління при Президентіві України, відсутність усталеної наукової категорії “державне регулювання медичної діяльності”, переконливо свідчать, що така категорія потребує уточнення.

Грунтуючись на викладеному вище, робимо висновок щодо уточнення тлумачення поняття “*державне регулювання медичної діяльності*” та

запропоновано розуміти як систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення і захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів, необхідності врахування історичних та національних особливостей, з метою реалізації державної політики України в здравоохоронній сфері.

На підставі виконаного в першому розділі дисертаційного дослідження аналізу державного регулювання медичної діяльності в дослідженнях українських та зарубіжних авторів, можна зробити висновки, що предметом для подальшого пошуку та наукових дискусій можуть бути аналіз медичної діяльності на теренах України в бездержавний період, у період визвольних змагань українського народу за відновлення власної держави та в роки державної незалежності; гармонізація національного законодавства України у галузі охорони здоров'я з правовими стандартами європейської спільноти; особливості державного регулювання медичної діяльності в закладах охорони здоров'я різних форм власності.

Попри загалом ґрунтовну розробленість проблеми державного регулювання медичної діяльності, варта уваги й думка про існування низки суперечностей та їх наслідків між:

- потребою в дослідженні історії та використанні позитивного досвіду державного регулювання медичної діяльності на теренах нинішньої України й відсутністю фундаментальних історико-правових досліджень з окресленої тематики;
- чинною системою державного регулювання медичної діяльності в Україні, необхідністю розвитку обов'язкового медичного страхування й відсутністю належної нормативно-правової бази щодо його регулювання та сприятливого середовища для врахування громадської думки з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

## Висновки до розділу 1

Встановлено, що державне регулювання медичної діяльності – це систематичний організуючий вплив з боку держави, що спрямований на забезпечення і захист права на охорону здоров'я населення України як найважливішої складової її національного багатства, який полягає у створенні необхідної нормативно-правової бази, формуванні та ефективному використанні кадрових, фінансово-економічних і матеріальних ресурсів, необхідності врахування історичних та національних особливостей, з метою реалізації державної політики України в здравоохоронній сфері.

Проблема державного регулювання медичної діяльності в Україні є складною та багатоаспектною і потребує комплексного історико-теоретичного аналізу з метою наступного використання отриманих результатів у процесі реформування системи державного управління сфери охорони здоров'я взагалі та правового регулювання медичної діяльності.

Акцентовано увагу, що медична діяльність на Прикарпатті та пов'язані з нею соціально-економічні процеси є унікальними з огляду на історичні особливості й національні традиції відповідної держави та потребують детальних досліджень на різних етапах історичного розвитку. У дослідженні регіональної специфіки державного регулювання медичної діяльності застосовано просторово-часовий, проблемний та інші методологічні підходи. Особливої уваги потребували дослідження соціальної сфери, структура якого включила кілька груп питань, що вимагали їх комплексного вивчення: стан охорони здоров'я, система медичної освіти, сфера громадського впливу тощо.

Всебічне застосування комплексу загальнонаукових і спеціальних методів дослідження та джерел стало важливою передумовою об'єктивного вивчення складних процесів державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Досягнення поставлених завдань стали можливими

завдяки удосконаленню та деталізації теоретико-методологічних основ дослідження, яке має міждисциплінарний характер.

Історико–логічний аналіз опрацьованих у процесі роботи літературних джерел доводить, що дослідження історичних та правових аспектів державного регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття впродовж першої половини ХХ століття досі не існує, хоча не підлягає сумніву потреба проведення історико-теоретичного аналізу державного регулювання медичної діяльності в цьому регіоні України на різних етапах його історичного розвитку у площині науки державного управління.

Саме тому в контексті даної проблематики подальшого дослідження потребують:

- особливості діяльності органів державної влади, які формують державну політику в галузі охорони здоров'я, беручи до уваги певний етап їх історичного розвитку, оскільки пріоритети державної політики в здравоохоронній сфері для різних періодів розвитку суспільства відрізняються;
- аналіз медичної діяльності на теренах України в бездержавний період, у період визвольних змагань українського народу за відновлення власної держави та в роки державної незалежності; гармонізація національного законодавства України у галузі охорони здоров'я з правовими стандартами європейської спільноти; особливості державного регулювання медичної діяльності в закладах охорони здоров'я різних форм власності тощо.

Обґрунтовано, що методологічною основою дослідження системи державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття є систематизація знань щодо становлення та розвитку системи державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття, а також виявлення основних етапів його періодизації, їх характеристика та особливості.

Тому необхідність даного наукового пошуку обумовлена потребою в дослідженні історичного минулого державотворення, зокрема в об'єктивному й неупередженому виявленні фактів з історії управління охороною здоров'я та відсутністю фундаментальних досліджень з даної проблеми. Осмислення і використання історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності є достатньо важливим джерелом побудови сучасної системи охорони здоров'я в Україні, а врахування позитивних тенденцій та недопущення помилок в процесі побудови як моделі державного управління, так і його важливої складової - державного управління системою охорони здоров'я, є об'єктивною необхідністю.

## РОЗДІЛ 2

## ГЕНЕЗА ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ В ПЕРІОД 1900-1939 РОКІВ

Як стверджує професор Б.Криштопа [17] правове регулювання медичної діяльності на теренах України впродовж ХІХ - на початку ХХ століття відбувалося в складних соціально-політичних умовах. На переконання вказаного вище дослідника, це пов'язано з тим, що за останні сто років Україна пройшла шлях від перебування свого Східного регіону в складі Російської, а Західного – Австро-Угорської імперій та Польщі до проголошення Української Народної Республіки (1917 рік), її автономії та воз'єднання з Західноукраїнською Народною Республікою в єдину соборну Україну (1919 рік), через понад 70-річне перебування в складі колишнього СРСР до проголошення Акту про незалежність (1991 рік). А впродовж короткого періоду української державності (1917 –

1919 роки), який за часом збігся з проголошенням 12 грудня 1917 року України Республікою Рад, мережа медико-санітарних закладів не тільки не розширилась і зміцніла, а зазнала значних руйнувань. За таких умов медико-санітарна справа в Східному і Західному регіонах України тривалий час будувалася під впливом і за зразками панівних держав.

Прикарпаття – це історичний регіон Західної України, центром якого є місто Івано-Франківськ (до 1962 року “Станиславів” (польський варіант), “Станіслав” (австрійський варіант)). Історичний регіон – це територіальна одиниця, яка існувала в певний хронологічний період на території сучасної України і мала характерні особливості в організації владних інститутів, що були обумовлені перебігом історичних процесів у той час [144].

За сучасною точкою зору науковців, до Прикарпаття входять етнічні райони Бойківщини, Гуцульщини, Опілля й Покуття, тобто нинішня Івано-Франківська та пригірські й гірські райони Львівської й ліквідованої 21 травня 1959 року Дрогобицької областей. Термін “Прикарпаття” починає зустрічатися в науковій літературі з часів радянської доби.



## 2.1. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у складі Австро-Угорської імперії (1900-1918 роки)

Так історично склалося, що впродовж першої половини ХХ століття Прикарпаття перебувало у складі різних держав. На самому початку досліджуваного періоду їх було дві: з одного боку – Австро-Угорщина, яка не хотіла віддавати свого шматка України, з іншого – Польща, яка була зацікавлена, щоб утвердитися тут після розвалу Австро-Угорщини. У 1918 році Прикарпаття стало складовою Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР), а після Акту злуки 22 січня 1919 року – увійшло до складу Української Народної Республіки під назвою “Західні Області Української Народної Республіки”. У цей час Росія починає досить активно поширювати на цей регіон свою сферу впливу. З 1920 року до 1939 року дана територія перебувала у складі II Речі Посполитої.

17 вересня 1939 року на підставі пакту Молотова-Ріббентропа Галичину окуповано радянськими військами і включено до складу УРСР. З 22 червня

1941 року по травень 1944 року Прикарпаття перебувало під німецькою окупацією. З червня 1944 року на цій території знову утверджується радянська влада. У 40-50-х роках Прикарпаття – територія активних бойових дій УПА та партизанського з’єднання С.Ковпака.

Запропонований аналітичний екскурс в історію дає нам змогу виокремити чотири основні періоди розвитку державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття.

Перший з них охоплює період Австро-Угорської імперії (1900 – 1918 роки).

Про проблеми медицини та стан охорони здоров’я на Прикарпатті за часів панування на цих землях Австро-Угорської монархії збереглося надзвичайно мало історичних даних, проте надіємось, що виявлені нами матеріали дадуть можливість розширити наявні відомості щодо державного регулювання в регіоні медичної діяльності в першій половині ХХ столітті.

Внаслідок захоплення Австро-Угорською імперією в 1772 році західно-українських земель, територія сучасного Прикарпаття опинилася у складі окремої адміністративної одиниці – “Королівства Галичини і Лодомерії (Владимирії)”. Це був один із 18-ти округів Східної Галичини, центром якого стало місто Станіслав (Івано-Франківськ).

У столицю цього краю – Львів – прибув перший намісник-губернатор граф Перген, головною метою якого було втілити в життя сформовану імператрицею Марією-Терезою концепцію сильної держави, що ґрунтувалася на трьох принципах: розмір імперії, кількість населення та його прибутки. Це означало, що добробут і здоров’я людей були запорукою сильної монархії. Окрім того, урядовим розпорядженням сюди були направлені лікарі-іноземці, в їх числі й протомедик Галичини Анджей Крупинський<sup>3</sup>, який очолив створену у Львові Медичну колегію в складі п’яти лікарів. Колегія опікувалася підвищенням кваліфікації медичних працівників і здійснювала контроль за діяльністю медичної служби.

Після приїзду цих медиків намісник краю граф Перген видав 20 березня

1773 року патент (наказ) з питань організації медико-санітарної справи в Галчині. Патент був виданий польською і німецькою мовами і передбачав, що прислані лікарі і хірурги “утворять медичну колегію, яка з метою наведення порядку в медико-санітарних питаннях повинна буде перевірити всі лікарні і аптеки, а також усіх осіб, які подають медичну допомогу населенню: лікарів, цирульників і акушерок, щоб з’ясувати їх права на це” [112].

Через те, що єдиної державної системи охорони здоров’я не було, Галичина, разом із Прикарпаттям, залишалася найбільш відсталою провінцією монархії. Всі медичні заходи за рахунок державного фінансування в цей період в основному були спрямовані на протиепідемічні заходи, оскільки Австрія боялася поширення

<sup>3</sup> Анджей Крупинський (1744 - 1783) – протомедик (головний лікар) Галичини, народився у містечку Беяни (Польща). У 1772 р. успішно закінчив університет і став доктором медицини. Володів польською, німецькою, англійською, італійською та французькою мовами, а також латиною. Імператриця Австрії Марія-Терезія з метою поліпшення медичного обслуговування населення, розвитку медичної освіти і науки у Королівстві Галичина і Лодомерія (Володимирія) своїм декретом від 22 грудня 1772 року доручила А. Крупинському створити на західноукраїнських землях систему медичної служби і медичної освіти за планом лейб-медика імператриці – професора Віденського університету Герарда ван Стівена.

інфекційних захворювань на свої центральні райони, а на інші заходи не виділяла коштів. У медицині краю цей період історії позначається створенням і реалізацією першої державної програми і організаційних систем охорони здоров'я [25].

З метою державного нагляду в 1770 році австрійський уряд видав Санітарний статут, який регламентував організацію медичної служби і боротьбу з епідеміями. З 1773 року дія цього статуту поширилася й на Галичину. В цьому ж році уряд Австрії виділив мізерну суму – 3000 гульденів – на поліпшення санітарного стану в Галичині, правда, в 1776 році асигнування на ці потреби досягали 25000 гульденів. Характеризуючи медико-санітарний стан Львова і всього королівства, А. Крупинський писав у доповідній записці губернатору Антоні Пергену, що хворі, бідні, убогі і немічні старці, вкриті виразками і брудом, лежать у гною або тиняються вулицями, а сестри милосердя стверджують, що в лікарнях немає вільних місць. За таких умов може спалахнути епідемія і слід зробити все, щоб запобігти цьому нещастю [203].

У 1870 році структура органів охорони здоров'я Австро-Угорщини була перебудована у відповідності до кодексу санітарних законів монархії. Останній, зокрема, передбачав триступеневий рівень управління охороною здоров'я: відомство охорони здоров'я при Міністерстві внутрішніх справ, регіональні та місцеві органи влади. В органах поліції Галичини під владою Австро-Угорщини формувались підрозділи, які були наділені спеціальними повноваженнями нагляду щодо дотримання законодавства про охорону здоров'я (санітарна поліція).

Однак, це мало вплинуло на стан справ у Галичині. На думку З. Библюка [8], це пов'язано з тим, що медична служба Прикарпаття впродовж досліджуваного періоду перебувала у вкрай занедбаному, нерозвиненому стані, а медичного персоналу не вистачало. Так, у 1870 році в повітах (адміністративних районах) цього регіону один лікар обслуговував 10 – 15 тисяч населення, які проживали на території 60 – 140 кілометрів.

Для ілюстрації умов життя сільського населення Прикарпаття впродовж другої половини ХІХ – 30-х років ХХ ст. скористаємося прикладами із аналізу

літературних джерел.

Про умови життя сільського населення у передгір'ї Карпат у 20-х роках ХХ століття у своєму дисертаційному дослідженні, де йдеться про “Соціально-економічний та санітарно-епідеміологічний стан Західної України в період до Другої світової війни” вже згаданий вище – сучасний львівський дослідник О.Середа – пише так: “Село було неймовірно відсталим, з примітивними, вкритими соломою халупами. В одній кімнаті жили дорослі та діти, а іноді і вівці, кури, свині...Гігієна та санітарні умови були просто жахливі. Населення вирощувало овес, картоплю, льон, жито. Всі матеріали для одягу вони робили собі з льону та овечої шкіри. ...З ранньої весни до пізньої осені дорослі і діти ходили босими...”. Кореспондент газети “Petit Parisien”, який у 1937 році об'їжджав села західних областей України, про умови українського селянства писав, що господарство працюючого селянина занепадає. Низько до землі нахилилися дерев'яні хатки. Почорнілі від часу, з кривими, перекошеними дахами, з напівсліпими вікнами, вони вже багато років не ремонтуються” [147, с. 19].

Ще важчими були умови життя у гірських селах західних областей України. Лікар Крисинський у 1934 році у своїй доповіді писав: “Живуть гуцули у невеличких дерев'яних рубленах хатах, які мають дві половини: одна є фактично кухнею, ідальнею та спальнею, а друга – холодна комора. Хати курні, дим виходить через стіни, підвалів немає. Картопля зберігається у житловій частині хати. Там же ранньою весною знаходиться теля та ягнята тому, що в холодних хлівах вони можуть замерзнути. Недостатня кількість колодязів з доброю питною водою, відсутність туалетів і мила – були причиною спалахів черевного тифу та дизентарії...” [112, с. 290].

Газета “Червона Русь” у 1889 році писала, що “...Галичина – це найбідніший і самий злиденний край із всіх цивілізованих і напівцивілізованих країн земної кулі...Бідність у Галичині доходить до меж крайності... близько 35 тис. дітей в Галичині помирає щорічно протягом першого року життя. В окремих повітах смертність серед новонароджених дітей становить 50%” [185]. Іван Франко у 1900 року писав, що в Галичині  $\frac{3}{4}$  населення не вміли ні писати, ні

читати, а в гірських районах неграмотні склали 96 – 98% [179].

Незадовільний стан офіційної медицини сприяв поширенню знахарства. В газеті “Народне здоровля” лікар М. Хомин у статті “Народна медицина” писав, що серед сільського населення Галичини процвітає знахарство з “вірованням”, “заговорами”, “заклинаннями”, “суєвірями” [180]. Лікар Ю. Мановський, який працював на гуцульщині, відмічав, що “поки гуцул надумає звернутися до лікаря, через його хату пройде ціла плеяда шептунів і знахарів” [92, с.15].

Про незадовільний стан здоров'я населення в цей період свідчать і матеріали рекрутських наборів у Східній Галичині. Так, у 1885 році, з 707 призовників придатними до військової служби виявилися лише 11 %, а в Косівському повіті – 6,7%. У 1896 році в лікарнях Прикарпаття із загальної кількості госпіталізованих хворих 40% склали хворі на сифіліс та близько 6% - на туберкульоз.

3. Библюк [8] із цього приводу наголошує, що Прикарпаття, особливо гірські райони краю, з давніх часів вважалися епідемічними щодо захворювання населення на сифіліс. Так, перші статистичні відомості про значне поширення цієї хвороби ним виявлені в архівних матеріалах, що стосуються другої половини XVIII століття (1771 – 1772 роки). Саме в цих документах повідомляється про відкриття невеликих лікарень, зокрема в Жаб'ї (сьогодні – Верховина) для лікування хворих на сифіліс. Як зазначає дослідник, перебіг сифілісу у більшості випадків був тяжким. У зв'язку з деяким зменшенням кількості хворих із свіжими формами сифілісу діяльність згаданих вище лікарень у 1880 році було припинено. У 1902 році в місцях з найбільшою поширеністю захворювань на сифіліс були організовані противенеричні профілакторії. Зокрема, для лікування хворих на сифіліс було направлено 5 лікарів у Косівський і 4 – у Надвірнянський повіти. За 6 місяців у 1902 році лікарі виявили в Косівському повіті 628 хворих, а в Надвірнянському – 364. Завдячуючи проведеній роботі, значно покращилось виявлення хворих на сифіліс: статистичні дані засвідчують, що в Косівському повіті у 1906 році кількість хворих на сифіліс у порівнянні з 1902 зросла майже вдвічі.

На Прикарпатті в 1896 році охоплення акушерською родопоміччю на дому становило 18,7% при наявності 217 акушерок, причому на одну акушерку припадало 45 пологів. У 1902 році ці показники зросли до 24,3% при наявності 294 акушерок – на одну акушерку припадало 42 пологи. Понад три чверті всіх пологів приймали баби-повитухи. Через недостатню кількість акушер-гінекологів дуже високою була смертність новонароджених і спостерігалась висока мертвонародженість на території всієї Галичини, особливо у повітах Станіславщини. Так, у 1896 році в Галичині на 322010 пологів зареєстровано 1386 випадків смерті породіль – це 0,4%. На післяпологову гарячку хворіли 37996 жінок, або 11,8%. У 1903 році померло 769 породіль, у 1907 році – 618, у 1909 – 720. В цілому по краю мертвонароджуваність у 1896 році досягла 2,35%, в 1901 – 2,3%, в 1906 – 1,9%, в 1909 – 1,7%. Що стосується дитячої смертності, то багато дітей гинуло від інфекційних хворіб. Як підкреслює вже цитований раніше дослідник З. Библюк [8], навіть представники влади у своїх офіційних звітах змушені були визнати, що багато дітей народжується лише для того, щоб на першому ж місяці померти, бо їх матері неспроможні своїх немовлят прогодувати.

У західних повітах Галичини рівень дитячої смертності не перевищував 20% народжених живими, тоді як на Прикарпатті він досягав 25 – 28%. Так, у 1892 році дитяча смертність у цьому регіоні складала 28%, у 1896 – 28,4%, в 1900 – 24,3%, в 1906 – 24,3%, в 1909 – 22,7%. У 1905 році 51,3% від усіх померлих становили діти до 5 років. У тому числі в Галичині померло 70633 дитини.

Викладене вище підтверджується й професійними істориками медицини. Так, укладачі першого в Україні навчального посібника “Історія медицини” зазначають: “Надзвичайно важкі умови життя були причиною масових захворювань і смертності. Не дивлячись на таку ситуацію, уряд не проявляв ніякого піклування про охорону здоров’я на Прикарпатті. Лікарів було мало, а державні лікарняні заклади, якими користувались мешканці Прикарпаття, знаходились у Станіславі, Снятині та Коломиї. Особливо тяжка ситуація була з наданням медичної допомоги на селі. Тут зовсім не було медичних установ і майже не було лікарів. Санітарний стан жител, водопостачання в селах були

незадовільні. Крайова рада здоров'я Галичини у звіті 1889 року зазначала: “Більшість сіл така бідна, що побудова громадського колодязя перевищує фінансові можливості гміни” [11].

Оскільки стан здоров'я населення характеризувався високими показниками захворюваності на туберкульоз, сифіліс та ендемічний зоб, місцеві владні структури почали створювати громадські лікарні в межах міста Станіслава. За даними В. Грабовецького [25], у 1786 році діяли вже два таких шпиталі, один із них був створений за фінансової підтримки вірменської громади міста.

З метою надання амбулаторної допомоги на території Прикарпаття було створено 20 санітарних округ, своєрідних медичних дільниць. На кожному округу в середньому припадало до 25 000 чоловік (від 10 до 20 населених пунктів). Лікарські посади в цих округах майже завжди були вакантними й заступалися особами середньої медичної кваліфікації. Санітарні округи були створені в Солотвині, Обертині, Чернолиці, Рожнятові, Жаб'ї, Гриняві, Мікуличині, Нижній Липиці, Рожнові, Нижневі та інших населених пунктах регіону, але суттєвої медичної допомоги вони не могли надати [18].

Медична мережа була невеликою, складалася із громадських лікарень та лікарень, які належали приватним особам і благодійним організаціям. Так, у 1909 році на території Станіславівської (Івано-Франківської) області було всього 12 лікарів, які обслуговували хворих на 490 ліжках. На 10000 населення припадало всього 4 ліжка. До 1900 року в Калуському, Косівському та Тлумацькому повітах з населенням близько 300000 чоловік не було жодного лікувального закладу і, зрозуміло, жодного лікарняного ліжка. У Станіславі одне ліжко було зайняте 412 днів на рік, у Коломиї – 393 дні, Снятині – 426 днів. Середня тривалість перебування хворого на ліжку в Станіславі становила – 26,1 дня, в Коломиї – 24,7 дня. Вартість стаціонарного лікування наприкінці XIX століття помітно зросла. Наприклад, у 1875 році вона досягла 1,75 крони за добу, тоді як десять років перед цим вона становила 1,5 крони. Вартість прийому у лікаря перевищувала денний прибуток селянина у 2 – 3 рази, а вартість перебування у стаціонарі – в 4 – 5 разів [8].

До приватних лікарів, які брали непомірно високу плату, населення не мало змоги звертатися, а тому вимушено було лікуватися народними засобами або звертатися за допомогою до знахарів. Не існувало і єдиної державної чи громадської системи організації охорони здоров'я, що не давало можливості правильно здійснювати заходи з покращення медико-санітарного обслуговування населення та боротися з епідеміями, зокрема.

Газета “Діло” від 01 березня 1897 року писала: “Віденська палата лікарів ухвалила, що кождий лікар має право оцінювання своєї праці, при чому все таки повинен держатися нової мінімальної тарифы. Мінімальна тарифа для міста Відня визначає такі гонорарія (в золотих римських – зр.): за одну візиту в день 3 зр., вечером 4 зр, в ночі (фіакра платить пацієнт) 6 зр.; за участь лікаря з конзіліумом 10 зр.; за уділення поради в ординаційних годинах 2 зр.; за кожду страчену годину часу по 6 зр.; за візиту з часі означенім пацієнтом 5 зр.; за кождого другого хорого в тім самим домі 1 зр. Надзвичайні случаи, операції, а т. п. не подлягають тарифі. Повіз та другі видатки мають бути обчислені окремо. Для бідних лікар може сам відступити від тарифи. Гонорар має бути зложений зараз” [21].

Дослідник медицини та санаторного лікування на Гуцульщині у ХІХ-ХХ століттях В.Клапчук [72], вказує, що найбільшою в 1893-1894 роках була епідемія холери. Для запобігання перенесення хвороби у Галичину на всіх карпатських переходах було встановлено охорону. Проте, це не перешкодило поширенню епідемії, яку сюди занесли будівельники залізничної колії Станіславів-Керешмезе (Ясіня), що походили з Італії та підтримували зв'язок з батьківщиною. Наприкінці липня захворів і помер на холеру один робітник у Татарові, а через два дні ще один – у Ямній. Протягом 27 липня – 3 серпня азіатська холера забрала життя 10 робітників. З уваги на це Львівське намісництво вислало у Яблуницю лікарів на чолі з протомедиком Меруновичем, амбулаторні бараки Червоного Хреста і дезінфекційну установку, внаслідок чого жандарми перекрили всі стежки з Угорщини в Галичину й стали направляти пішоходів у Яблуницю на дезінфекцію. Проте й це не допомогло. Почались смерті і серед місцевих жителів: 8 серпня – у Татарові, а 9 серпня – в Ямній. До 12 серпня



холера забрала життя 4 селян. 11 серпня зафіксовано смерть і в містечку Делятин – першим тут помер робітник, проте, незабаром, на холеру почали хворіти та помирати міщани та інтелігенція. Це змусило адміністрацію припинити роботу делятинського суду. Тим часом холера забиравала нові жертви: 14-18 серпня 1893 року від епідемії у долині Пруту померло 30 осіб, що викликало загальну паніку. З Делятина та курортних місцевостей почали масово виїжджати євреї, інтелігенція та відпочиваючі. На залізниці значно зменшилась кількість будівельників. Багато з них виїхало, навіть не отримавши заробітної плати. Лише через Коломию щодня втікало 40-60 осіб. За неповними даними протягом 19-29 серпня 1893 р. на холеру померло 54 осіб, в т.ч. у Делятині – 22, Добротові – 17, Микуличині – 11, Дорі – 2 та у Вороненці, Татарові, Ланчині – по 1. Посилення епідемії змусило припинити роботу на солеварні в Делятині та будівельні залізничні роботи в цілій долині Пруту. Протягом місяця у Делятині на холеру померло 28 чол. Найбільше жертв викликала холера серед євреїв. Епідемія холери в Галичину прийшла через долину р. Прут – Делятинщину. До кінця серпня 1893 року вона поширилася вже в 38 селах 17 повітів і спричинила смерть 190 осіб. Та найбільше жертв було в околицях Делятина, оскільки смертність тут становила понад 52 % усіх жертв Галичини. Нічого дивного, адже в околицях Делятина (понад 20 сіл) працював лише один лікар Б.Богданський. Протягом вересня померло 59 осіб. За цей час епідемія поширилася майже по всій Галичині і спричинила смерть 510 осіб. У жовтні від епідемії померло 23 осіб. З похолоданням смертність зменшилася і вже 15 жовтня в Надвірнянському повіті вперше не зафіксовано жодної смерті від холери. Проте вже влітку 1894 року вона з'явилася знову. Однією з перших жертв став посол до парламенту М.Січинський зі Стопчатова. На теренах Надвірнянського повіту холера поширилася на початку вересня, коли у Галичині нараховували вже біля 5 тис. жертв. У 1893 році особливої похвали при лікуванні хворих на холеру заслужив доктор медицини Б.Богданський, який, не покладаючи рук, рятував земляків, сам також захворів і завдяки великим зусиллям спас себе від смерті. В 1896 році кілька випадків захворювання холерою з'явилися в Дорі та Делятині.

Про поширення вкінці XIX - на початку XX століття у Львові туберкульозу повідомляє У. Єдлінська [59] із співавторами, наголошуючи, що смертність від туберкульозу в той час у Львові постійно збільшувалась. Так, згідно з статистикою, у 1895 році в цьому місті від туберкульозу померло 935 осіб, що становило 22,4% від загальної кількості померлих. У 1904 році туберкульоз став причиною смерті вже 1093 жителів Львова, що відповідає 23,3% від смертей львів'ян у цей час взагалі.

Ми поділяємо думку тих авторів, які стверджують, що постійна епідемічна неблагополучність на території Прикарпаття в досліджуваний період була наслідком байдужого ставлення держави до потреб населення та засвідчувала про відсутність спеціальних санітарних органів, які повинні були б організувати боротьбу проти епідемій, провадити своєчасні профілактичні заходи [18].

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає право стверджувати, що на території Західної України у цей період медичну допомогу населенню, крім лікарів та представників народної медицини, надавали цирулики, хірурги, акушерки, повитухи, фельдшери, сестри милосердя та медичні сестри, тобто медичні працівники середньої ланки.

Підготовці лікарських кадрів у Галичині у той час не приділялося належної уваги. Перша група лікарів у кількості 25 чоловік була випущена Львівським університетом лише в 1900 році. Забезпеченість лікарями тут була дуже низькою і складала у 1890 році – 0,9 лікаря на 1000 населення, а в 1900 році – 1,0.

У 1873 році на одного лікаря загального профілю припадало 10968 осіб, у 1890 – 11307, у 1900 – 9335, а на одного хірурга в ці роки припадало відповідно – 16680, 32933 і 56496. У 1875 році в повітах Прикарпаття працювало 102 акушерки. Першим лікарем на Прикарпатті був Йосип Кордина, який закінчив Львівську школу хірургів у 1802 році і був направлений на роботу в Станіслав [8].

Більшість лікарів, які в досліджуваний період попрацювали в Галичині, були іноземцями і не розуміли мови місцевого населення, яке зверталось за медичною допомогою. Як стверджує П.Арсенич [2], українські лікарі на арені громадського життя з'являються досить пізно, бо на перешкоді було обмеження

для українців вступу на єдиний у Галичині медичний факультет при Львівському університеті. Переважна більшість тих, що обрали собі фах лікаря, змушені були навчатися далеко за межами Галичини, працювати по чужих світах, роками відробляючи військовому стипендію.

Як стверджує польський дослідник польсько-українських зв'язків та їх впливу на розвиток вищої медичної освіти і науки в Польщі та на Україні Пшемислав Уліяш [176], найбільш відчутного впливу польська система підготовки лікарів надала медичному факультету Львівського університету (1661 рік), який пройшов складний шлях становлення та розвитку в умовах як польського, так і австро-угорського періодів. За 120 років австро-угорського панування (1773 – 1894 роки) він двічі ліквідовувався і відновлювався, “Колегіум медикум” тричі зазнавав трансформації і врешті-решт був ліквідований, як і Замойська академія<sup>4</sup> після 170-річного існування, в результаті чого західно-українські землі на 20 років залишилися без жодного навчального закладу з підготовки медичних кадрів.

Підготовка відповідних фахівців здійснювалась різними шляхами: від індивідуального учнівства для цируликів, повитух чи сестер милосердя (шариток) до навчання у державних та приватних школах, що готували хірургів, акушерок, фельдшерів та медсестер. Організація навчального процесу в спеціалізованих медичних школах у різних частинах регіону помітно відрізнялася. На початку ХХ століття на території Західної України визначилися три основні напрями у розвитку фахової медичної освіти середнього рівня. Так, у Галичині функціонували навчальні заклади з підготовки акушерок і хірургів, а також школа медичних сестер; на Закарпатті та на Буковині готували виключно акушерок, а на Волині – фельдшерів та акушерок [80].

В цей період західноукраїнські землі були найбільш відсталою окраїною імперії, на яких була утверджена австрійська система права. Галичина була місцем апробації нових австрійських законів.

<sup>4</sup> Замойська академія, в 1595 – 1784 рр. в Замості, вища школа, заснована канцлером Я. Замойським; викладали: гуманітарні науки, філософію, право, медицину; із середини XVII ст. змінена програма (з 1640 року викладали теологію), поступове зниження рівня, закрита австрійською владою [177, с. 515].

У 1866 році Австрійський уряд прийняв “Законь громадській” відповідно до якого на місцеві громади покладался обов’язок дбати про дотримання чистоти (санітарних правил) у публічних місцях, хатах, каналах, криницях, ріках і ставках; здійснювати нагляд над покинутими дітьми, глухонімими і божевільними; утримувати у належному порядку цвинтар (кладовище); видавати санітарні паспорти на товар для ярмарку (торгівлі). Рада громадська повинна мати свого лікаря, або недалеко в сусідній громаді, та “учену акушерку”. У випадку епідемії начальник громади повинен повідомити про це староство і чекати поки прибуде повітовий лікар. Кожний член громади щороку, не пізніше кінця жовтня, повинен був прийти щеплення від віспи. Австрійська влада зобов’язувала місцеві громади запобігати пияцтву серед населення: не дозволяти поширенню по селах закладів, в яких продаються алкогольні напої (корчма, шинок); запроваджувати створення братств тверезості і товариств для просвіти (читальня); контролювати, щоб люди вночі “без цілі не волочилися” [87].

Структура органів охорони здоров’я Австро-Угорщини була перебудована у відповідності до кодексу санітарних законів монархії. Останній, зокрема, передбачав триступеневий рівень управління охороною здоров’я: відомство охорони здоров’я при Міністерстві внутрішніх справ, регіональні та місцеві органи влади.

В органах поліції Галичини під владою Австро-Угорщини формувались підрозділи, які були наділені спеціальними повноваженнями нагляду щодо дотримання законодавства про охорону здоров’я (санітарна поліція). У галузі охорони здоров’я поліція була наділена наступними повноваженнями:

- нагляд за якістю харчової продукції;
- нагляд за діяльністю лікарів і акушерів;
- нагляд за аптекарями та власниками складів медикаментів;
- нагляд за дотриманням правових норм щодо протидії епідеміям та епізоотіям;
- нагляд за дотриманням вимог охорони праці на фабриках клею та інших шкідливих і небезпечних виробництвах;

– нагляд за продажем отрут та інших небезпечних хімічних речовин [61].

Уряд Австро-Угорщини в 1876 році прийняв закон "Про вичування громадської охорони здоров'я" (в інших джерелах зустрічається назва "Про регулювання громадської системи охорони здоров'я"), який сприяв покращанню медичної допомоги населенню Галичини, зокрема централізував управління медико-санітарною допомогою в державі та конкретизував деякі питання стаціонарної допомоги, лікарської справи в населених пунктах і на транспорті.

З 1898 року оплата витрат за утримання в лікарнях психічних, венеричних, трахомних та інших заразних хворих, за подання медичної допомоги при пологах і лікування всіх бідних людей однозначно покладалася на Державну казну та на Державний лікувальний фонд [139].

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження дає право стверджувати, що Королівство Галичина і Володимирія і герцогство Буковина та Закарпаття у складі Австро-Угорської імперії запровадили обов'язкове медичне страхування за моделлю Бісмарка в 1889 році, тобто через 5 років після Німецької імперії (1884 рік) і раніше за інші країни. Наслідком цих заходів стало збільшення фінансування на медичне обслуговування та медичну допомогу з громадських фондів, якими розпоряджалися каси хворих. До того ж на кошти цих кас стала розширюватися мережа медичних закладів, які надавали стаціонарну медичну допомогу.

Так, у 1903 році на медичному конгресі у Відні було вирішено створювати об'єднані товариства кас хворих, які повинні функціонувати за спільними правилами. А контроль за їх діяльністю повинна була здійснювати спеціальна комісія. У 1919 році в Польщі, до якої, за мандатом Ліги Націй, увійшли й західноукраїнські землі, був прийнятий Декрет про обов'язкове медичне забезпечення на випадок хвороби [127].

За часів Австрії була прийнята і реалізувалась значна частина юридичних документів, які регулювали фармацевтичну діяльність. Вони визначали нормування прав і обов'язків фармацевтів, інспектування та вимоги до аптечних підприємств, регламентування фармацевтичної освіти. Розпорядженням

Міністерства внутрішніх справ (1911 рік): "Про вимоги до аптечних приміщень" чітко визначались обов'язкові в аптеці приміщення (торговий зал, матеріальна кімната, лабораторія, зіллярське горище, аптечний підвал, інспекційна кімната) та вимоги щодо їхнього обладнання. Серед законодавчих актів, які регулювали медичну діяльність, були й такі, в яких регламентувалася питання приватної власності аптекарів, визначалися ціни на ліки та обладнання аптечних приміщень, встановлювалися правила виготовлення, зберігання, контролю якості та відпуску лікарських засобів. Основні зміни в фармацевтичному законодавстві на початку ХХ століття пов'язані з ухваленням у 1906 році закону "Про врегулювання аптечних взаємовідносин", який був одним з кращих профільних законів в Європі і діяв у Галичині до жовтня 1939 року.

Дослідник фармацевтичної діяльності тогочасного періоду Н. Бенюх [7] стверджує, що в той час було створено декілька типів аптек: королівські, публічні, військові, сільські, домашні та дрогерії. Аптеки діяли не тільки у Львові, але і на периферії, де згідно з декретом Надвірної канцелярії (1800 рік) дозволялося функціонування домашніх аптек практикуючих лікарів, за умови, що в місці їх проживання в межах однієї милі не було жодної аптеки. Права і обов'язки лікарів-власників таких аптек регламентувалися розпорядженням Міністерства внутрішніх справ. На Прикарпатті діяли аптеки Симона Едельмана у Богородчанах, Зигмунда Гегеля в Коломиї, "Під Ангелом" магістра Каземира Артматиса у Станіславі.

У складних умовах першої світової війни санітарний стан м. Станиславова, згідно з актом, завдяки його природному розташуванню в здоровій рівнині, яка омивалася рікою Бистирицею, завдяки наявності великої кількості садів і парків, чатковій каналізації, наявності достатньо чистої питної води і доброму обладнанню шпиталів було визнано задовільним. У місті тоді налічувалося

42 міські криниці, що свідчило про достатньо високий санітарний стан, так як побудова криниці вважалось надзвичайно дорівартісним проектом. У цей час у місті на Мрочковській площі у триповерховій будівлі функціонувала міська лікарня, де в 49-ти приміщеннях було 120 ліжко-місць та особливе інфекційне

відділення на 16 місць. В обслузі лікарні працювало 2 лікаря, 11 медичних сестер, 11 осіб допоміжного персоналу [38].

Після відступу російських військ, у Станиславові спалахнула епідемія віспи, яка швидко поширювалася. Щоб запобігти появі холери, 10 липня 1915 року в місті було розповсюджено оголошення, що кожна людина повинна повідомляти про появу симптомів захворювання у членів її родини. 08 січня 1916 року рішенням магістрату було також заборонено самовільну ексгумацію трупів загиблих солдатів їхніми родичами [39].

23 лютого 1916 року в місті оголосили про обов'язкове щеплення від віспи. Для стимулювання цієї процедури було попереджено, що без свідоцтва про щеплення не даватимуть хлібних карточок, паспортів, перепусток для подорожей, не виплачуватимуть гроші за військові постої, заблоковано буде доступ до торгів і ярмарків і навіть до публічних домів. Органи поліції контролювали процес щеплення, а мешканці мали повідомляти про не щеплених. З 28 березня 1916 року мешканці на випадок виїзду з міста мусили мати в документах інформацію від міського лікаря про відсутність хвороб. 10 квітня 1916 року було проведено безплатне щеплення від холери [38].

Станиславівців також активно закликали дотримуватися чистоти і порядку. В місті діяла спеціальна санітарна комісія, яка на недбалих господарів накладала штрафи чи наказувала їх арештам [39].

У складних умовах першої світової війни, в яких опинилось австрійське суспільство, вкрай необхідним було створення відомства, яке в опікувалося охороною здоров'я. Згідно з цісарським розпорядженням від 24 жовтня 1917 року було створено Міністерство здоров'я, на яке покладалося такі функції: запобігання та поширення інфекційним захворюванням (туберкульоз, венеричні хвороби, алкоголізм); співпраця служби здоров'я з ветеринарною службою в усіх питаннях, що стосуються здоров'я людей, гігієни міст і сіл, гігієни помешкань, гігієни на транспорті та кораблях; турбота про здорове харчування, про здоров'я молоді; гігієна працівників промисловості й інших виробництв; запобігання нещасним випадкам; опіка над хворими (в шпиталях, закладах для розумово

хворих, рятувальних закладах); гігієна в'язниць; діяльність аптек і виробництво ліків; опіка над інвалідами війни; лікарська практика, санітарна статистика. Для налагодження такого широкого спектру діяльності Міністерство здоров'я повинно було дбати про постійну й тісну співпрацю з громадськістю, пильно стежити за досягненнями світової медичної науки, створити спеціальні періодичні видання, у яких публікувати результати найновіших наукових досліджень із питань охорони здоров'я [24].

За проектом розбудови і програмами дії міністерства, яке очолив Іван Горбачевський згодом формували міністерства здоров'я Англія, Франція, Україна й інші держави.

## 2.2. Специфіка державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті за часів Західно-Української Народної Республіки (1918-1919 роки)

В результаті Листопадової національно-демократичної революції 1918 року на західноукраїнських землях, які входили до складу Австро-Угорської імперії була створена Західно-Українська Народна Республіка.

А в результаті більшовицького жовтневого перевороту в Росії постала ще одна українська держава: Українська Народна Республіка. Це було зумовлено як історичною долею цих земель, так і обставинами, що склалися. За цих обставин керівництва УНР і ЗУНР пішли на зближення, намагаючись взаємно закріпити свої позиції та реалізувати споконвічні мрії українців про об'єднання (злуку).

Де-факто Західно-Українська Народна Республіка існувала до липня 1919 року (евакуації уряду та Галицької армії на територію Української Народної Республіки (УНР)), де-юре – до березня 1923 року, коли Рада послів держав Антанти дала дозвіл на інкорпорацію Польщею Східної Галичини.

Прикарпаття стало складовою Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР) в 1918 році, а після Акту злуки, який було урочисто проголошено 22 січня



1919 року на Софіївському майдані у Києві, увійшло до складу Української Народної Республіки під назвою “Західні Області Української Народної республіки” (ЗОУНР). З кінця грудня 1918 року УНРада і уряд ЗУНР знаходились у Станіславові.

ЗУНР була в державно-правовому розумінні належним чином організована, з налагодженим, доволі чітко діючим законодавчим, адміністративно-виконавчим, правозахисним апаратом, збройними силами тощо. Місцевими органами влади були повітові Національні Ради, що склалися з представників авторитетних службовців, селян, священників, лікарів. Державний Секретаріат мав 14 державних секретарів: внутрішніх справ, закордонних справ, фінансів, юстиції, віросповідань, освіти, військових справ, земельних справ, торгівлі і промисловості, публічних робіт, праці і суспільної опіки, суспільного здоров'я, шляхів, пошти і телеграфу. Створена була і належна правова основа, видано ряд законів та інших правових актів, які ґрунтовно і кваліфіковано врегульовували різні галузі державного, соціально-політичного, економічного життя, галузі освіти, культури, охорони здоров'я [172].

Законодавча діяльність уряду ЗУНР відігравала важливе значення в організації державно-політичного життя країни. У Законі про адміністрацію ЗУНР від 16 листопада 1918 року визначилися принципи законотворчої діяльності. Оскільки видати нові закони в осягнутому часі було неможливо, залишалось чинним попереднє австрійське законодавство, якщо воно не суперечило інтересам і цілям Української держави. Водночас активно напручувалась власна законодавча база.

Економічно зруйнованому війною краю загрожував голод. Влада ЗУНР створила так званий харчовий виділ, взяла на облік усі запаси продовольства й товарів першої необхідності, організувала їх розподіл серед населення. Заборонялося вивозити продовольство за межі держави, вводилося два дієтичні (безм'ясні) дні на тиждень, було відкрито дешеві й безкоштовні їдальні для бідноти, дітей і людей похилого віку. Неабиякі зміни відбулися у сфері охорони здоров'я, освіти. Відкривалися лікарні, поліклініки, школи [63].

Для адміністрації ЗУНР питання медичної обслуги найбільш гостро постало у на початку листопада 1918 року через воєнні сутички з польськими підрозділами, що виступили проти української влади. Поміж українськими старшинами виявився військовий лікар Кость Танячкевич, якому військово командування доручило очолити санітарний реферат при штабі. Відразу штабним наказом К.Танячкевича було призначено комендантом (“санітарним шефом”) санітарної частини, яку він сам і повинен був організувати. Новопризначений санітарний шеф мав у своєму розпорядженні обмежену кількість фахово підготовлених українців. Поміж тими добровольцями був один лікар, семеро студентів-медиків та кілька фахово підготовлених жінок допоміжного медичного персоналу (“сестер-милосердя”) [143].

Влада ЗУНР приділяла достатню увагу питанням охорони здоров'я населення. Ще в грудні 1918 року усім повітовим комісарам наказано призначити повітових санітарних лікарів, створити санітарні комісії, вжити заходів до відкриття лікарень, поліклінік, аптек. Це в межах можливостей і було зроблено. Керував організацією і діяльністю медичної служби санітарний відділ секретарства внутрішніх справ, видавались продовольчі пайки. Проте лікарів, санітарів, медсестер дуже не вистачало, як і найнеобхідніших медикаментів. Не дивлячись на це, медична служба зробила багато для надання медичної допомоги населенню краю та десяткам тисяч військовополонених, які переїжджали через Галичину. Була в основному ліквідована й грізна пошесть тифу, яка почала поширюватись у краї [88].

Державні повітові комісари, які були представником і основним органом державної адміністрації, поруч із основним правом і обов'язком "берегти інтереси української державності і протидіяти всяким способам, скерованим проти неї, повинні були “преклатати” Державному Секретаріатові місячні звіти про стан здоров'я громади в повіті”.

Після відступу українського війська зі Львова і розгортання широкомасштабної українсько-польської війни, медична служба формувалася відповідно до реорганізації структури Української Галицької Армії (УГА). Поряд

з браком фахово підготовлених офіцерів вищого командного складу, відчувалась недостатня кількість військових спеціалістів в окремих структурних підрозділах УГА, зокрема у медичній і санітарній службі.

Медична та санітарна служба УГА мала розгалужену систему надання лікарської допомоги. За визначенням науковця, члена Наукового товариства імені Шевченка в Америці В. Трембіцького [173], медичні служби за функціями поділялися на такі види: надання першої допомоги (перев'язочно-лікарська) прифронтовій лінії чи державному кордоні; притранспортних засобах (перевезення військових частин до чи від фронту); в міських лікарняних осередках чи міських госпіталях. Саме військові госпіталі несли найбільше навантаження та відповідальність за видужання особового складу УГА.

Приміщення та обладнання військових госпіталів не було типовим чи стандартним. Окремі госпіталі мали відповідний лікарський персонал і повне обладнання, навіть з рентгеном й були розташовані у спеціальних будівлях зі значною кількістю лікарняних ліжок. Обслуговуючий персонал складався зі відповідно навчених військових санітарів, “сестер служебниць” та “сестер жалібниць”. Поряд з тим діяли й госпіталі, організовані, поспіхом, що не мали найнеобхіднішого обладнання та забезпечення.

З самого початку державотворення Західно-Української Народної Республіки та організації УГА необхідно було вирішувати питання забезпечення медикаментами цивільних лікарень та військових госпіталів. Головна проблема полягала у тому, що в Галичині, на Східному фронті Першої світової війни з 1918 р. масштабних військових дій фактично не велося. Тому майже весь лікарсько-медичний запас австрійської армії був зконцентрований переважно на фронтовій лінії, що проходила через Балкани (Македонія, Албанія), Альпи та на італійському фронті. Тому новопосталій ЗУНР у спадок залишилося не так багато стратегічних військових припасів [173].

Забезпеченням госпіталів ліками та обладнанням займався Державний секретаріат внутрішніх справ ЗУНР. Закупівлі ліків та медикаментів

здійснювалися переважно через посольства та дипломатичні представництва в Австрії, Чехо-Словаччині та Угорщині.

Після проголошення у 1918 році Західно-Української Народної Республіки Державну медичну місію ЗУНР у Відні очолює Ярослав Окуневський - військовий лікар, контр-адмірал Австро-Угорського флоту, мандрівник, публіцист, меценат, національно-просвітницький діяч. Згодом він переїжджає жити до Городенки до брата, стає головнокомандувачем у санітарних справах Державного Секретаріату ЗУНР. Коли Морське відомство УНР стало формувати полки морської піхоти виникли проблеми з їхнім медичним забезпеченням. Як колишній головний лікар Австро-Угорського флоту, керівник медичної місії ЗУНР у Відні адмірал Ярослав Окуневський зробив значний внесок у забезпечення військ УНР. Використавши свої зв'язки у Відні він у 1919 році організував доставку медикаментів і військово-медичного майна на потреби армії УНР [2].

В Австрії, генерал-лікар Ярослав Окуневський пригадував, що відбувалася закупівля з рознарядки Державного секретаріату військових справ ЗУНР, за фінансової підтримки Миколи Василька: “Дивлюся – запотребовання на цілі шпиталі, на ліки, на інструменти, на санітарний матеріал, на вербовання лікарів і т. д., підписані полковником д-ром Андрієм Бурачинським. Дальше письмо від міністра здоров'я д-ра Куровця, де описуються страшні санітарні відносини між населенням і знов запотребовання. Реферую. “Все те конечно, дістати все те можна, навіть досить дешево із повоєнних складів Австрії, але на це треба мільонів. Як можете мені їх дати, то буде можна вислати за кілька тижнів”. Перший раз я побачив Василька, що звичайно був дуже повздержливий, як він вибухнув гнівом. “Та що вони гадають ті панове в Станіславові, що Відень все їм ще мама! Чи гадають, що я тут друкую австрійські корони?” Видкося, що таких запотребовань, як оце моє, прийшло до посольства багато з інших департаментів у Станіславові. На другий день закликав мене знову Василько, дав мені чек до банку на один мільон. “Більше не маю, – казав – закупіть, що знаєте і зможете, і висилайте”. Звідки Василько добув ті гроші, а то була в той час висока сума, не знаю. Знаю, що зі Станіславова до посольства ніякі гроші не приходили. За ті

гроші закупив я в Австрійським Червонім Хресті два цілком улаштовані епідемічні шпиталі і вислав їх в Україну [104].

Медична служба ЗУНР потерпала від кадрової проблеми, яка ускладнювалася тим фактом, що більшість цивільних лікарів польської національності, які за австрійської влади мешкали і працювали у Східній Галичині, відмовлялися працювати в українських військових госпіталях. Після листопадового перевороту 1918 року весь тягар медичної допомоги ліг на національні медичні кадри. Вдалося залучити до роботи українські медичні кадри: Ростислава Біласа, Осипа Прийму, Андрія Бурачинського та інших. Велась підготовка лікарів на медичному факультеті Українського університету у Львові, який очолював доктор Мар'ян Панчишин. У визвольних змаганнях брали активну участь лікарі: Олександр Козакевич, Володимир Білосор, Володимир Щуровський, Мирон Заячківський, Кость Воевтуха, Петро Петрушевич та інші [186].

Частину кваліфікованих лікарських кадрів цивільна та військова влада ЗУНР була змушена запрошувати з Наддніпрянської України та Австрії. Особливо велику увагу надавали залученню для госпіталів висококваліфікованих лікарів-хірургів. Зокрема, з-поміж світил віденської хірургічної клініки вдалося запросити до праці в ЗУНР докторів Глянца Гайріха, Роберта Шпоннера та декількох інших. В результаті у січні 1919 року санітарному шефові при Начальній Команді Галицької Армії докторові Костю Тянячкевичу на фронті підпорядковувалися 24 лікарі [173].

Санітарний стан краю був тоді критичним. Медичну та санітарну службу необхідно було організувати в надзвичайно складній воєнній та соціальній ситуації від самих основ. У створеному уряді ЗУНР - Раді Державних Секретарів (РДС) - посаду секретаря "Народного здоров'я" обійняв відомий лікар з Калуша, діяч Української національно-демократичної партії, посол до Галицького сейму доктор Іван Куровець. Перед ним стояло завдання оперативно налагодити санітарно-адміністративний апарат, який був у стані повного розладу.

Нелегкі обов'язки держсекретаря охорони здоров'я І.Куровець виконував спершу у Львові, а згодом, після евакуації столиці, в Станіславі. З осені 1918 року через Галичину, згадував Куровець, котилася нескінченна маса “поворотців”, колишніх вояків, полонених, втікачів. Вони принесли із собою пошесті “іспанки” (грипу), висипного і черевного тифу. Для припинення епідемії треба було встановити на кордонах і комунікаційних шляхах карантинні станції та залучити до виявлення і лікування хворих багато лікарів і допоміжного персоналу, відкрити додаткові ізолятори та забезпечити їх усім необхідним, долати саботаж польського населення. В період з лютого по травень 1919 року захворіли на тиф 34 галицькі лікарі, з них 14 померли. Уряд ЗУНР надіслав розширений інформаційний матеріал про важку санітарну ситуацію в краї до Інтернаціонального комітету з поборення епідемій у Берні (Швейцарія) та його філій у Відні та Будапешті, прохаючи допомоги [57].

На початку березня 1919 року в Галичину прибула санітарна комісія Червоного Хреста, яка високо оцінила зусилля українців у боротьбі з тифом та іншими інфекційними хворобами. Голова комісії доктор Фрік сам захворів на тиф. Проте будь-якої реальної допомоги галичани не одержали. Доктор Куровець налагодив службу повітових лікарів, шпитальну справу. У лютому 1919 року Державний Секретаріат у Станіславі створив державну раду здоров'я, до складу якої входив д-р Куровець. Організатор громадської організації “Сокіл” Іван Боберський згадував, що в уряді тих часів добре працювали тільки два міністерства - медицини і залізничного транспорту.

Після закінчення війни Іван Куровець усі свої сили віддавав “Народній лічниці” у Львові (українській медустанові для населення краю, що функціонувала на волонтерських засадах), відновивши працю розграбованої росіянами (при відступі зі Львова) амбулаторії. В цей час там практикувало, крім нього, усього четверо лікарів. Тому ординував не лише у внутрішньому відділі, але й приймав хворих з лор-патологією та очними хворобами. Виконував обов'язки касира, а з 1923 року і голови Товариства “Народна лічниця”. Після польських реквізицій наприкінці 1918 року тут залишились голі стіни. Завдяки

Куровцеві було ліквідовано усі борги, проведено ремонти і розпочато всенародну акцію за побудову у Львові повноцінного стаціонарного українського шпиталю. У 1924 році доктор Куровець став директором амбулаторії. У 1926 році, за сприяння митрополита Андрея Шептицького, товариство “Народна лічниця” отримує у власність велику земельну ділянку під побудову лікарні. Куровець постійно залучав фахівців до участі в справі лічниці. За час директорства Івана Куровця в амбулаторії почали безоплатно працювати відомі лікарі, співробітники львівських та краківських клінік М. Панчишин, М. Дзерович, О. Подолинський, О. Пелех та інші (до 14 осіб у 1930 році). Було придбано сучасні засоби (кварцову лампу, рентгенапарат). Значно зросла кількість хворих, що зверталися по допомогу до амбулаторії “Народної лічниці” (понад 25 тисяч осіб у 1930 році, кількість операцій сягнула 432 у 1930 році) [57].

Організація медичної служби відбувалася в складних умовах українсько-польського протистояння. Керівництво медичної служби створило мережу пунктів першої допомоги пораненим. Далі хворі та поранені відправлялися до гарнізонного шпиталю та в запілля. Через нестачу кваліфікованих медичних кадрів доводилося обходитися мінімальною кількістю персоналу. Однак в стислі строки вдалося організувати оперативну і ефективну допомогу пораненим [143].

Не дивлячись на це, медична служба зробила багато для надання медичної допомоги населенню краю та десяткам тисяч військовополонених, які переїжджали через Галичину. Була в основному ліквідована й грізна пошесть тифу, яка почала поширюватись у краї.

### 2.3. Особливості державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у складі Польщі (II Річ Посполита 1919-1939 роки)

Історично склалося так, що в досліджуваний нами історичний період Прикарпаття входило до складу ще однієї держави – Польщі (II Речі Посполитої).

Внаслідок українсько-польської війни, яку українці програли в 1919 році, поляки захопили Східну Галичину, Західну Волинь, Західне Поділля, Холмщину,

Підляшшя. Не очікуючи на рішення міжнародної громадськості, яка остаточно визнає перехід цих земель під владу Польщі тільки 14 березня 1923 року, вони розпочали впроваджувати тут власну систему управління. 3 грудня 1920 року на землях колишнього Королівства Галичини й Лодомерії було утворено органи адміністративного управління другої інстанції – воєводства Краківське, Львівське, Тернопільське і Станіславівське. До складу останнього станом на 1921 рік входило 16 повітів: Богородчанський, Долинський, Городенківський, Калуський, Коломийський, Косівський, Надвірнянський, Печеніжинський, Рогатинський, Скольський, Станіславівський, Стрийський, Снятинський, Тлумацький, Турчанський, Жидачівський [205].

Відповідно до “Малого Версальського трактату”, підписаного між державами Антанти і Польщею 28 червня 1919 року, Польща зобов’язувалась надати національним меншинам політичні і громадянські права, організувати на територіях, населених національними меншостями, широке територіальне, національне та господарське самоврядування [192].

У концепціях ж вирішення польською владою українського питання знайшов своє відображення вплив Ягеллонського міфу<sup>5</sup>. Негативний стереотип “українця-гайдамаки”, позбавленого національної самоідентичності та державотворчого потенціалу, було покладено в основу трактування самоназви “українець” та українського народу загалом: від повного заперечення його існування до визнання його культурно-етнографічної єдності з наддніпрянськими українцями. Влада Польщі прилучилася і до утвердження у свідомості польського народу переконання про виключно історико-географічний характер терміну “Україна”, а отже – споконвічну приналежність західноукраїнських земель до Польщі [191].

Польська влада, користуючись стереотипами меншовартості інших слов’янських народів, активно запроваджувала на захопленій території політику

<sup>5</sup> Ідея відповідності умовній ієрархічній шкалі народів періоду Ягеллонів у XVI–XVII ст. Вихідною точкою була теза про національну меншовартість та культурно-історичну відсталість українців і білорусів. Ця теорія абсолютизувала роль Ягеллонської доби у формуванні політичної свідомості поляків, українців, білорусів та утверджувала думку про їх історико-політичну приналежність до польської нації.



полонізації. Якщо в 1918 році у Західній Україні було 3662 українські школи, то в 1935 році їх за лишилося всього 184. У Станіславському воєводстві в 86,9% шкіл навчання провадилось польською мовою, незважаючи на те, що польське населення становило в краю лише 15%. [18].

Польською владою в 1930 році була проведена пацифікація (умиротворення) - репресивна акція із застосуванням поліції та армії проти цивільного населення, яка охоплювала 450 населених пунктів у 16 районах Галичини. Пацифікація супроводжувалася терором, руйнуванням власності та громадських установ українських організацій та приватних осіб, було зруйновано й частково спалено близько 800 сіл, закатовано сотні людей, 1700 заарештовано. У 1931 році спеціальна комісія Ліги Націй осудила польський уряд за проведення пацифікації, але незважаючи на це, репресивна політика не припинялась і в наступні роки [192].

Поруч із територіальними здобутками польська влада одержала також низку нагальних проблем. Руйнівна дія війни та політичних катаклізмів призвела до загального розладу життя, катастрофічного стану економіки та галузей господарства. Не стала винятком у цьому відношенні й система охорони здоров'я й аптечна справа, що зазнали особливого нищення й занепаду. Мережу цивільних лікувально-профілактичних і аптечних закладів, брак яких гостро відчувався і в мирний час, під час воєнних дій було фактично ліквідовано. Відповідно до законів воєнного часу лікарі, фельдшери та фармацевти підлягали обов'язковій мобілізації, а всі наявні запаси лікарських засобів – передачі до військових медико-санітарних частин. Унаслідок війни різко погіршився санітарний стан, колосально зросла захворюваність, особливо інфекційна, яка набула характеру епідемій з високою смертністю [30].

Впродовж всього досліджуваного періоду відбувалися певні організаційні зміни і в охороні здоров'я, про що, зокрема, свідчить реструктуризація системи управління в цій сфері. Польським тимчасовим урядом у постанові від 03 січня 1918 року на Міністерство внутрішніх справ покладалась розробка та втілення в

життя всіх питань, які становлять коло діяльності окремих частин краю, нагляд за місцевим самоуправлінням, “всякого рода поліції”, служби здоров’я.

Зважаючи на складну санітарно-епідеміологічну ситуацію, польський уряд розпочав на території Станіславського воєводства створення системи охорони здоров’я відповідно до законодавства Другої Речі Посполитої. Згідно з Державним основним санітарним законом, що набув чинності 19 липня 1919 року, найвище керівництво у справах гігієни і медицини було покладене на створене ще в січні того ж року Міністерство здоров’я громадського [197].

На місцях охороною здоров’я опікувалися комунальні управління. До їхніх обов’язків входили: нагляд за чистотою води, повітря, вулиць, нормами будівництва й санітарного стану помешкань, особистою гігієною громадян, опіка над хворими, вагітними, розумово відсталими та інвалідами, забезпечення їх своєчасною і, по змозі, кваліфікованою лікарською допомогою, співпраця з урядовою владою в боротьбі з епідеміями та венеричними хворобами, проведення профілактичних щеплень, утримання кладовищ і гробарень, співпраця з Міністерством здоров’я громадського у справі контролю за продуктами споживання, створення статистичних звітів та виконання урядових указів і приписів у сфері охорони здоров’я. Контроль за діяльністю комунальних управлінь у гмінах здійснювали повітові лікарі, яких своєю чергою контролював окружний лікарський інспектор [202].

Після ліквідації цього Міністерства його функції були поділені між Міністерством внутрішніх справ і Міністерством праці й соціального забезпечення. До останнього перейшли питання охорони материнства і дитинства, обслуговування інвалідів і калік, нагляд за діяльністю медичних і гігієнічних установ і товариств. Всі інші питання перейшли у відання Міністерства внутрішніх справ, в складі якого був утворений департамент служби здоров’я. Саме в цей час питання охорони здоров’я школярів віднесено до функцій Міністерства культури і народної освіти [25].

Згідно з розпорядженням Міністерства внутрішніх справ від 13 березня 1926 року було засновано воєводські й повітові Ради здоров’я, які виступали як

дорадчі органи й повинні були ініціювати та координувати різні акції для покращення охорони здоров'я на терені. До рад входили місцеві чиновники. Наприклад, у Станиславівському повіті членами Ради здоров'я були староста, лікар повітовий, лікар гарнізонний, лікар дирекції державних залізниць, головний міський лікар, головний лікар каси хворих, шкільний інспектор, інспектор праці, державний делегат управління будівництва, представник повітового відділу [39].

Зважаючи на епідемію висипного тифу та високу захворюваність на інші інфекційні хвороби, 14 червня 1920 року керівником польської відродженої держави Юзефом Пілсудським був виданий указ про організацію “Управління Головного Надзвичайного Комісара по боротьбі з епідеміями, які загрожують безпеці держави”. Це Управління повинно було функціонувати спорадично – у період епідемій за спеціальним дозволом Кабінету Міністрів. Надзвичайний комісар по боротьбі з епідеміями був наділений і надзвичайними правами (тимчасова реквізиція будівель, залучення лікарів для боротьби з епідеміями, контроль за перевезенням вантажів, видання розпоряджень тощо). Було створено 4 округи Управління Головного Надзвичайного комісара, зокрема один у Львові (на Львівське, Станиславівське і Тернопільське воєводства). У зв'язку з продовженням епідемій і високою смертністю населення, це Управління не припиняло своєї діяльності протягом всього часу перебування Прикарпаття у складі Польщі. Поряд з Управлінням Головного надзвичайного комісара по боротьбі з епідеміями, функції боротьби з інфекційними захворюваннями були в повноваженнях Польського Міністерства охорони здоров'я та, частково, Міністерства внутрішніх справ [147].

Досить високим був рівень захворюваності на туберкульоз й у Станиславівському воєводстві. Його показник у 1927 році становив 29,9 на 10000 осіб, а в 1928 році уже зріс до 74,3. Така велика причина зросту показника пов'язана з недостатньою реєстрацією хворих. Смертність від туберкульозу складала 21,6 на 10000 осіб. Найбільшій поширеності хвороба набула в Калуському, Косівському, Надвірнянському повітах.

У контексті викладеного вище, слід наголосити на тому, що боротьбу з туберкульозом у досліджуваний період організували відділи протитуберкульозного союзу, який за мізерні кошти, зібрані серед населення на “Протитуберкульозних днях”, утримував протитуберкульозні пункти. Госпіталізація інфекційних хворих не проводилася через високу платню, яка в багатьох мешканців Прикарпаття викликала страх перед лікарем, тому населення часто приховувало наявність інфекційних захворювань. Як зазначає вже неодноразово цитований З. Библиук [8], один із лікарів Косівського повіту навіть писав, що Гуцульщина була і є вогнищем епідемії інфекційних захворювань – сипного тифу, туберкульозу.

Вкрай незадовільні житлово-побутові умови, постійне недоїдання та відсутність відповідного лікування туберкульозних хворих сприяли активному розповсюдженню даного захворювання. У звіті міністерства військових справ про захворюваність призовників на туберкульоз за 1931 рік вказується, що із загальної кількості обстежених призовників 10% з них хворіють на хвороби легень.

У 1931 році серед призовників 1907 року народження було виявлено хворих на туберкульоз 8,5%, а серед призовників 1908 року народження – 19,8%. Низький рівень протитуберкульозних заходів призводив до високої смертності хворих. Так, у 1929 році в Косівському повіті від туберкульозу померло 118 хворих, у 1930 році – 116, у 1931 році – 177.

У 20-30-х роках ХХ століття на території Косівського повіту були поширені такі небезпечні хвороби, як натуральна віспа, висипний і черевний тифи, дизентерія, зоб. Високою була загальна дитяча смертність. Так, у 1927 році смертність серед дітей до одного року в повіті становила 272 на 1000 народжених, у 1928 році – 289 на 1000 новонароджених. Разом із тим, хворі на інфекційні і венеричні захворювання отримували медичну допомогу в амбулаторіях безкоштовно, а в стаціонарах – з частковою оплатою [8, 20].

Широко розповсюдженим серед населення Гуцульщини був сифіліс. Так, у 1930 році спеціальна комісія обстежила 16836 сільських жителів цього регіону і виявила серед них 2995 хворих на сифіліс, що становило 17,9%. У селі Хімчин

цей показник становив 27,6%, в Яворові – 20,3%. Організовані протисифілітичні амбулаторії в м. Косові, селах Жаб'є, Гринява, Річка, Пістинь не забезпечували належного лікування хворих, бо їх прийом проводився лише один раз на тиждень. У 1930 р. серед 82 випадків вродженого сифілісу 8 було виявлено серед дітей від 1 до 5 років. Лікуванням гонореї на Гуцульщині ніхто не займався [8].

Від гострих хірургічних захворювань у Станиславівському воєводстві помирало 200–250 осіб. У 1928 році від гострого апендициту вдома померло 59 осіб, від стиснутої грижі – 89, від кишкової непрохідності – 428. Онкологічні захворювання практично не лікувалися. З 25 випадків раку в 1928 року тільки 5 (19%) осіб проходили стаціонарне лікування. Рівень дитячої смертності був одним з найвищих у Польщі. Коли у Львівському воєводстві в 1926–1927 роках він складав 178 на 1000 новонароджених, Тернопільському – 162, то в Станиславівському – 20930. Великого поширення у воєводстві набули венеричні хвороби. У 1934 року показник захворюваності на них у Станиславівському воєводстві становив 7,6 на 10000 осіб, у Львівському – 6,7, Тернопільському – 2,231 [20].

У досліджуваній період були створені лікарські округи. Кожен округ нараховував близько 25 тисяч чоловік і об'єднував декілька гмін (громад). Наприклад, у Косівському повіті було створено 5 лікарських округів (Косів, Кути, Рожнів, Гринява, Жаб'є). Керував медичними справами у даному територіальному утворенні окружний лікар, який був підпорядкований повітовому лікарю і ніс повну відповідальність за стан здоров'я населення у своєму окрузі. Повітовий лікар розв'язував усі питання медичного обслуговування і організовував діяльність окружних лікарів. Одночасно він виконував функції санітарного референта. На допомогу санітарному лікарю призначався повітовий санітарний контролер. Окружні лікарі у своїй роботі керувалися інструкцією, виданою Австро-Угорщиною ще в 1901 році. На допомогу окружним лікарям призначалися ще й прозектори або оглядачі трупів, які не мали ні загальної, ні спеціальної освіти. Тільки 20% з них мали досвід санітарів під час проходження військової служби, решта були оглядачами тварин або ж залучалися для цього

місцеві бідні жителі, які не мали ніяких інших джерел для існування. Вони одержували за свою специфічну і не привабливу роботу незначну винагороду – від 60 до 80 золотих на рік [8].

Витрати Польської влади на збереження здоров'я населення Прикарпаття не забезпечували реальної потреби, тому вони поповнювалися за рахунок плати за лікування. Первинну медичну допомогу населення Прикарпаття в цей період отримувало в амбулаторіях та лікарнях, які створювалися і утримувалися за рахунок бюджетів місцевих органів влади та різними філантропічними товариствами. Найбідніші мешканці лікувалися за кошт органів місцевого самоврядування. Повітові лікарі, маючи на своїй території 20 – 25 тисяч населення, не могли, звичайно, вчасно надавати населенню медичну допомогу.

Так, у 1920 році на бюджеті місцевої влади Станіслава, Коломиї, Городенківського та Надвірнянського повітів утримувалося 8 громадських лікарень із тринадцяти. Станом на 1934 рік всього в межах області налічувалося 15 медичних закладів на 338 ліжок (забезпеченість лікарняними ліжками складала 0,7 ліжка на 1000 осіб. Для порівняння: середній рівень забезпеченості лікарняними ліжками населення Польщі був майже вдвічі вищий, аніж у Станіславському воєводстві), більшість із яких належала сеймам та магістратам. Ці лікарні мали терапевтичні, хірургічні, пологові та інфекційні ліжка. У Львівському й Тернопільському воєводствах із стаціонарною допомогою було не краще. Навіть у 1928 році в 24 повітах цих воєводств не було жодного лікувального закладу [18].

За своїм профілем лікарняні ліжка в 1934 року розподілялись таким чином: терапевтичних 19,3%; фтизіатричних 24,9; хірургічних 20,4%; пологових 4,6%, дитячих 1,5%; інфекційних 9,4%; венерологічних 9,2%; офтальмологічних 1,5%; отоларингологічних 0,7%; інших 8,5%. Слід наголосити на тому, що профіль ліжок не був стабільним, він міг змінюватися щодня й пристосовувався до складу хворих, які надходили на лікування. Так, у 1936 році питома вага терапевтичних ліжок становила 34,0%, хірургічних 16,8, фтизіатричних 19,2%, інфекційних 7,7%

тощо. Ліжковий фонд не задовольняв, звичайно, потреб населення. Це видно хоч би з того, що з зареєстрованих у 1927 році в Станіславському воєводстві 3746 інфекційних хворих, які потребували стаціонарного лікування, було госпіталізовано лише 741 особу — п'яту частину; що стосується хворих на туберкульоз, то лише 17% з них були госпіталізовані. На утримання медичних закладів польська влада асигнувала мізерні кошти. Так, у 1935 року ці асигнування становили 1113310 злотих, або 95 грошів на 1 особу. Із цих сум 83540 злотих йшли з державного бюджету, 425722 злотих з бюджету міських самоврядувань і 604048 злотих з бюджету повітових самоврядувань. Під різними приводами ці жалюгідні суми не додавались. Середні витрати у Станіславському воєводстві на потреби охорони здоров'я становили 0,95 злотого на душу населення; в окремих повітах витрати на медичне обслуговування були ще меншими: Рогатинський — 0,26 злотого, Калуський — 0,42, Долинський — 0,50, Городенківський — 0,66 злотого [18].

В усіх медичних закладах існувала шпитальна такса, згідно з якою стягувалася певна платня, що залежала від умов, в яких перебував хворий і якості лікування. Лікарняні палати поділялися на три класи залежно від умов перебування і якості обслуговування хворих. Середня вартість лікування в палаті першого класу становила 12 золотих, другого класу - 8, третього класу - 4,0 - 4,5 злотих [25].

Вартість хірургічних операцій оплачувалася окремо. У середньому за нескладну операцію сплачували 120–150 злотих, видалення апендициту коштувало 70 злотих, операція з кишкової непрохідності – 200 злотих. Кошти сплачувалися перед початком операцій. Загалом перебування пацієнта на лікарняному ліжку, залежно від класу палати, коштувало йому від 60 до

240 злотих. За прийом у приватного лікаря необхідно було заплатити 5–10 злотих, за медичну допомогу в кабінеті лікаря – 3 злотих, за відвідання хворого вдома – 5–6 злотих, за виклик лікаря в село, який приїздив фіакром (бричкою), – від 10 до 100 злотих. Пологи в лікарні коштували 40–50 злотих, а в разі хірургічного втручання значно більше. У пологовому відділі приватної клініки

Ярослава Гутта у Станиславові за звичайні пологи потрібно було заплатити 150 злотих за 10 днів перебування, в разі ускладнення – 200 злотих; пацієнти самостійно вибирали лікуючого лікаря [187].

Як стверджує З. Библюк [8], летальність в лікарнях сягала 5 – 6%. Впродовж року в повітових лікарнях проводилось не більше 75 – 90 операцій. Більшість хірургічних хворих помирала вдома, бо за кожну операцію необхідно було платити 10 – 30 злотих (для порівняння: некваліфікований робітник за день у той час заробляв 2 злоті).

Міське населення, за винятком найбідніших, лікувалося вдома. Користувалося воно переважно послугами приватних лікарів, які приймали пацієнтів у своїх домашніх приймальнях. Як зазначає Прикарпатський історик Р.Чорненький [187] на будівлі, де мешкав лікар, вивішувалася таблиця з написом про час прийому хворих. Так, приватний лікар Т.Ольшанський у Станиславові приймав від 15:00 до 18:00 години. Двічі на тиждень він безкоштовно оглядав хворих із числа бідних мешканців. За спогадами його сина, на лікарській табличці про такий прийом не було вміщено інформації, але про це всі знали, тому в приймальні завжди було багато людей. Безплатні прийоми зробили лікаря популярним у Станиславові, часто вдячні пацієнти кланялися йому на вулиці.

Поширеною практикою в той час була публікація в місцевій пресі подяки за лікарську допомогу. Одну з них опублікував І.Сілбербах, у якій дякував за лікарську допомогу і вилікування від важкої хвороби сина лікарю каси хворих Я.Голдсхлаг-Заславській та С.Кубішталові [198].

Спробою залучити до розбудови системи охорони здоров'я додаткові фінансові вливання і тим самим полегшити долю місцевого бюджету стало створення прототипу страхової медицини у вигляді кас хворих. Вони створювалися у всіх повітах, а також у містах із кількістю населення понад 50 тисяч осіб. До кас хворих в обов'язковому порядку залучалися всі ті, хто займався найманою працею і члени їх родин. У фонд каси відраховувалися певні кошти із заробітної платні робітника (чим вища зарплата, тим вищий відсоток відрахувань, усього 12 категорій), які поверталися йому у вигляді відшкодувань під час втрати



працездатності внаслідок хвороби чи в наданні лікарських послуг. До цієї схеми могли також добровільно приєднатися особи, які не займалися найманою працею, за умови своєчасної сплати членських внесків [194].

У 1919 році в Польщі був прийнятий Декрет про обов'язкове медичне забезпечення на випадок хвороби. Слід наголосити на тому, що впродовж 50 – 70-х років ХХ століття досить тендеційно оцінювалось запровадження в дорадянський період лікарняних кас. Так, івано-франківські науковці А.Гарагашьян і П.Паращак [18] акцентують увагу на наступному: “У буржуазній Польщі, в тому числі й Станіславському воєводстві, були створені так звані каси хворих - їх добровільно організовували робітники й службовці. Щомісяця кожний вносив у касу 2% від заробітної плати... Страхові каси на випадок хвороби виплачували допомогу тільки в розмірі 50% заробітної плати. 15% вартості стаціонарного лікування виплачував застрахований” [18, с. 25].

Тернопільський дослідник О. Рябишенко зазначає: “Видимість піклування про медичне обслуговування населення західно-українських земель була проявлена при організації так званих “кас хворих”. Кожний член каси повинен був вносити 2% своєї заробітної плати щомісяця в “касу хворих”. У разі захворювання він одержував медичну допомогу безплатно. За період хвороби “каса хворих” виплачувала середньомісячний заробіток. Таким чином, медична допомога подавалася за рахунок самих членів каси. У 1925 році членами усіх “кас хворих” було 3,9 % населення. Звідси зрозуміло, що ця форма організації медичної допомоги не вносила істотних змін в існуючу практику, коли головною фігурою був приватнопрактикуючий лікар” [140, с. 320].

По-іншому розставляють акценти при висвітленні окресленої проблеми снятинські автори Я.М. Воробець і В.М. Ткачук, описуючи ті ж події наприкінці 90-х років минулого століття. “У тодішній Польщі, в тому числі в Станіславському воєводстві, були створені так звані каси хворих. Їх добровільно організовували робітники і службовці. Щомісячно кожен вносив у касу 2 відсотки заробітної плати на випадок хвороби. Кожен член каси отримував грошову допомогу у розмірі 60 відсотків середньомісячного заробітку і користувався

безкоштовною амбулаторною допомогою, а при потєбі – стаціонарним лікуванням, вартість якого оплачувалася касою хворих (50%) і державою (50%). 3 грудня 1933 року каси хворих були реорганізовані в страхові, які виплачували допомогу тільки 50 відсотків заробітної плати, 15 відсотків вартості стаціонарного лікування виплачував застрахований” [14, с. 27].

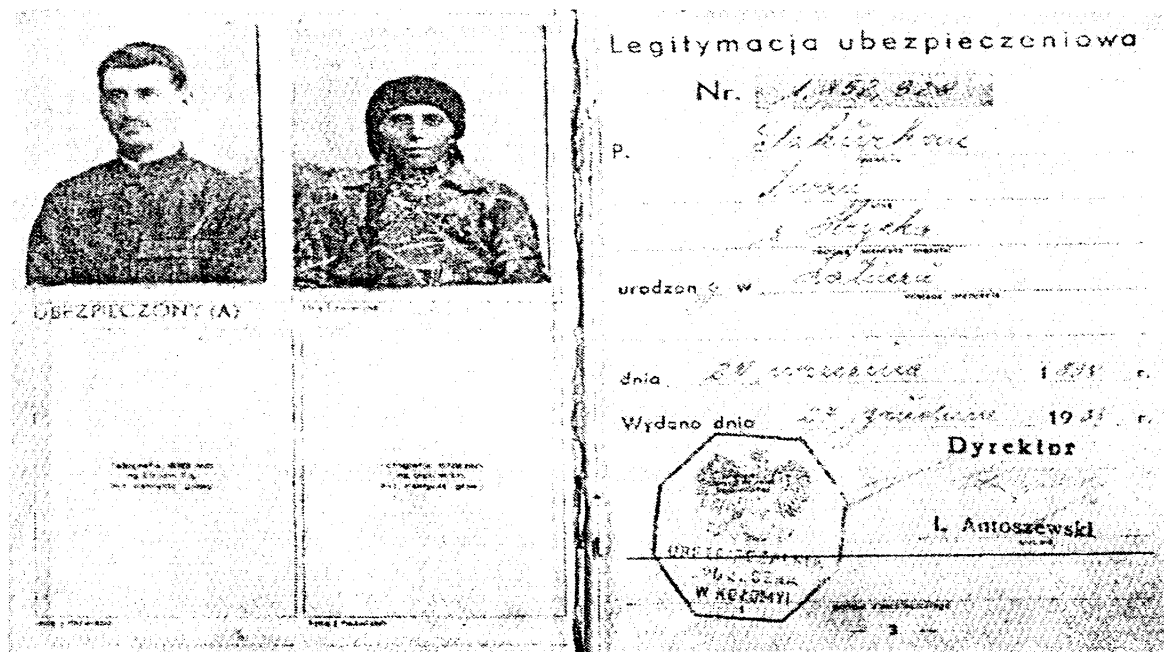
На нашу думку, власним досягненням поляків на теренах Прикарпаття було створення повітової каси хворих (тепер поліклініка № 3, що на вул. І.Франка в м. Івано-Франківську), яку збудували у 1926 році. В основному там лікувалися залізничники та їхні родини. Плюс ще один заклад місто викупило у приватника. Це так званий “Санаторій доктора Гутта” (фтизіопульмонологічний центр, що на вул. І.Франка, 17 в м. Івано-Франківську), який славився своїм пологовим відділенням і був наймоднішим пологовим будинком міста [187].

Автори дослідження переконані, що ведення таких документів як Посвідчення члена каси хворих та Відомості про отриману медичну допомогу членом каси хворих, які представлені на рисунках 2.1. та 2.2. свідчать про адресне спрямування коштів, а також забезпечення контролю їх використанням.

Подібна система страхування на випадок захворювання мала цілу низку недоліків. По-перше, поза її межами залишалась основна маса селянського населення воеводства, яке не мало змоги сплачувати внески до кас. По-друге, створювався бюрократичний апарат у сфері охорони здоров'я з усіма його негативними проявами: затримки з виплатами коштів, хабарництво, паперова тяганина.

Найбільшої незручності завдавала та обставина, що член конкретної каси хворих не міг покинути межі її територіальних повноважень без згоди спеціальної комісії та свідoctва лікаря; в іншому випадку ризикував утратити свою страховку. Нерідко ця процедура ставала нездоланною перешкодою для виїзду в іншу місцевість. Яскравою ілюстрацією до вищесказаного є свідчення сучасника подій Івана Герасимовича: “...прийдеться мені мабуть виїхати зі Львова, таки не дїждавшись ані придїлення лікаря, ані комісії Каси хворих, бо ж літо мине, заки

для українця львівська Каса хорих зуміє полагодити цілий лабіринт передбачених і непередбачених бюрократичних кручок...” [21].



Посвідчення члена Каси хворих, жителя с. Залуччя на Снятинщині. 30-і роки ХХ століття

Рис. 2.1. Посвідчення члена каси хворих

Zaświadczenia o otrzymaniu pomocy (zabawym)					pracodawcy i urzędności (zarobkowym ubezpieczonym)		
№ listy ubezpieczonych (zabawym)	№ wniosku (zabawym)	№ listy ubezpieczonych (zarobkowym)	№ wniosku (zarobkowym)	№ listy ubezpieczonych (zarobkowym)	№ wniosku (zarobkowym)	№ listy ubezpieczonych (zarobkowym)	№ wniosku (zarobkowym)
1/1							
1925		3000 tal	nie				
1927		9000 tal	nie				
1927		12000 tal	nie				
1928		12000 tal	nie				
19							
19							

Відмітка про отриману медичну допомогу членом Каси хворих чи членами його сім'ї

Рис. 2.2. Відомості про отриману медичну допомогу членом Каси хворих

Усі ці заходи заклали основу для формування на Станіславівщині сфери медичного обслуговування населення, але відчутних змін у стан охорони здоров'я воєводства в 1920-х роках не принесли. Як під владою Австрії, так і пізніше під польським керівництвом ця місцевість залишалась однією з найбільш медично неукomплектованих. Існуюча страхова медична система, представлена касами хворих, не охоплювала всіх верств населення, а висока плата за лікарські послуги не сприяла загальнодоступності медицини.

Станом на 1 січня 1925 року в Станіславському воєводстві існувало тільки 17 лікарень: 8 державних, 2 від самоуправління і 7 громадських. Усі разом вони могли прийняти на стаціонарну форму лікування 1042 пацієнтів. У співвідношенні до кількості населення це вказує, що на одне лікарняне ліжко претендувало одразу 1294 мешканці краю. Щоправда, вже наступного року з'явився ще один лікувальний заклад. Цей показник залишався практично незмінним протягом подальшого існування Станіславівського воєводства, зростала тільки кількість ліжкомісць. Станом на 1939 рік у 20 лікарнях Станіславівщини могли одночасно лікуватися 1359 пацієнтів.

Динаміка процесу розбудови амбулаторної служби надання медичної допомоги була дещо кращою. Відсутність стаціонарних закладів на місцях компенсували лікарі, що мали відповідну освіту і ліцензію. У міжвоєнний період кількість представників цієї професії постійно зростає, змінюється її національний і гендерний склад. Серед 414 лікарів, зареєстрованих у воєводстві в березні 1939 року, було 50 жінок. Більшість ескулапів проживали й працювали в містах – 347, у сільській місцевості працювало тільки 67. Тому якісна медична допомога була недоступною для більшості населення краю, яка проживала в селі. На 10000 осіб припадало лише 2–3 лікаря [199, 200].

Рівень забезпеченості лікарями на Прикарпатті був вкрай низьким і це підтверджується статистичними даними щодо забезпечення лікарями населення Станіславського воєводства у 1921-1935 роках, які наводять О.Середа й З. Воробець, та представлені в таблиці 2.1. [147]

Таблиця 2.1

Забезпеченість лікарями населення Станіславського  
воєводства у 1921 – 1935 роках

Рік	Кількість населення	Кількість лікарів	Кількість населення на одного лікаря
1921	1.348.580	228	5.914
1923	1.348.580	146	9.236
1925	1.348.616	145	9.300
1927	1.348.688	257	5.247
1930	1.516.343	350	4.322
1935	1.554.233	383	4.058

Гостро відчувався у воєводстві також і брак молодшого медичного персоналу. У 1936 році у Львівському, Тернопільському та Станіславському воєводствах у штаті 62 осередків здоров'я, кожний з яких обслуговував повіт з

8–10 гмін з населенням 15000 осіб, було всього 76 медичних сестер, або в середньому одна медична сестра обслуговувала весь повіт. Аналогічною була ситуація з доглядальницями, санітарами та дезінфекторами. Акушерів було значно більше, але переважна частина з них не мали спеціальної медичної освіти.

Недоступність якісної медицини через відсутність кваліфікованих медичних працівників та нестачу коштів змушувала населення вдаватися до послуг знахарів, ворожбитів, баб-шептух, які століттями творили народні лікарські “школи” й успішно продовжували займатися своєю практикою в 1920–1930-х роках. Довіра до народних цілителів у межах сучасної Івано-Франківщини була настільки сильною, що навіть при породіллях поруч із дипломованими акушерками знаходилися також і баби-повитухи [30].

В 1921 році був прийнятий Закон про лікарську практику, за яким медичною діяльністю міг займатися лише польський громадянин. У 1929 році створюється Українське гігієнічне товариство (УГТ), яке разом із уже наявними національними інституціями та за підтримки українського духовенства,

використовуючи нові досягнення науки, зокрема в галузі бактеріології, веде боротьбу з епідеміями. Завзяття і патріотизм лікарів, ентузіазм і солідарність їхніх колег (переважно євреїв) виправляли незадовільний стан загального оздоровлення, однак для їхньої плідної діяльності потрібна була державна дотація, а уряд Польщі намагався насамперед поліпшити медичне обслуговування польського населення, забезпечення лікарняними ліжками було удвічі більше, ніж українців [2].

З 1934 року всі справи про лікарську практику, згідно з новим законом, було передано лікарським товариствам. 15 червня 1936 року було видано циркуляр Міністерства соціального забезпечення, яким узаконено організацію осередків здоров'я і в спеціальній інструкції окреслено їх діяльність. Осередок здоров'я був головною організаційною одиницею в громадській охороні здоров'я. До складу осередків входили профілактичні амбулаторії - охорони материнства і охорони дітей, протитуберкульозна, протитрахоматозна, противенерична, протиалкогольна і т.д.; санітарний відділ, що займався питаннями водопостачання, наглядом за якістю продуктів харчування, за житлами, будівництвом, профілактикою заразних захворювань і т. п. допоміжний відділ з функціями пропаганди гігієни та організації дитячих санаторіїв, таборів та лазень. В цій інструкції зазначалось, що коли осередок здоров'я чомусь не міг охопити весь комплекс профілактики соціальних захворювань, він повинен був займатись питаннями охорони материнства і дитинства, боротьби з туберкульозом і профілактикою тих захворювань, які на даній території були найважливішими, а також питаннями санітарного нагляду. Осередки здоров'я, на думку їх теоретиків, мали бути формою сільської дільничної медицини. Передбачалось розділити повіти на дільниці і в кожній дільниці організувати осередок здоров'я на чолі з лікарем, який мав проводити лікувально-профілактичну та санітарно-протиепідемічну роботу [112].

Аналізуючи розвиток аптечної справи на території Галичини в досліджуваний період, нами виявлено наступне. Н.Бенюх [7] стверджує, що галицькі аптеки на початку ХХ століття мали приватно-власницький характер, і

вцілому не відрізнялися від аптек Європи. Вони поділялися на певні категорії, їм були притаманні проблеми аптекарської монополії, конкуренції з боку дрогерій (магазинів санітарно-гігієнічних товарів), боротьби за отримання концесії на ведення аптеки, соціально-економічні відносини набували промислових ознак. У цей період розпочинається зародження та становлення хіміко-фармацевтичної промисловості в Галичині. Фармацевтична фабрика “Лаокон”, яка налагодила випуск медикаментів в таких обсягах, що постачала їх галицьким аптекам, лікарням, клінікам, військом шпиталям, забезпечуючи чверть загального обсягу потреб у лікарських засобах усєї Галичини. Її база стала основою для створення сучасного фармацевтичного підприємства “Галичфарм”.

Як бачимо, рівень охорони здоров'я на Прикарпатті був найгіршим у Австро-Угорщині, а, відтак, і в Польщі, а рівень смертності, – найбільшим. Окрім так званих “загальнодержавних” захворювань, на території цього краю побутували такі інфекційні захворювання як червінка, висипний тиф, а також і венеричні захворювання. Високою була дитяча смертність. Проте, Прикарпаття, а особливо Гуцульщина (історико-етнографічний район на заході України, який займає найвищу і наймальовничішу частину українських гір Карпат в межах Галичини, Буковини та Закарпаття, назва якого походить від найменування корінного населення цього краю гуцулів – авт.), вирізнялась невичерпними рекреаційними ресурсами, на базі яких функціонувало багато кліматичних курортів з передовою технологією лікування [106].

Незважаючи на недостатній рівень медичного обслуговування, Прикарпаття впродовж багатьох століть славилось як курортна місцевість, тому питання санаторного лікування було одним з пріоритетів розвитку цього краю. Прикарпатський регіон зі своїми неповторними краєвидами за всіх часів був і залишається найпривабливішим для відпочинку куточком України. Тут до послуг відпочиваючих і туристів на рідкість незабруднене довкілля, цілюще повітря, чисті ріки, багаті дарами ліси і гори. Це приваблива у своїй первинній красі сільська місцевість зі збереженими національними традиціями, самобутніми

обрядами, старовинними церквами радо приймає тих, хто бажає зміцнити власне здоров'я.

На Гуцульщині діяло багато санаторно-курортних закладів різного профілю, що принесло їй славу відомого курортного краю. Практично всі кліматичні курорти входили в перелік найкращих у Польщі. Ці мальовничі курорти приваблювали чисельних відвідувачів. Відвідування хворими гірських висот, звідки відкривається панорама хребтів, долин і рівнин, сприяли зміцненню організму, підвищенню його опірності різним захворюванням. Ці курорти доступні північним кліматичним впливам і відрізняються чистотою повітря, відносно прохолодним літом, затяжною зимою, відсутністю сильних вітрів, значними атмосферними опадами у весняно-літній період [72].

Гармонійність природи, м'який клімат, густа річкова сітка, гірські озера, наявність цілющих мінеральних джерел, родовищ озокериту, лікувальних грязей, цікава історія краю з її неповторними пам'ятниками старовини складала і продовжують складати виключні умови для виникнення і формування популярних курортів на Прикарпатті, серед яких найбільш відомими були і залишаються кліматичні курорти Яремче, Ворохта, Косів та бальнеологічно-грязевий курорт Черче [74].

На жаль, про рекреаційне господарство Гуцульщини знаходимо багато розрізної інформації, що ґрунтується на окремих фактах чи подіях, пов'язаних з відпочинком у цьому краї. Але і досі немає узагальненої інформації, що розкривала б систему заходів, пов'язаних з використанням вільного часу людей для їх оздоровчої діяльності.

Починаючи з середини ХІХ століття, в цей край на літній оздоровчий відпочинок прибувало багато людей, причому не тільки місцевих. В основному, такі відпочинкові місця були в Жаб'ї, Криворівні, Яремчі, Ворохті, Микуличині, Пістині, Косові, Буркуті, Дорі, Ямні тощо. Відпочиваючі, переважно багаті люди, винаймали кімнати в гуцулів, купували в них овече й козяче молоко, бринзу, жентицю (спеціально приготовлене молоко – авт.) та харчувалися місцевими продуктами. З часом у місцевостях з мінеральними водами спритні підприємці, а



то й лихварі (з метою збільшення свого доходу), будували водолікарні, невеликі літні будинки санаторного типу й здавали за певну оплату (1869 рік – Пістинь). Подібна водолікарня була в Косові. Починаючи з 1880-х років, багато відпочиваючих прибувало до Дори і Яремче, де знаходився відомий водоспад на річці Прут. Приїжджали також ті, хто лікував легені, бронхіт та інші недуги.

В 1875 році преса повідомляла про те, що в Делятині на оздоровлення прибуло багато людей, однак не було для них відповідних умов, харчування та крамниць. Тільки польське Товариство Татранське спромоглося побудувати в кінці XIX ст. в Жаб'ї (тепер Верховина – авт.) кілька будиночків, приїжджі гості винаймали для відпочинку гуцульські хати [72].

На початку XX століття курорти Галичини поповнюються численними санаторіями і лічницями, серед яких було багато комфортабельних лікувальних закладів: санаторій лікаря Скурчевського в Криниці, санаторій лікаря Колончковського в Щавниці, санаторій для пацієнтів з хворими легенями лікаря Длуского в Закопаному, лічницю лікаря Тарнавського в Косові, великий гідро- та фізіотерапевтичний заклад лікаря Храмса в Закопаному, гідропатичні заклади лікаря Еберса в Криниці, лікаря Грабера в Яремчі, лікаря Жураковського в Татарові, лікаря Міхаліка у Ворохті, лікаря Закжевського в Маріївці, а також гідропатичний заклад у Сасові та інші.

Яремче як курортне містечко почало розвиватися з XIX століття, сюди приїжджали відпочиваючі з Відня, Варшави, Кракова, Львова та інших міст Австро-угорської імперії, а згодом курорт Яремче – визнаний у Європі кліматологічний центр (лікування хворих на туберкульоз).

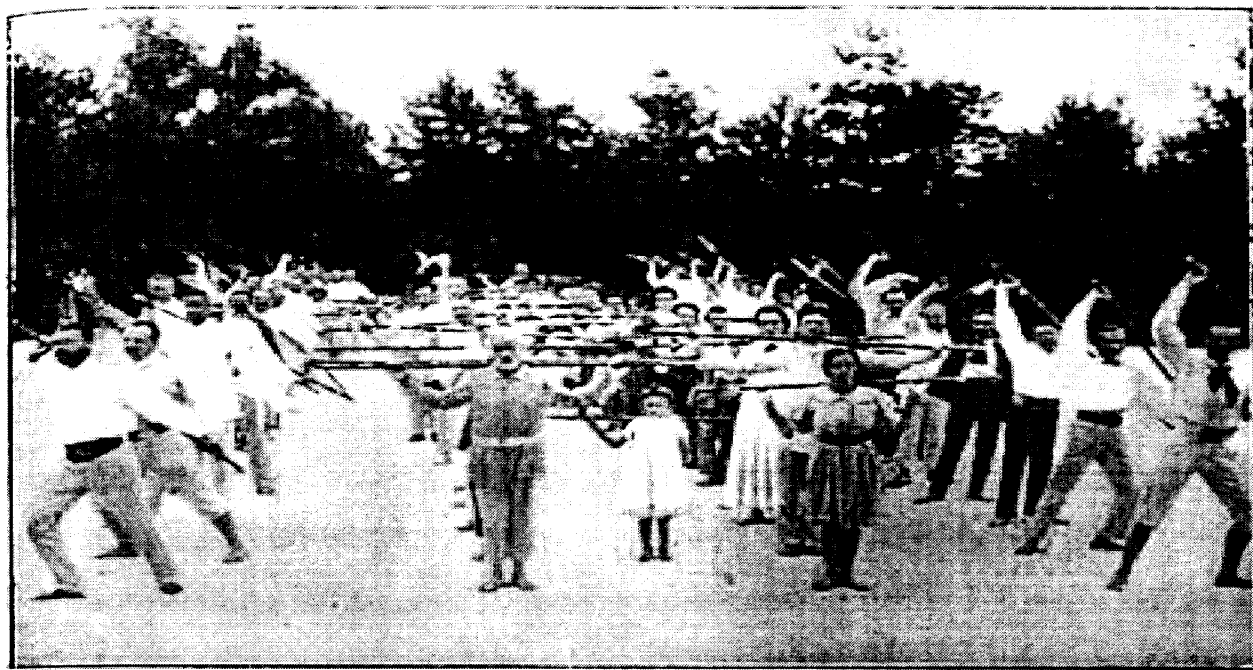
Чудові гірські краєвиди, водоспади та скелі, будівництво у 1893–1894 роках залізниці Станиславів – Керешмезе (Ясіня) сприяли розвитку туризму. У 1894–1907 роках тут побудували 70 вілл, на котрі затратили майже 500 тис. корон. Власниками вілл були польські та єврейські урядовці, купці та промисловці [3].

У першій половині XX ст. польські бізнес-кола вкладали значні інвестиції в розбудову модерної курортної інфраструктури Яремче. У той час збудовано десятки вілл та пансіонатів (“Рай”, “Морське око”, “Троянда”, “Пристань”,

“Варшав’янка” та ін). Станом на 1937 рік (коли радянська Україна знемагала від голодомору й репресій) курорт Яремче мав 2 готелі єврокласу, 44 пансіонати, 3 санаторії, 56 вілл та 53 гуцульські хати для відпочивальників. Літній сезон відпочинку у віллах та пансіонатах тривав з 15 травня до 15 жовтня, а зимовий – з 15 грудня до 15 березня. Взимку відпочивальники займалися лижним і санним спортом, діяв добре обладнаний трамплін для “лижв’ярів”. На курорті Яремче (разом з Дорою і Ямною) з 1937 року відпочивало понад 10000 осіб [72].

Ворохта як курорт почала розбудовуватися після проведення залізної дороги у 1884 році. Перший відпочинковий заклад відкрили у 1906 році, який називався “Перша санаторія”, згодом, у радянський період він був перейменований у “Гірське повітря”, що функціонує й до сьогодні. У 1928 році Ворохта була офіційно визнана курортом для хворих на туберкульоз і хвороби легень. До сьогодні тут оздоровлюються мешканці з різних куточків України. Водночас селище розвивається як осередок гірськолижного спорту та туризму. У 1930 році, за часів польського врядування, у Ворохті збудовано два трампліни — для дітей і дорослих, які набули міжнародного значення. Сюди приїжджали змагатися спортсмени із Німеччини, Норвегії, Фінляндії та інших країн. Цікавими об’єктами у Ворохті є збережені віадуки (кам’яні залізничні мости на високих опорах через глибокий яр або ущелину – авт.) збудовані у ХІХ-ХХ ст. Цими кам’яними мостами проходила перша залізниця. В інших поселеннях подібні мости були знищені під час Другої світової війни. Збережені санаторії та вілли ХІХ-ХХ ст. мають цікаву конструкцію і декоративне різьблення, що варті неабиякої уваги [9].

Косів славився відомою лічницею Тарнавського, де лікували майже всі хронічні недуги, особливо спричинені незадовільним обміном речовин. На рисунку 2.3. зображено проведення оздоровчих вправ в Косівській лічниці доктора Тарнавського.



ĆWICZENIA GIMNASTYCZNE W LECZNICY DRA TARNAWSKIEGO.

Рис. 2.3. Оздоровчі вправи в лічниці доктора Тарнавського в Косові

Замість аптечних препаратів, електротерапії застосовували природні ліки – повітря, сонце, воду, рух, дієту; саме тому лічницю називали природо або водолікувальним закладом, а також гігієнічною лічницею. Під гігієною розумілися насамперед – гігієна харчування (дієта вегетаріянська, овочева, у виняткових випадках м'ясна, частіше змішана) і гігієна дихання чистим підгірським, багатим на озон, повітрям (лікувально-дихальна гімнастика, соняшні та повітряні купелі, спання при відчинених вікнах, фізична праця); крім того, застосовувалися м'які водолікувальні процедури (зокрема парові та сухі лазні, звичайні та хвилясті ванни, натирання, завивання в коци). Особливим зацікавленням користувалася так звана "соняшна лазня" – скляна посудина на терасі купальні, за допомогою якої сонячне проміння концентрувалося безпосередньо на шкірі того, хто в ній перебував; на відміну від електричної, ця лазня була приємнішою, бо містилася на свіжому повітрі – просто під сонячним промінням, а також вона була ефективнішою, оскільки завдяки їй можна було спотіти навіть взимку. Своїх хворих доктор Аполінаріуш Тарнавський заставляв

багато рухатися, ходити в гори, вони працювали в саду, на городі, купалися в холодній воді Рибниці. Вечорами мусли танцювати, співати, бо й це доктор вважав ліками. Ніхто не смів ні горілки скуштувати, ні папіроса запалити. А як хтось порушував такий порядок - мусив забиратися з закладу, хоч оплатив за лікування до самого кінця, грошей доктор не повертав. Вчив кожного, як йому жити, щоб бути здоровим [208].

Історія виникнення поселення Черче (назва походить від заснованого в давнину чернечого монастиря) свідчить про те, що кмітливі місцеві жителі активно займалися “лікувальною практикою” ще до офіційного визнання високих лікувальних властивостей черченських джерел і розташованого на південно-західній околиці села цілющого болота. Хворих, які скаржилися на кісткові і м'язові недуги, черченці за інтуїтивно визначеною методикою поміщали у діжки з підігрітою болотною масою. Курс лікування тривав доти, поки пацієнт не відчував позитивних сигналів від досі хворого місця.

Розголос про чудодійні черченські природні ресурси швидко поширився в окрузі, проте наукове обґрунтування їх цілющої сили відбулося лише на початку ХХ століття. Під час масштабних навчань австрійської армії, які проходили на Рогатинщині в 1905 році, військові лікарі зацікавилися народним грязелікуванням і надіслали зразки болотистої “панацеї” та мінеральних вод у Відень. Проведені там лабораторні дослідження завершилися сенсаційним повідомленням: у Черче можна успішно лікувати хронічні недуги суглобів, жіночі хвороби та інші давні болячки. Багаті віденці відразу зголосилися вкладати кошти у прогнозовану прибуткову курортну справу, але їхнім інвестиційним намірам перешкодила Перша світова війна [75].

З ініціативи і за кошти черченської громади в 1927 році відкрилася перша бальнеологічна споруда лазня з вісімнадцятьма кабінками. 1 березня 1929 року було офіційно зареєстровано “Спілку з обмеженою відповідальністю “Мінеральний живець “Черче”, членами якої стали бізнесові установи та приватні особи. Офіційне відкриття сезону відбулося в неділю 21 липня 1929. Упродовж кількох наступних років тут вирости спроектовані українськими архітекторами

витончені будівлі пансіонатів “Роксоляна”, “Надія”, “Туринівка”, “Амата”, “Грибок”, вілла “Богданівка”, що належала Богдану Лепкому. Його рідний брат Левко Лепкий був директором курорту, слава про лікувальні можливості та бездоганну впорядкованість території якого поширилася світами. Відпочивати в Черче стало престижно, тому сюди з'їжджалися не лише бажаючі підлікуватися. У теплу пору року до живця переміщувалося національне культурно-мистецьке життя — відбувалися концерти за участі найвідоміших оркестрів і виконавців, вечорниці, конкурси “Міс Черче”, художні виставки та розважальні вечори [75].

Після розпаду Польщі живець “Черче” з вересня 1939 року перейшов у власність профспілок, і як санаторій проіснував тільки один рік, бо у червні

1941 року розпочалася війна. До липня 1947 року санаторій простояв пустою, а 25.07.1947 року Рада міністрів УРСР прийняла постанову “Про встановлення в Черчі курорту”.

Проведений аналіз дає підстави стверджувати, що організація медико-санітарної справи в цьому регіоні України будувалася під впливом і за зразками законів держав, до складу яких входило Прикарпаття в досліджуваній період, та незважаючи на схожі принципи, мала і суттєві відмінності.

В узагальненому вигляді генеза державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ столітті (на підставі хронологічної послідовності цього процесу:

*перший* (1900 – 1918 рр.) – регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під час перебування краю у складі Австро-Угорської імперії;

*другий* (1918 – 1919 рр.) – особливості регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в часи перебування регіону у складі Західно-Української Народної Республіки;

*третій* (1919 – 1939 рр.) – регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під впливом і за зразком Польщі (II Річ Посполита);

*четвертий період* (1939 – 1950 рр.), в якому виділяємо *три етапи*:

перший (1939 – 1941 рр. ) – початок формування радянської партійно-адміністративної системи державного управління взагалі та радянської системи

охорони здоров'я зокрема; другий етап (1941 – 1944 рр.) – німецька окупація; третій етап (1944 – 1950 рр.) – становлення та розвиток радянської командно-адміністративної системи державного управління) нами схематично представлена на трьох блок-схемах.

Перша блок-схема, яка представлена на рис.2.4, демонструє нормативно-правові акти, що регулювали медичну діяльність на Прикарпатті за зразками Австро-Угорщини, Західно-Української Народної Республіки, Другої Речі Посполитої, Радянської України та Німеччини в першій половині ХХ століття.

На другій блок-схемі (рис.2.5) представлені органи державного та місцевого управління медичною справою, які діяли та території Прикарпаття в першій половині ХХ століття в період правління Австро-Угорщини, Західно-Української Народної Республіки, Другої Речі Посполитої, Радянської України та німецької окупації.

Третя блок-схема (рис.2.6) демонструє особливості участі громадськості в охороноздоровчих процесах, які відбувалися в досліджуваній період на території Прикарпаття під юрисдикцією зазначених вище держав.

Розкриття та обґрунтування особливостей державного регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в досліджуваній період буде продовжено в наступному розділі дисертаційного дослідження.

Як видно з рис.2.3, нормативно-правові акти, що регулювали медичну діяльність на території Прикарпаття в період його перебування в складі Австро-Угорської імперії, залишалися чинними і в період Західно-Української Народної Республіки, зокрема “Санітарний статут” (1770), “Закон громадський” (1866), “Цивільний кодекс” (1811), “Про регулювання громадської охорони здоров'я” (1876), “Про регулювання аптечних правовідносин” (1906), а “Декрет про обов'язкове медичне забезпечення на випадок хвороби” (1903) продовжував діяти і за часів правління Польщі.

З приходом на терена Прикарпаття радянської влади, остання відмінила польське законодавство “Основний санітарний статут” (1919), “Закон про лікарську практику” (1921), “Циркуляр про організацію осередків здоров'я”

(1936) та розпочала перебудову системи охорони здоров'я за своїми стандартами, запровадивши безкоштовну медичну допомогу. Приймалися нормативно-правові акти, згідно яких організовувалися районні та обласні лікарні, відкривалися медичні заклади освіти, що забезпечували професійними кадрами не тільки Прикарпаття, а й інші регіони України.

Під час німецької окупації чинним залишалося польське законодавство, крім випадків його заміни Генеральним губернатором дистрикту Галичина.

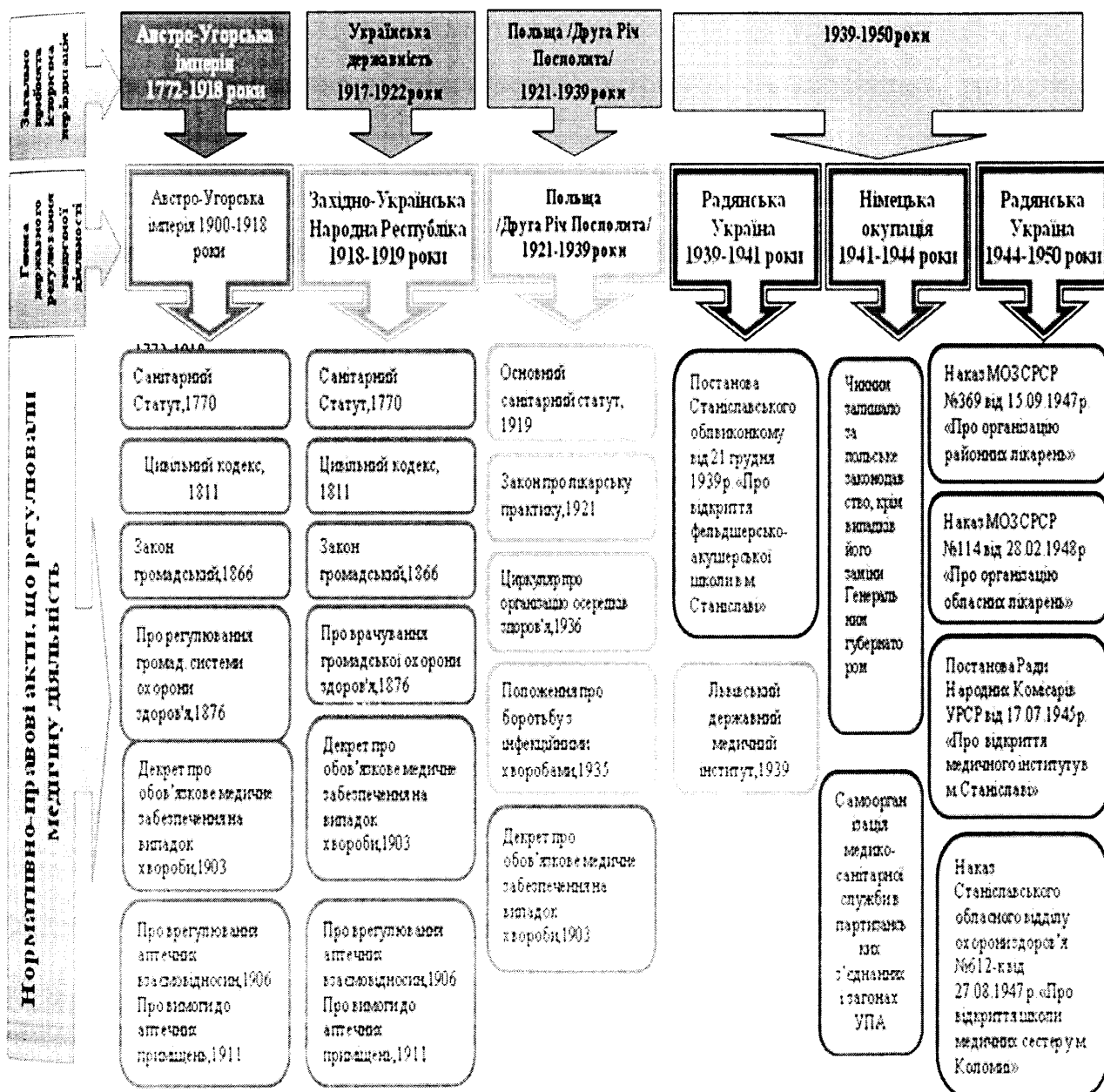


Рис. 2.4 Нормативно-правові акти, що регулювали медичну діяльність на Прикарпатті в першій половині ХХ століття

Проведений аналіз органів державного та місцевого управління, які здійснювали регулювання медичної діяльності та представлені на рис.2.4, дає підстави для висновку, що держави, до складу яких входило Прикарпаття в першій половині ХХ століття, організовували суспільні відносин у сфері охорони здоров'я, за своїми стандартами. В Австро-Угорській імперії охороною здоров'я опікувалося відомство, яке входило в структуру Міністерства внутрішніх справ і тільки в 1917 році було створено окреме Міністерство здоров'я, що за часів Польщі (Друга Річ Посполита) проіснувало до 1923 року та було знову реорганізовано у підрозділ Міністерства внутрішніх справ.

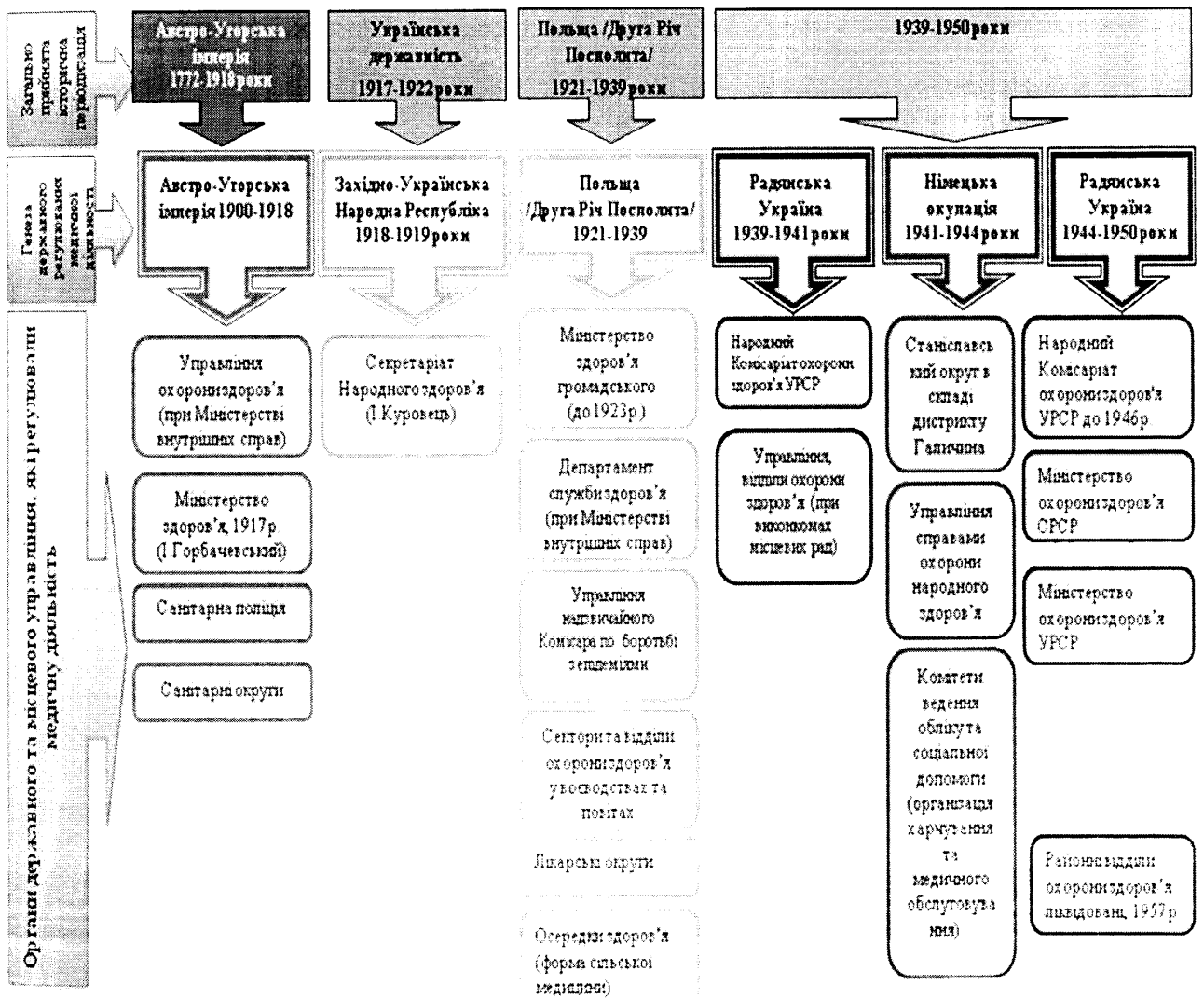


Рис. 2.5 Органи державного та місцевого управління, які регулювали медичну діяльність на Прикарпатті в першій половині ХХ століття



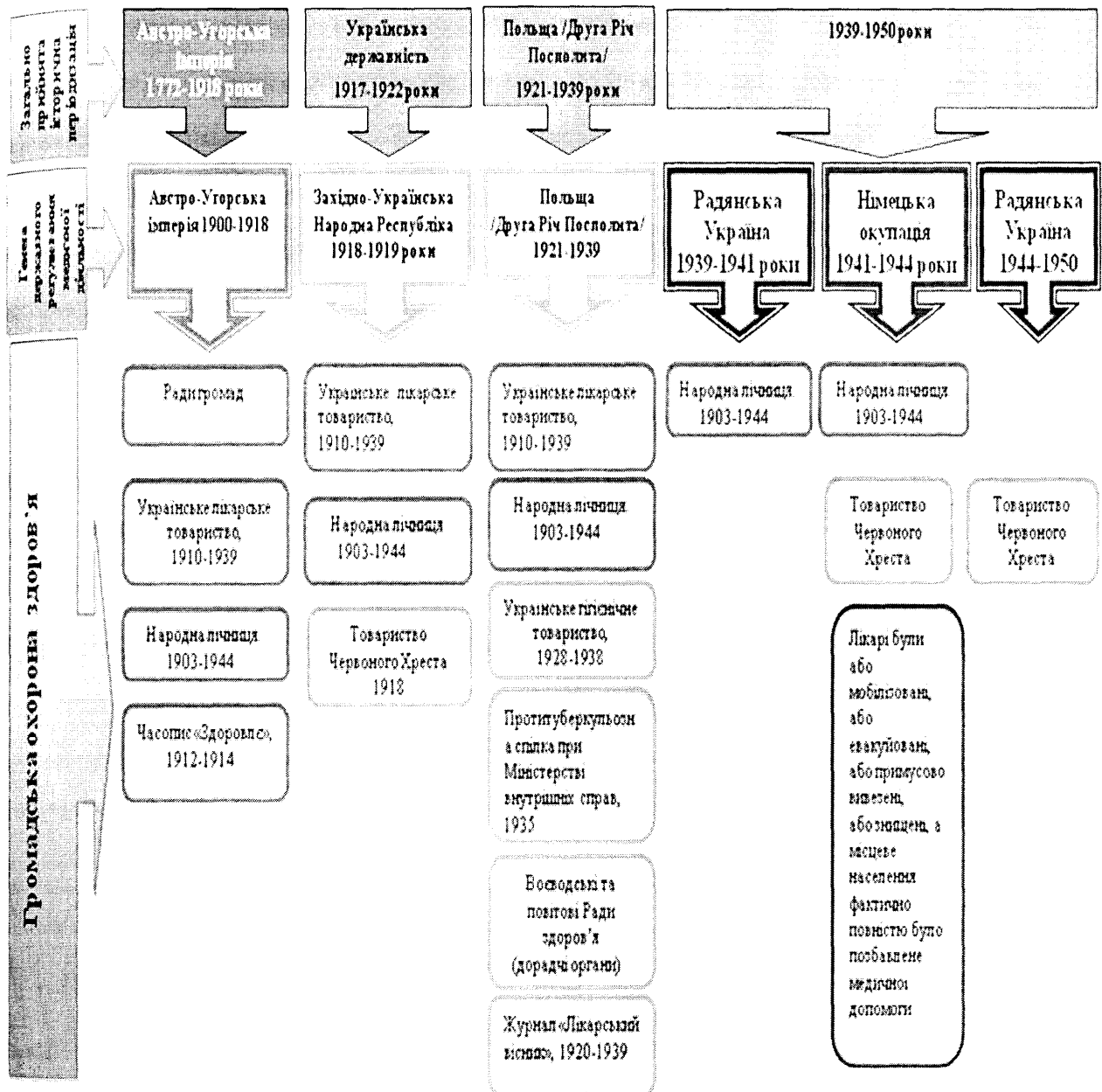


Рис. 2.6 Участь громадськості в регулюванні медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття

В Західно-Українській Народній Республіці питаннями медичної справи опікувався Секретаріат народного здоров'я. До відомств, що регулювали медичну діяльність на теренах Прикарпаття, за часів радянської доби відносилися Народний комісаріат охорони здоров'я УРСР, а під час німецької окупації - Управління справами охорони народного здоров'я дистрикту Галичина.

Представлені на рис. 2.6 громадські організації та рухи сприяли підвищенню довіри суспільства до системи охорони здоров'я та державного

регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Вони об'єднували та згуртовували навколо себе професійних лікарів з активною громадянською позицією. При цьому зазначаємо, що цим громадським організаціям доводилося брати на себе функції державних структур щодо надання безкоштовної медичної допомоги малозабезпеченому населенню, профілактичної роботи шляхом активного виявлення хворих і пропаганди здорового способу життя, здійснення активної просвітницької роботи тощо.

Цікавим є той факт, що Народна лікарня (благодійна лікарня), яка функціонувала за часів Австро-Угорської імперії з 1903 року, продовжувала свою діяльність в часи ЗУНР, правління Польщі та німецької окупації Прикарпаття, припинила існування в 1944 році з приходом радянської влади.

З метою проведення громадського контролю діяльності державних і місцевих органів управління, згідно з розпорядженням Міністерства внутрішніх справ від 13 березня 1926 року, було створено систему воєводських і повітових рад здоров'я. Членами ради здоров'я були чиновники та особи, які користувалися повагою серед населення, - староста, лікар повітовий, лікар гарнізонний, лікар дирекції державних залізниць, головний міський лікар, головний лікар каси хворих, шкільний інспектор, інспектор праці, державний делегат управління будівництва, представник повітового відділу. Основним призначенням створених рад передбачалося ініціювання проведення заходів для покращення охорони здоров'я населення, їх координації, а також виконання ролі аналітичних і дорадчих органів.

В цей же період головною організаційною одиницею в громадській охороні здоров'я був осередок здоров'я. Передбачалось розділити повіти на дільниці і в кожній дільниці організувати осередок здоров'я на чолі з лікарем, який мав проводити лікувально-профілактичну та санітарно-протиепідемічну роботу. За задумом вони мали бути формою сільської дільничної медицини.

## Висновки до розділу 2

Встановлено, що у цей період історії єдиної державної системи охорони здоров'я не було, а Галичина, разом із Прикарпаттям, залишалася найбільш відсталою провінцією монархії. У медицині краю цей історичний період позначається створенням і реалізацією першої державної програми і організаційних систем охорони здоров'я. Державне фінансування медичного забезпечення в цей період в основному було спрямоване на протиепідемічні заходи, оскільки імперія боялася поширення інфекційних захворювань на свої центральні райони, а на інші заходи кошти не виділяла.

Доведено, що структура органів охорони здоров'я Австро-Угорщини була перебудована у відповідності до кодексу санітарних законів монархії. Останній, зокрема, передбачав триступеневий рівень управління охороною здоров'я: відомство охорони здоров'я при Міністерстві внутрішніх справ, регіональні та місцеві органи влади. В органах поліції формувались підрозділи, які були наділені спеціальними повноваженнями нагляду щодо дотримання законодавства про охорону здоров'я (санітарна поліція).

В зв'язку із прийняттям в 1876 році Закону "Про вичування громадської охорони здоров'я" спостерігалось покращання надання медичної допомоги населенню. З цією ж метою на території сучасного Прикарпаття було створено 20 санітарних округ, своєрідних медичних діляниць, на кожному з яких в середньому припадало до 25 тисяч осіб (від 10 до 20 населених пунктів). Лікарські посади в цих округах майже завжди були вакантними й заміщувалися особами середньої медичної кваліфікації. У 1909 році на території Станіславського округу було всього 12 лікарів. Медичну допомогу населенню, крім лікарів та представників народної медицини, надавали цирульники, акушерки, повитухи, фельдшери, сестри милосердя та медичні сестри.

З'ясовано, що на Прикарпатті в цей період діяло обов'язкове медичне страхування. В 1903 році на медичному конгресі у Відні було вирішено створювати об'єднані товариства кас хворих, які функціонували за спільними

правилами, а контроль за їх діяльністю здійснювала спеціальна комісія. Згодом був прийнятий Декрет про обов'язкове медичне забезпечення на випадок хвороби. Наслідком цих заходів стало збільшення фінансування на медичне обслуговування та медичну допомогу з фондів, розпорядниками яких були каси хворих.

Обґрунтовано, що більшість лікарів, які в досліджуваній період працювали в Галичині, були іноземцями і не розуміли мови місцевого населення, що зверталось за медичною допомогою. Українські лікарі на арені громадського життя з'являються досить пізно, бо на перешкоді було обмеження для українців вступу на єдиний у Галичині медичний факультет при Львівському університеті.

Встановлено, що за часів Австро-Угорської імперії була прийнята і реалізувалась значна частина документів, які регулювали фармацевтичну діяльність, зокрема питання приватної власності аптекарів, визначалися ціни на ліки та обладнання аптекних приміщень, встановлювалися правила виготовлення, зберігання, контролю якості та відпуску лікарських засобів. В той час існувало декілька типів аптек: королівські, публічні, військові, сільські, домашні та дрогерії, які діяли не тільки у столиці Галичини (м. Львів), але і на периферії.

Виявлено, що згідно з цісарським розпорядженням від 24 жовтня 1917 року було створено Міністерство здоров'я, яке очолив Іван Горбачевський. За проектом розбудови і програмами дії міністерства, згодом формували свої міністерства здоров'я Англія, Франція, Україна й інші держави.

Після розпаду Австро-Угорської імперії, в результаті Листопадової національно-демократичної революції Прикарпаття стало складовою Західно-Української Народної Республіки (ЗУНР), яка фактично існувала протягом 1918-1919 років, формально - до 1923 року.

Доведено, що санітарний стан краю був тоді критичним. Медична служба організовувалася в надзвичайно складній воєнній та соціальній ситуації від самих основ. В уряді ЗУНР - Раді Державних Секретарів – було створено Секретаріат народного здоров'я, керівником якого став відомий лікар з Калуша, посол до

Галицького сейму Іван Куровець. Забезпеченням госпіталів ліками та обладнанням займався Державний секретаріат внутрішніх справ.

Встановлено, що медична служба ЗУНР потерпала від кадрової проблеми, яка ускладнювалася тим фактом, що більшість цивільних лікарів польської національності, які за австрійської влади мешкали і працювали на цій території, відмовлялися працювати в українських військових госпіталях. Весь тягар організації надання медичної допомоги ліг на національні медичні кадри, яких не вистачало.

З'ясовано, що регулювання медичною діяльністю в ЗУНР відбувалася в складних умовах українсько-польського протистояння. В грудні 1918 року усім повітовим комісарам наказано призначити повітових санітарних лікарів, створити санітарні комісії, вжити заходів для відкриття лікарень, поліклінік, аптек. Керівництво медичної служби створило мережу пунктів першої допомоги пораненим. Проте лікарів, санітарів, медсестер дуже не вистачало, як і найнеобхідніших медикаментів. Не дивлячись на це, медична служба ЗУНР зробила багато для надання медичної допомоги населенню краю та десяткам тисяч військовополонених. Оскільки видати нові закони в осягнутому часі було неможливо, залишалось чинним попереднє австрійське законодавство, якщо воно не суперечило інтересам і цілям Української держави.

Відповідно до “Малого Версальського трактату”, підписаного між державами Антанти і Польщею, Прикарпаття в період 1919-1939 років опинилося у складі окремої адміністративної одиниці Польщі – воєводства Станиславівського.

Доведено, що державне регулювання медичної діяльності в Польщі до 1923 року забезпечувало Міністерство громадського здоров'я, після ліквідації якого, його функції були поділені між Міністерством внутрішніх справ і Міністерством праці та соціального забезпечення. До останнього перейшли функції охорони материнства і дитинства, обслуговування інвалідів і калік, нагляд за діяльністю медичних і гігієнічних установ та товариств. Всі інші питання перейшли у відання Міністерства внутрішніх справ, в складі якого був утворений Департамент

служби здоров'я. В цей період були створені лікарські округи, кожен з яких нараховував близько 25 тисяч осіб і об'єднував декілька гмін (найменша адміністративна одиниця). Згідно з розпорядженням Міністерства внутрішніх справ від 13 березня 1926 року було засновано воєводські й повітові ради здоров'я, які виступали як дорадчі органи й повинні були ініціювати та координувати різні акції для покращення охорони здоров'я населення.

15 червня 1936 року Міністерство праці та соціального забезпечення прийняло спеціальну інструкцію про організацію осередків здоров'я, що були головною організаційною одиницею в громадській охороні здоров'я. До складу осередків входили профілактичні амбулаторії - охорони материнства і охорони дітей, протитуберкульозна, противенерична, протиалкогольна та інші; санітарний відділ, що займався питаннями водопостачання та наглядом за якістю продуктів харчування; допоміжний відділ з функціями пропаганди гігієни та організації діяльності лазень тощо. Передбачалось розділити повіти на дільниці і в кожній дільниці організувати осередок здоров'я на чолі з лікарем, який мав проводити лікувально-профілактичну та санітарно-протиепідемічну роботу.

Встановлено, що зважаючи на епідемію тифу та інші інфекційні хвороби, 19 червня 1919 року владою Польщі було прийнято Основний Санітарний Статут, 14 червня 1920 року організовано Управління Головного Надзвичайного Комісара по боротьбі з епідеміями, які загрожують безпеці держави, а в 1935 році прийнято Положення про боротьбу з інфекційними хворобами. Керівник цього відомства був наділений надзвичайними правами (тимчасова реквізиція будівель, залучення лікарів для боротьби з епідеміями, контроль за перевезенням вантажів, видання розпоряджень тощо). Окружний лікар зобов'язаний був проводити епідеміологічні обстеження, організувати заходи з попередження розповсюдження інфекційних захворювань, проводити примусову госпіталізацію, дезінфекцію, щеплення тощо.

Виявлено, що 1921 року був прийнятий Закон "Про лікарську практику", за яким медичною практикою міг займатися лише польський громадянин. Окружний лікар, який підпорядковувався повітовому лікарю, ніс повну відповідальність за

стан здоров'я населення у своєму окрузі. Повітовий лікар вирішував питання медичного обслуговування і організовував діяльність окружних лікарів. Одночасно він виконував і функції санітарного лікаря. Окружні лікарі у своїй роботі керувалися інструкцією, виданою Австро-Угорщиною ще в 1901 році. На допомогу окружним лікарям призначалися ще й прозектори або оглядачі трупів, які не мали ні загальної, ні спеціальної освіти.

Доведено, що витрати Польської влади на збереження здоров'я населення Прикарпаття не забезпечували реальної потреби, тому вони поповнювалися за рахунок плати за лікування. Первинну медичну допомогу населення Прикарпаття в цей період отримувало в амбулаторіях та лікарнях, які створювалися і утримувалися за рахунок бюджетів місцевих органів влади та різними філантропічними товариствами. Найбідніші мешканці лікувалися за кошти органів місцевого самоврядування.

Спробою залучити до розбудови системи охорони здоров'я додаткові фінансові ресурси і тим самим полегшити долю місцевого бюджету стало створення прототипу страхової медицини у вигляді кас хворих. До кас хворих в обов'язковому порядку залучалися всі працюючі та члени їх родин. У фонд каси відраховувалися певні кошти із заробітної платні робітника, які поверталися йому у вигляді відшкодувань під час втрати працездатності. До цієї системи могли також добровільно приєднатися і непрацюючі особи, за умови своєчасної сплати членських внесків. Існуюча модель медичного страхування не охоплювала всіх верств населення, а висока плата за медичні послуги не сприяла загальнодоступності медицини.

Виявлено, що незважаючи на недостатній рівень медичного обслуговування, Прикарпаття впродовж багатьох століть славилось як курортна місцевість, тому питання санаторного лікування було одним з пріоритетів розвитку цього краю. Вже наприкінці XIX – початку XX століття були відомі соляні купелеві заклади у Делятині, водолікувальний заклад в Яремчі, болотиста панацея курорту Черче. На Гуцульщині діяло багато санаторно-курортних

закладів різного профілю, що принесло їй славу відомого курортного краю, а багато з кліматичних курортів входили до переліку найкращих у Польщі.

Аналізуючи регулювання аптечної справи в досліджуваний період, виявлено початок зародження та становлення хіміко-фармацевтичної промисловості в Галичині. Фармацевтична фабрика “Лаокоон” налагодила випуск медикаментів в таких обсягах, що постачала їх аптекам, лікарням, клінікам, військом шпиталям, забезпечуючи чверть загального обсягу потреб у лікарських засобах усієї Галичини. Її база стала основою для створення сучасного фармацевтичного підприємства “Галичфарм”.

У процесі дослідження встановлено, що державне регулювання медичної діяльності на теренах Прикарпаття в першій половині ХХ століття відбувалося в складних соціально-політичних умовах, а часта зміна різних суспільно-економічних формацій, перехід під юрисдикцію то однієї держави то другої, суттєво вплинули на характер суспільних відносин, зокрема й у сфері охорони здоров'я. За таких умов медико-санітарна справа в цьому регіоні України тривалий час будувалася під впливом і за зразками законів цих держав.



## РОЗДІЛ 3

ЕВОЛЮЦІЯ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА  
РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ НА ПРИКАРПАТТІ ВПРОДОВЖ  
1939-1950 РОКІВ

Історична специфіка перебування Прикарпаття в умовах управління регіоном радянською та німецькою окупаційними владами, додаткового впливу на суспільно-політичну діяльність краю воєнного часу, партизанських формувань, Української повстанської армії та наслідки його тривалого перебування у складі Австро-Угорщини та II Речі Посполитої – створили особливе підґрунтя для державного регулювання діяльності медичної служби цієї території в досліджуваний період.

У той же час не тільки історичний досвід діяльності здравоохоронної сфери, незважаючи на окремі наукові праці стосовно медичних справ того часу на Прикарпатті, досі не став предметом глибокого аналізу, а і залишаються непізнаними загальні закономірності медичної діяльності у переломні та скрутні часи в даному регіоні України.

Більш глибоке вивчення особливостей медичної діяльності та управління здравоохоронною сферою України, критичне осмислення та сучасна оцінка її функціонування в різних регіонах та в різні історичні періоди пояснюються тим, що в розробці нової стратегії і тактики функціонування медичної галузі на регіональному рівні особливе місце належить історичному досвіду її діяльності.

### 3.1. Формування радянської системи державного управління у сфері охорони здоров'я на Прикарпатті (1939-1941 роки)

Як відомо, 23 серпня 1939 року між Німеччиною та СРСР був підписаний пакт про ненапад, у таємному протоколі до якого Гітлер і Сталін домовилися про розподіл Європи на відповідні сфери впливу та окупації. За ним Радянському Союзові передавалися майже всі західноукраїнські землі.

17 вересня 1939 року на територію Західної України вступила Червона Армія, а 3 жовтня 1939 р. Західна Україна була включена до складу Української РСР. Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 32 від 27 листопада 1939 року на цій території було утворено шість областей: Станіславську<sup>6</sup>, Львівську, Дрогобицьку, Тернопільську, Волинську та Рівненську [210].

Населення Прикарпаття вітало прихід Червоної Армії. Пояснювалось це тим, що Західна Україна була до цього напівколонією Польщі з досить сильним політичним, національним та економічним гнобленням, жорстокою експлуатацією, безробіттям, напівкріпосницькими порядками на селі, безправ'ям українців, низьким соціально-економічним рівнем населення.

Ми поділяємо думку І.Мищака [100] про те, що сучасна українська історіографія неоднозначно оцінює характер економічних, соціальних і культурних перетворень, які мали місце в Західній Україні після приєднання її до Української РСР. Справедливо вказуючи на позитивні зрушення в галузі освіти, культури, охорони здоров'я, схвалюючи розвиток економіки й подолання безробіття, дослідники водночас наголошують на ігноруванні владою специфіки традиційного способу життя місцевих жителів і жорстких методах проведення радянської. Переслідування інакомислячих, масові репресії, економічний та соціальний примус значною мірою звели нанівець позитивні здобутки та викликали різке невдоволення населення краю, яке згодом переросло в масовий збройний опір радянській владі.

Як стверджує В. Гулай [28], впродовж короткого часу в західних областях України було повністю перевлаштоване суспільне життя за тодішніми радянськими стандартами. Найбільш концентровано це проявилось у політичній організації суспільства, серцевиною якої виступали партійні комітети, яким належала уся повнота влади. Вибори до Верховних Рад СРСР та УРСР, місцевих Рад депутатів трудящих не мали нічого спільного з вільним волевиявленням народу, а слугували поширенню і зміцненню тотального контролю держави над громадянами. Склад апарату органів влади і управління, який забезпечував

---

<sup>6</sup> Станіславська область перейменована в Івано-Франківську (місто Станіслав — у місто Івано-Франківськ) 9 листопада 1962 р. на честь великого українського письменника Івана Яковича Франка.

функціонування нової політичної системи, однозначно свідчив про привнесеність із зовні тих перетворень, які відбулися у західних областях України.

Центральним органом влади, який у досліджуваній період опікувався питаннями регулювання медичної діяльності, був Департамент охорони здоров'я, створений в 1918 році в структурі нового уряду – Ради Народних Міністрів. Проте, часта зміна політичної ситуації, обумовлена громадянською війною, переходом на окремих територіях влади від Центральної Ради до більшовиків і навпаки, Департамент охорони здоров'я, як орган управління, фактично не розпочав своєї діяльності і не зміг внести нічого нового в управління медико-санітарною справою. У той же час у районах, контрольованих органами радянської влади, яка проголосила побудову нових органів державного управління, почалась поступова ліквідація дореволюційних форм управління медичною справою (губернських та повітових лікарських управ) і створення при виконкомах місцевих рад медико-санітарних відділів – перших радянських органів управління медичною справою. Тобто, в управлінні медичною справою, а скоріше – медичною допомогою, наступило двовладдя [128].

Радянізація усіх сфер життя на Прикарпатті восени 1939 року торкнулася, звичайно, й медичної галузі - охорона здоров'я теж почала перебудовуватися згідно радянських зразків. Так, у Львові, як і в інших обласних центрах, було створено обласний відділ охорони здоров'я. На посаду завідувача новоствореного підрозділу було призначено відомого громадського діяча професора Мар'яна Панчишина. Невдовзі, правда, на цій посаді його змінив присланий зі сходу член партії І.М.Трегуб. У цей же час було зліквідовано Українське лікарське товариство (УЛТ) довголітнім головою якого був М.Панчишин. „Народну лічницю” і шпиталь імені митрополита А.Шептицького було перетворено на лікарню для партійних і радянських керівників. Аптечні установи, котрі стовідсотково перебували у руках приватних власників, а таких на приєднаній до УРСР території нараховувалося 376, в тому числі 175 – у сільській місцевості, були націоналізовані і підпорядковані Аптекоуправлінню України. 11 грудня 1939 року розпочалися заняття на лікарському та фармацевтичному відділах

Львівського університету, а з 01 січня 1940 року на базі цих двох факультетів навчання розпочав Львівський медичний інститут. Навчання переведено на програми Міністерства охорони здоров'я УРСР, запроваджено партійні дисципліни та обов'язкове вивчення російської мови. Ліквідовано університетське самоврядування, створено спецвідділ-філіал НКВС. Розпочалися арешти студентів медичного інституту, українців за походженням, переважно за „ненадійність”, настали масові депортації мирного населення. Так, протягом 1939-1941 років до Сибіру та інших регіонів Росії без суду і слідства депортували 1 млн. 868 тис. мешканців Західної України [193].

Потреби соціально-економічного розвитку Прикарпатського краю вимагали розширення системи надання медичної допомоги, яка стала безкоштовною. Завдячуючи цьому, лікарі, що займались приватною практикою, а також безробітні лікарі дістали роботу в державних лікувально-профілактичних закладах. Так, наприкінці 1940 року кількість лікарів, які працювали в державних медичних закладах, збільшилася до 551, а середніх медичних працівників - до 1288. У містах було відкрито 235 лікувально-профілактичних закладів, у сільській місцевості - 252. У лікарнях області було розгорнуто 2156 ліжок, в тому числі 165 на селі. Бюджетні асигнування на охорону здоров'я в 1940 року становили 18 500 тис. крб. У 1940 році в Станіславській області було відкрито 50 лікарень в міській місцевості на 2020 ліжок і 8 лікарень в сільській місцевості на 165 ліжок, 43 поліклініки, 13 санітарно-епідеміологічних станцій, більше 100 фельдшерських пунктів. У Калуському районі на початку 1940 року було відкрито міську лікарню на 110 ліжок, санітарно-епідеміологічну станцію, жіночу та дитячу консультації і 14 фельдшерських пунктів, а у Войнилівському районі – лікарню на 30 ліжок, венерологічний пункт, районну санітарно-епідеміологічну станцію, дитячу і жіночу консультації, дитячі ясла на 20 ліжок, дві сільські амбулаторії, три фельдшерські і один акушерський пункти [20].

Велику увагу було приділено охороні материнства й дитинства. Так, на початок літа 1941 р. в області вже функціонувало 8 дитячих, 24 жіночо-дитячі консультації, 11 молочних кухонь, 3 дитячі будинки, 5 родильних будинків на

110 ліжок, дитяча лікарня в м. Станіславі на 30 ліжок і 57 фельдшерсько-акушерських пунктів у сільських місцевостях, 27 дитячих ясел у містах на 720 місць і 7 ясел на 200 місць у сільських місцевостях. Для оздоровлення дітей, що хворіють на туберкульоз, було відкрито протитуберкульозний санаторій на 70 ліжок. В області було створено також санітарну організацію для захисту населення від епідемічних хвороб. Були відкриті обласна, дві міські і 19 районних санітарно-епідеміологічних станцій [18].

### 3.2. Підпорядкування діяльності органів державної влади законам воєнного часу під час німецької окупації Прикарпаття (1941-1944 роки)

Як відомо, три роки, з червня 1941 року до липня 1944 року тривала гітлерівська окупація території Прикарпаття. Німецьке командування не тільки розпустило український уряд, а й вдалося до переслідувань, арештів і масових примусових вивозів населення до Німеччини на роботу.

У 1941 році проти СРСР розпочався наступ німецьких військ і Червона Армія відступила, мобілізувавши до своїх лав велику кількість медичного персоналу. Одними з перших зустріли Другу світову війну медичні працівники України. У зв'язку із швидким просуванням ворожих військ територією України створення значної частини військових медичних формувань було зірвано. А діючі військові госпіталі не могли виконувати всіх завдань, які на них покладалися. Частина гарнізонних госпіталів Західного та Київського особливого військових округів змушені були евакуюватися в тил, залишаючи багато медичного майна, яке призначалося для формування польових лікувальних закладів. У зв'язку з цим у липні 1941 року на Західному та Південно-Західному фронтах було розгорнуто лише 15 відсотків запланованих частин, установ і органів управління медичної служби військової та армійської ланок.

У таких надзвичайно складних умовах основна частина медичного забезпечення військ лягла на медичні пункти, окремі медичні батальйони дивізій та на невелику кількість польових рухомих і гарнізонних госпіталів. Їм довелося

виконувати дуже велику за обсягом роботу, яка, як правило, перевищувала штатні можливості багатьох лікувально-профілактичних закладів. Так, у Тернопільський гарнізонний госпіталь на 200 ліжок тільки за п'ять діб (з 22 по 27 червня 1941 року) надійшло близько 5000 поранених [125].

30 червня 1941 року лідери Організації українських націоналістів (ОУН) проголосили у Львові відновлення Української держави та українське державне правління, яке очолив прем'єр-міністр Ярослав Стецько. Віце-прем'єром та міністром охорони здоров'я став професор М.Панчишин, його заступником – Р.Осінчук. Досліджуючи професійну та громадську діяльність Мар'яна Панчишина, професор П. Пундій встановив, що за німецької окупації Галичини крім виконання обов'язків члена уряду Я.Стецька, М. Панчишин стає співорганізатором нововідкритого Львівського медичного інституту, професором і директором клініки внутрішніх хвороб. Протягом 1941-1942 років він був членом Української Національної ради (УНРади)<sup>7</sup> у Львові, активним учасником різних громадсько-суспільних товариств, опікуном і меценатом молодіжних організацій. Слід підкреслити, що після німецької окупації Галичини, в результаті якої місцеве населення фактично повністю було позбавлене медичної допомоги, така позиція проф. М.Панчишина значною мірою сприяла об'єднанню зусиль місцевої інтелігенції щодо запобігання розповсюдженню інфекційних захворювань, забезпечувала підготовку лікарів для цивільного населення, на місцевому рівні практично реалізовувала основну місію УНРади в Києві з упорядкування життя українського народу. Діяльність багатьох українських медичних і фармацевтичних працівників на окупованій німецькими військами території - державницькою, потрібною і корисною для свого народу, а не для окупаційної влади.

Не визнаючи за Україною права на державне існування, розглядаючи її як життєвий німецький простір, нацисти провели і відповідне адміністративне

---

<sup>7</sup>Українська Національна рада (УНРада) – створена у Києві 5 жовтня 1941 р. з ініціативи намісника Голови проводу українських націоналістів (ПУНу) Олега Ольжича (Кандиби). На перших зборах головою УНРади було обрано ректора Київського політехнічного інституту проф. Миколу Величковського.

розмежування її території. Вона була поділена між Генеральним Губернаторством, Райхскомісаріатом, Румунією та Угорщиною.

Досліджувана територія Прикарпаття увійшла у формі дистрикту Галичина в склад Генерального Губернаторства. Внаслідок змін у територіально-адміністративному поділі від 13 квітня 1942 року до дистрикту Галичина, крім міста Львова, входило 13 (згодом 11) округів (крайсгауптманшафтів): Бережани, Чортків, Дрогобич, Калуш, Львів-повіт (Лемберг-ланд), Рава-Руська, Самбір, Станіславів, Стрий, Тернопіль, Золочів 1 серпня 1941 року на території дистрикту Галичина стали чинними німецькі закони та судівництво[82].

Як стверджує З. Библюк, з початком німецької окупації краю змінюється тут і порядок надання медичної допомоги. 3 липня 1941 р. "...в лікарню приймаються тільки тяжкохворі з оплатою 20 карбованців денно...За крайньо бідних буде платити місцевий комісаріат. Амбулаторні хворі платять за всякий прийом 10 карбованців..." [8, с. 21].

Згідно з розпорядженням губернатора дистрикту в Галичині започатковувалося громадське самоврядування на основі відповідного польського закону та розпочався процес утворення збірних громад (міста вилучались із числа збірних громад) як першого ступеня влади та окружних самоврядних відділів, що поширювали свою діяльність у межах території колишніх окружних староств як другий ступінь влади. Органи територіального самоврядування створювались з метою управління справами охорони народного здоров'я, суспільної опіки над ненімецьким населенням, будівництва і утримання шляхів та ін [90].

Процес становлення окупаційного режиму в Східній Галичині був складним і неоднозначним. З приводу переходу влади в Станіславові до рук німецької адміністрації, часопис "Станіславське слово" писав: "У четвер, 7 серпня 1941 року, о 19 годині, німецька адміністрація перейняла від мадярської військової команди владу на території міста Станіслава. Полковник Лерер, з'ясувавши стан, який застав на території Західної України після вигнання большевицьких військ, і працю над наведенням ладу, передав владу у руки німецького народу в особі капітана доктора Альбрехта". У відозві до населення окружний староста Альбрехт

ставив метою своєї діяльності закріплення прилюдного спокою, ладу і безпеки, охорону власності та прагнення до відродження господарського життя. Для реалізації цієї мети він закликав до співпраці і допомоги всіх громадян міста і довколишніх сіл[167, с. 7].

На Прикарпатті наприкінці 1941- у першій половині 1942 років масовий голод внаслідок повені був одним із найтрагічніших епізодів періоду нацистської окупації краю. Німецька окупаційна адміністрація мало переймалася турботами і проблемами поневоленого населення, хоча навіть її представники висловлювали занепокоєння розмірами спустошень, заподіяних стихією, і виділили невеликі кошти і продукти для окремих потерпілих місцевостей. Вони при цьому керувалися не мотивами гуманності, а усвідомленням небезпеки масштабів руйнувань і загрози від традиційних супутників природних катаклізмів - інфекційних епідемій, що могли зачепити також військових та цивільних німців, які опинилися на цих теренах. Траплялося, що окремі німецькі урядовці в міру сил і бажання намагалися сприяти українським громадським чинникам в організації допомоги потерпілим, як до прикладу це робив станиславівський окружний староста д-р Альбрехт, але подібні поодинокі випадки не мали вирішального впливу на ситуацію [89].

У березні 1942 року Український центральний комітет (УЦК) розробив детальний план перевезення дітей і розгорнув потужну пропагандистську акцію в пресі. В округах, які приймали переселенців, були визначені конкретні повіти й села, куди повинні були переїхати діти. Відділ народного здоров'я УЦК закликав до співпраці українських лікарів. На перехідних станціях чергував медичний персонал, слідкуючи за дотриманням переселенцями гігієнічних норм і правил, надаючи безпосередню допомогу хворим, забезпечуючи їх ліками. Духовними опікунами дітей були священики й учителі народних шкіл, зазвичай супроводжуючи їх до місць призначення. Почесне головування в комісії допомоги голодуючим, створеній з відповідальних і сповнених посвяти людей, доручили митрополитові Й. Сліпому. Представники УЦК здійснювали контроль за станом



переселенців, дбали, щоб їм не чинили кривди. Лікарі слідкували за здоров'ям дітей, священники проводили серед них виховну роботу [89].

Автор “Щоденника зі Станіслава (1941-1944 роки)” поляк Юліуш Фоєрман описує у своїх спогадах не тільки діяльність громадських управлінь та охоронних структур в нацистському Станіславі, але і розповідає про соціальні умови, в яких проживали місцеві євреї в гетто. Очевидець цих подій в місті Станіславі стверджує, що в гетто відділ лікування був добре організований. Для лікарні був виділений будинок по вулиці Довгій, який обладнали і впорядкували. На вулиці Бельведерській утворили стоматологічну і лікувальну амбулаторії. Санітарні умови в гетто були, не дивлячись на скупчення, добрі, навіть кращі, ніж у місті... [178].

З початком війни на території Західної України активізувалася роль Народного комісаріату внутрішніх справ (НКВС), проводилися масові арешти західноукраїнської інтелігенції, серед яких було багато лікарів, провізорів, середнього медичного персоналу та студентів медицини.

З початком Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945 років в тилу ворога широкого розмаху набула героїчна боротьба радянського народу з німецько-фашистськими окупантами. Так, на кінець 1941 року на території, зайнятій німцями, вже діяло більш ніж 2 тис. партизанських загонів загальною чисельністю понад 30 тис. чол. А всього в роки минулої війни “...в тилу ворога діяло понад 6200 партизанських загонів і підпільних груп, в яких нараховувалось більше 1 млн. партизан і підпільників...” [67, с. 154].

Організаційне об'єднання окремих партизанських груп і загонів та формування партизанського руху як виду боротьби народних мас СРСР за свободу і незалежність своєї Батьківщини, яка велася на території, зайнятій ворогом, під час Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945 років, відбулося майже сім десятиліть тому – у травні 1942 року. Стратегічне керівництво партизанським рухом у той час, як відомо, здійснювалося Ставкою Верховного

Головнокомандування (СВГК)<sup>8</sup> через Центральний штаб партизанського руху<sup>9</sup>. Для керівництва партизанськими формуваннями на місцях – були створені республіканські, крайові та обласні штаби партизанського руху [149].

На виконання вказаної вище постанови ДКО, на території України були створені партизанські з'єднання під командуванням С.А. Ковпака, О.Ф. Федорова та О.М. Сабурова, до яких увійшли по декілька партизанських загонів і груп.

Як стверджують укладачі монографії “Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг.”, одночасно з розширенням масштабів, удосконаленням організації і створенням органів управління партизанським рухом, відбувалося становлення і розвиток організаційних форм їх медичного забезпечення. Власне, під час Великої Вітчизняної війни вперше в історії вітчизняної військової медицини організаційно оформилась і була успішно реалізована своєрідна, досить динамічна система медичного забезпечення партизанських формувань. Дана система була побудована на основі всебічного врахування виключно складних, різноманітних, а нерідко і надто несприятливих умов бойових дій партизан. В її розвитку можна виділити два основні періоди [67, с. 156]:

- становлення організаційно-штатної структури медичної служби партизанських формувань і пошук найраціональніших способів їх медичного забезпечення;
- організаційне оформлення системи медичного забезпечення партизанських формувань і централізованого управління нею.

З виникненням партизанських з'єднань, які об'єднували партизанські загони і групи, найхарактернішим видом якого стала бригада, з'явилася можливість створити більш чи менш уніфіковану організаційну структуру їх медичної служби. На рис. 3.1 та 3.2 показано структуру медико-санітарних служб

<sup>8</sup> Ставка Верховного Головнокомандування (СВГК), надзвичайний орган вищого військового управління, що здійснював під час Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945 рр. стратегічне керівництво Радянськими Збройними Силами. Утворена 23.06.1941 р. під назвою Ставка Головного Командування Збройними Силами СРСР під головуванням С.К. Тимошенка, з 10.07.1941 р. – Ставка Верховного Командування під головуванням Й.В. Сталіна, з 08.08.1941 р. СВГК під його ж головуванням [5, с. 1258].

<sup>9</sup> Центральний штаб партизанського руху (ЦШПР) був створений постановою Державного комітету оборони (ДКО) від 30.05 1942 р., його очолив секретар ЦК КП(б) Білорусії П.К. Пономаренко.

партизанських з'єднань під командуванням С.А. Ковпака та О.Ф. Федорова відповідно.

Як видно з рис. 3.1 у партизанському з'єднанні С.А. Ковпака було створено пересувний лісовий партизанський госпіталь на 100 місць із трьома відділеннями - хірургічним, терапевтичним та інфекційним. При госпіталі передбачалася також організація амбулаторії для лікарського огляду поранених і хворих партизан.

Даний госпіталь, як правило, розгортався у глибині “партизанського краю”, тобто на території, що повністю контролювалася партизанським з'єднанням. На периферії цього району дислокувалися партизанські загони, а в центрі разом зі штабом партизанського загону або поблизу від нього – партизанський госпіталь. Функціональні підрозділи госпіталю (амбулаторія, аптека, госпітальні відділення та ізолятор) розміщувалися в добре замаскованих замлянках. Переміщення возів і людей майданчиком, на якому розташовувався госпіталь, у світлий період доби категорично заборонялося. Пораненим і хворим партизанам, які надходили до партизанського госпіталю, забезпечувалося надання кваліфікованої (хірургічної і терапевтичної) допомоги та госпітальне лікування, а поранені та хворі, яким необхідна була спеціалізована медична допомога і тривале лікування, готувалися до подальшої евакуації за лінію фронту.

За даними Н.К. Маєвської, яка до кінця 1943 року очолювала медико-санітарну службу з'єднання “ковпаківців”, у партизанських загонах, які діяли на території УРСР у 1942 р., працювало 27 лікарів, 45 фельдшерів та 45 медичних сестер. Однак, ці медичні працівники переважно знаходились у складі великих партизанських загонів, тоді як дрібні загони та партизанські групи не були належним чином забезпечені медичним персоналом. Саме тому стаціонарне лікування важкохворих і важко поранених партизан могло бути організоване лише медичною службою найбільших партизанських загонів, які мали свою постійну базу. Тут обладнували лазарет загону або, як його називали, “санітарну землянку”. Обов'язковою умовою роботи такого лазарету була постійна готовність до негайного переміщення, у випадку необхідності, у новий район базування разом з пораненими і хворими, які знаходились на лікуванні [91].

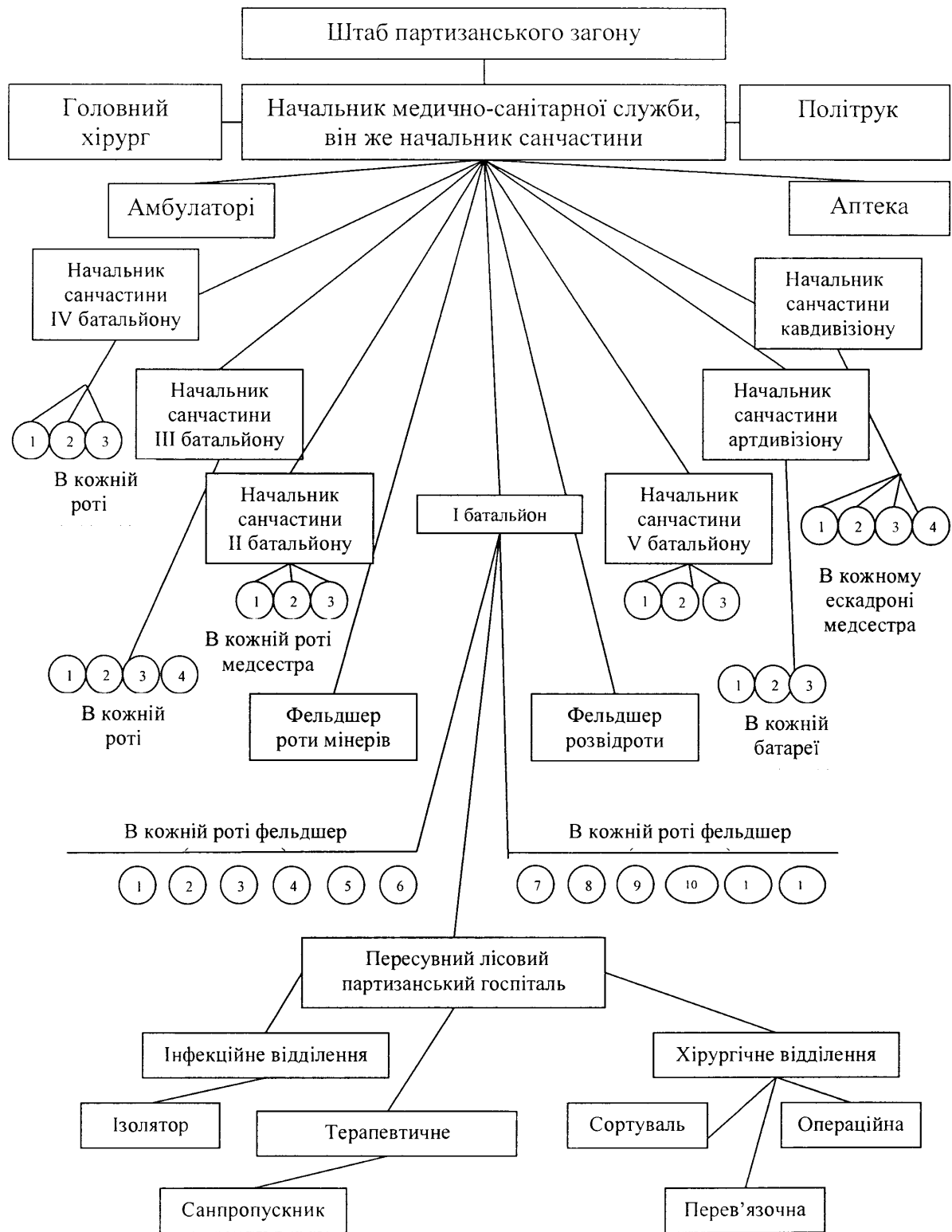


Рис. 3.1. Структура медико-санітарної служби в партизанському з'єднанні під командуванням С.А. Ковпака (1942 – 1944 рр.)

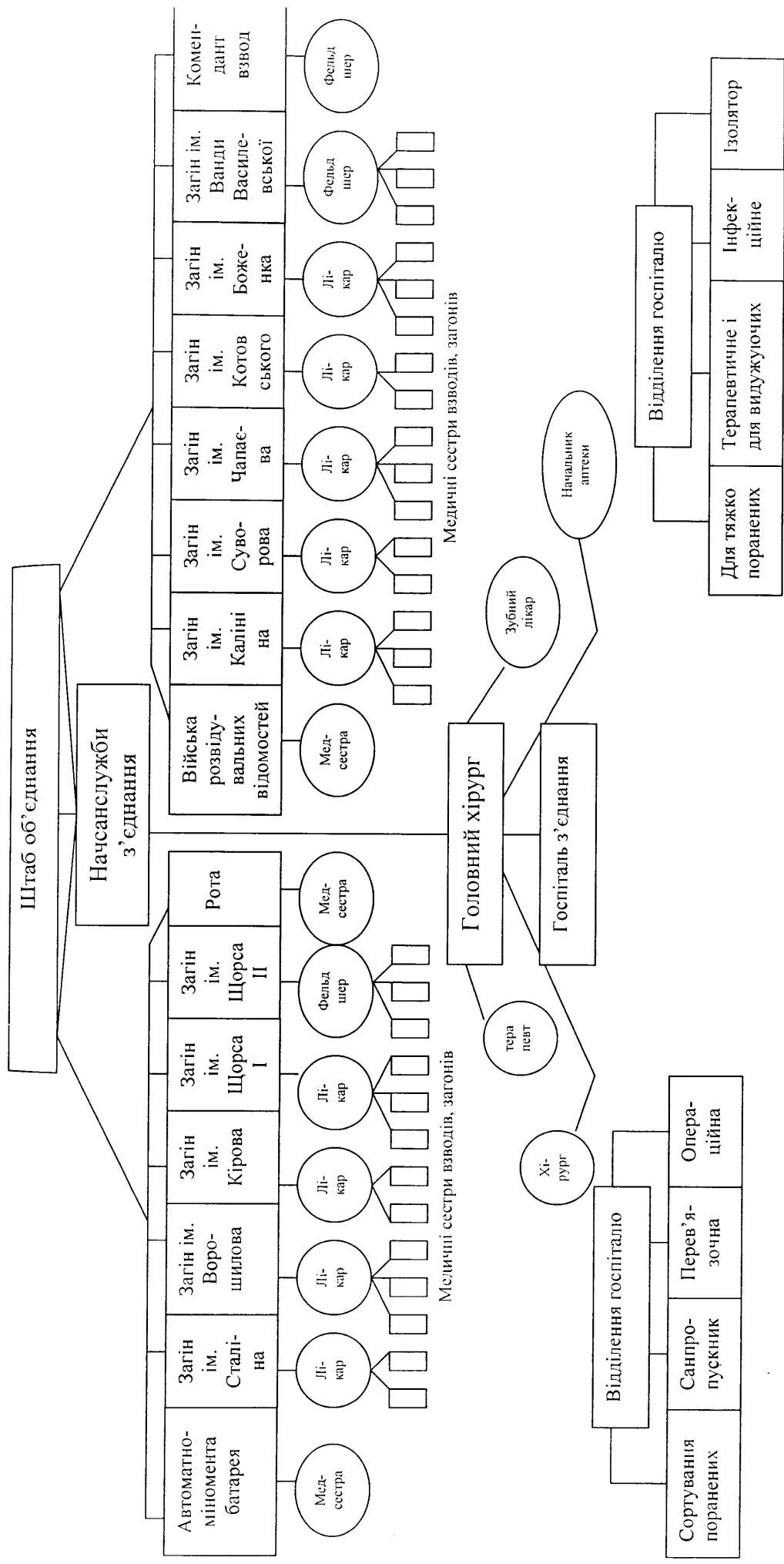


Рис. 3.2. Схема побудови медично-санітарної служби в партизанському з'єднанні під командуванням двічі Героя Радянського Союзу А.Ф.Федорова

Комплектувалася медична служба партизанських загонів або за рахунок медичного персоналу місцевих органів охорони здоров'я та медичного складу військових частин і підрозділів, які опинились у тилу німецько-фашистських військ і приєдналися до партизанського формування. Нерідко в партизанські загони надходили медичний персонал, за свідченням начальника медичної служби з'єднання партизанських загонів Житомирської області ім. Щорса, - Я.В. Стовбуненко-Заїченко, відбувався наступним чином: “Партизани через місцевих зв'язкових з'ясовували місце проживання медичного працівника і вночі, з ризиком для життя, проникали в населений пункт, для того, щоб взяти медика з собою...Такий медичний працівник брав з собою медикаменти, перев'язувальний матеріал і надавав медичну допомогу в групі або частині підрозділів до моменту її приєднання до основного загону” [67, с. 157].

Великі труднощі відчувала медична служба партизанських формувань з постачанням медичного майна, так необхідного для лікування поранених і хворих. Аналіз літературних джерел, де висвітлюються вказані питання, дає нам право стверджувати, що, як правило, певну кількість медичного майна вдавалося отримувати завдячуючи співпраці зв'язаного з партизанськими підрозділами медичного персоналу, який працював у медичних закладах і аптеках, що функціонували на окупованій фашистами території. Добували медичне майно партизани і під час наскоків на ворожі гарнізони і транспортні колони. Нерідко приходилось використовувати так звані “підручні” матеріали, наприклад, мох замість вати, парашутний шовк і домоткане полотно замість бинтів, із толу готувалася мазь проти корости, а ректифікований спирт замінювали звичайною самогонкою.

Медичну службу партизанського загону (в окремих з'єднаннях - полку) очолював її начальник – лікар, який одночасно був і начальником медичного пункту (“санітарної частини”). За відсутності в партизанському з'єднанні (бригаді) достатньої кількості лікарів начальниками медичних служб невеликих за

кількістю особового складу призначали досвідчених фельдшерів. У підрозділах (ротах) окремих загонів були створені санітарні відділення на чолі з фельдшером або санітарним інструктором. Однак, як підкреслюють дослідники, найчастіше там знаходився один медичний працівник – медична сестра або санітарний інструктор [193].

Як видно із рисунка 3.2, медико-санітарна служба з'єднання під командуванням О.Ф. Федорова мала дещо іншу структуру, аніж медико-санітарна служба партизанського з'єднання під командуванням С.А. Ковпака. Пояснювалося це, передовсім, різною структурою самих партизанських з'єднань. Партизанський госпіталь “федорівців” базувався на возах, в землянках, у парашутних наметах і мав у своєму складі: начальника санітарної служби, головного хірурга, лікарів-хірургів і терапевтів, зубного лікаря і начальника аптеки, операційно-перев'язувальний блок з операційними сестрами, наметних (возових) сестер і групу їздових (санітарів), політичну частину (політкерівник) і окрему господарську частину з начальником на чолі, яка забезпечувала господарське життя партизанського госпіталю і бойову охорону.

На санітарну частину з'єднання було покладено такі обов'язки:

- а) організація і керівництво медико-санітарною справою в усіх загонах і підрозділах з'єднання;
- б) госпіталізація та лікування поранених і хворих;
- в) консультаційна допомога медичному складу загонів;
- г) підготовка молодшого медичного персоналу (медсестер) для взводів (загонів);
- д) санітарно-протиепідемічна розвідка і саннагляд за місцями стоянок з'єднання і харчовими продуктами, включаючи забивання худоби;
- е) санітарно-профілактична і освітня робота щодо запобігання інфекційним хворобам;
- є) проведення науково-практичних конференцій з лікарями і медичними сестрами з'єднання (зокрема, було проведено 10 конференцій з обговоренням

наступних проблем: “Принципи і способи імобілізації кінцівок”, “Небезпека ускладнень при вогнепальних пораненнях м’яких тканин”, “Про застосування мочу при лікуванні гнійних ран в умовах партизанської війни”, “Авітамінози: лікування та профілактика”, “Газова інфекція”, “Переливання крові”, “Трихінелоз: лікування і профілактика”, “Лікування при вогнепальних ураженнях кісток і суглобів”, лекції та конференції часто супроводжувалися демонструванням тематичних хворих);

ж) консультативна і лікарська допомога загонам з інших з’єднань;

з) медична допомога місцевому населенню тощо [91].

В бою медичний пункт (“санітарна частина”) загону мав завданням надавати пораненим першу лікарську, а при відсутності лікаря – долікарську допомогу. Потім усі поранені, які потребували надання кваліфікованої медичної допомоги та госпітального лікування, підлягали евакуації в пересувний партизанський госпіталь. Лежачих поранених здебільшого відправляли на возах, а зимою – на санах по добре прихованих від повітряного спостереження лісних партизанських маршрутах. У загоні залишали для амбулаторного лікування при “санітарній частині” тільки легкопоранених, а інколи й певну частину поранених середньої важкості та хворих, які не потребували суворого постільного режиму.

Якщо ж начальником медичної служби загону був фельдшер, то в госпіталь з’єднання, після виконання загonom бойового завдання, направляли усіх поранених, яким необхідно було надати першу лікарську допомогу. Схема організації медичного забезпечення партизанського з’єднання під час його бойових дій в тилу ворога представлена на рисунку 3.3.

У роті санітарну роботу забезпечували середні медичні працівники (1 особа) і санітарні інструктори (1 особа). Окремі групи, перебуваючи у рейдах, несли поранених з собою або тимчасово залишали з медичним працівником для лікування в безпечному місці, у лісників, місцевих жителів. Потім поранених забирали, або після одужання вони самі поверталися до загону. Деякі загони (групи) партизанських з’єднань перебували на одному місці по 4 – 5 місяців, інші



ж протягом одного місяця не мали змоги залишатися на одному місці більше 2 – 3 діб. Іноді медичним пунктам з групою охорони доводилося розташовуватись за 10 – 15 км від штабу.

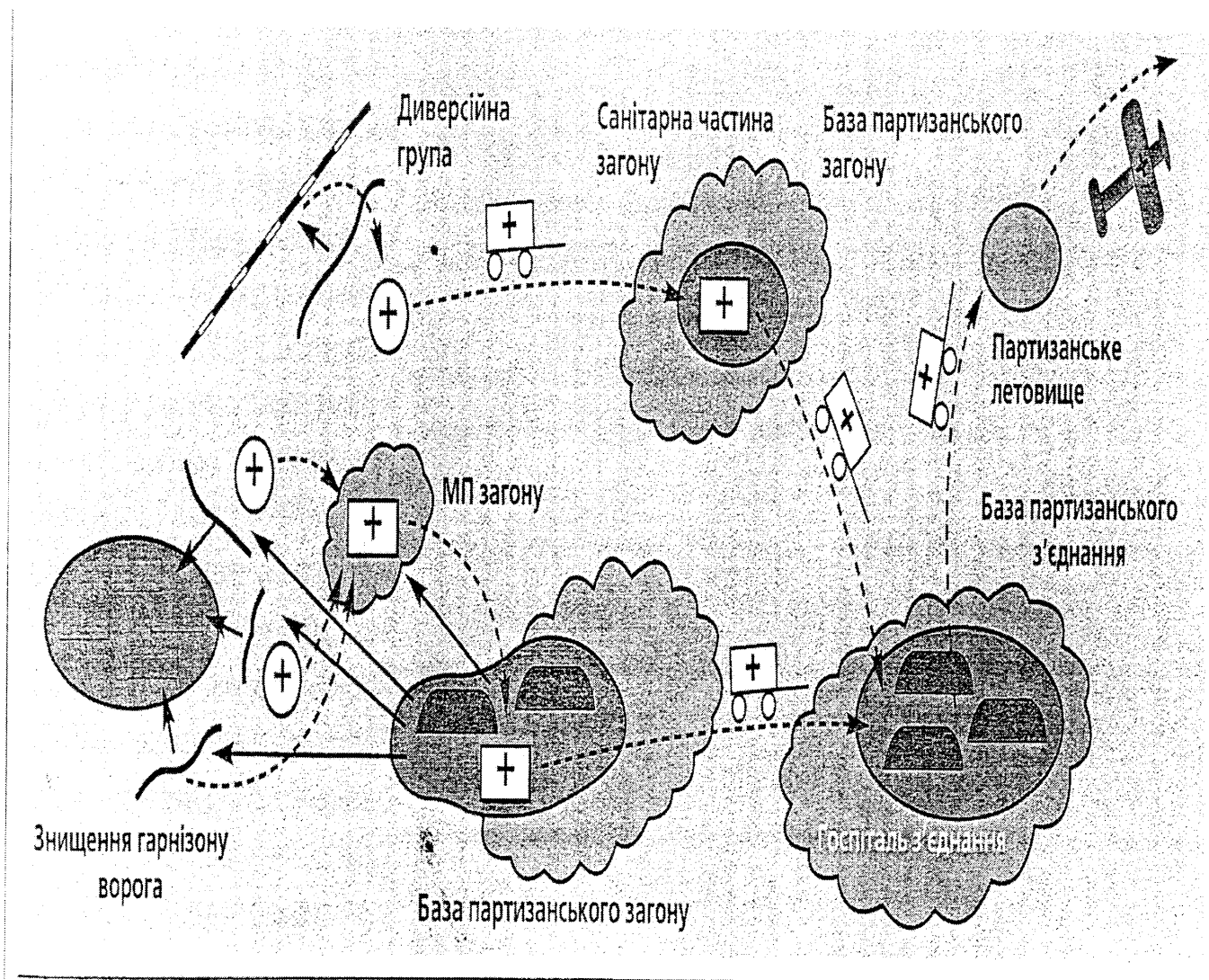


Рис. 3.3. Схема організації медичного забезпечення партизанського з'єднання під час його бойових дій в тилу

Але навіть у таборах усі тяжкопоранені перебували на возах, що дало змогу у випадку нападу швидко передислокуватися. При тривалих стоянках влаштовували курені, землянки, намети лазню і дезінфекційну камеру. Взимку поранених і хворих розміщали по хатах, у школах звільнених партизанами

населених пунктів. Коли кілька загнів або усе з'єднання виступали на виконання бойової операції, поранених і хворих сконцентровували в одному населеному пункті, біля них залишали 1 – 3 лікарів, потрібний медичний персонал, їздових з підводами і охорону. Решта медичного персоналу йшла разом із з'єднанням для надання медичної допомоги. Поранених і хворих, які з'являлися під час бойової операції, після надання їм необхідної допомоги для подальшого лікування направляли до залишеного у населеному пункті партизанського госпіталю або евакуювали безпосередньо на Велику землю [91, с. 34 – 35].

Як наголошує Н.К. Маєвська [91], в місцях постійної дислокації – “в партизанському таборі” – санітарна частина загону здійснювала суворий нагляд за підтриманням стійкого сприятливого стану особового складу партизанського формування, приміщень, де перебували партизани (куренів, землянок, наземних будівель) і всієї території табору. Особлива увага зверталась на своєчасне виявлення інфекційних хворих та їх ізоляцію. Щоденно у підрозділах відбувався санітарний огляд усіх партизан на педикульоз. Регулярно відбувалися помивки в банях, побудованих у районах розташування партизанських формувань, і в місцевих селянських банях. Для дезінфекції одягу були обладнані примітивні дезкамери, переважно сухожарового типу. У підрозділах, де виявлялися хворі сипним тифом, будували землянки-ізолятори, а при розміщенні партизан у населених пунктах – обладнували ізолятори в сільських домівках. Хворі сипним тифом партизани негайно госпіталізувались в інфекційне відділення госпіталю партизанського з'єднання. Всіх підозрілих на наявність даного захворювання розміщували в ізоляторі.

Парашук Л.Д. [108], який досліджував структуру захворювань внутрішніх органів, особливості перебігу недуг терапевтичного профілю та методики їх лікування в особливих умовах партизанської війни (1941 – 1950 років), стверджує, що в Карпатах та Прикарпатті впродовж 1944 – 1947 років госпіталі Українського Червоного Хреста (УЧХ), в яких лікувались поранені та хворі з партизанського з'єднання С.А. Ковпака, були розгорнуті на 40 – 50 осіб. Медичний персонал

госпіталю складався з 4 – 5 лікарів і 5 – 6 середніх медичних працівників. З жовтня 1944 по листопад 1945 років в лікувальних закладах УЧХ лікувалося і 1058 вояків Української повстанської армії (УПА). Серед них було 482 (45,6%) хворих терапевтичного профілю. Незадовільний в санітарно-гігієнічному відношенні стан території бойових дій зумовлював зростання заразних захворювань як серед партизанів, так і серед воїнів-повстанців. Зокрема, інфекційні захворювання мали місце у 60,6 % терапевтичної патології у відділах УПА і 42% у з'єднанні С.А. Ковпака. В структурі інфекційних захворювань серед повстанців переважали висипний тиф (25,3%), дизентерія (12,6%) і черевний тиф (6,6%). Серед радянських партизанів частіше відмічалися випадки захворювань гострими респіраторними інфекціями (19,4%) і ангіною (11,6%). Для перебігу захворювань внутрішніх органів у воїнів партизанських формувань найхарактернішими були гострий, бурхливий початок, переважання середньоважкої та важкої форм, що обумовлювалося впливом алергізуючих факторів партизанського побуту.

Характерною особливістю медичного забезпечення партизанських формувань після створення органів централізованого керівництва партизанським рухом стало встановлення систематичного зв'язку та взаємодії медичної служби цих формувань із санітарними відділами штабів партизанського руху і медичною службою фронту, в смузі та в інтересах якого діяли партизанські формування. Така взаємодія мала своєю ціллю надання допомоги медичній службі партизанських з'єднань шляхом її підсилення силами і засобами медичної служби (медичним персоналом, медикаментами, засобами збору, виносу та вивозу поранених з поля бою) [67, с. 163].

Важливу роль у процесі медичного забезпечення партизанських формувань відіграла організація евакуації з районів розташування та боєвих дій партизан важкопоранених і хворих, які потребували надання спеціалізованої медичної допомоги і тривалого госпітального лікування.

Основним засобом, який забезпечував виконання вказаних вище завдань, були літаки По-2, а при наявності польового партизанського летовища – більш вантажопідйомні транспортні літаки, які доставляли в партизанські з'єднання зброєю та боєприпаси. Як вказує вже цитований вище Я.В. Стовбуненко-Заїченко, "...евакуація поранених в тил була надзвичайно важкою, складною і далеко не безпечною справою. ...У з'єднанні діяла ціла система підготовчих і забезпечуючих заходів. Завчасно вивчалися найбільш безпечні шляхи, якими поранених і хворих підвозили на возах до партизанського летовища, причому пересування транспорту з пораненими і хворими за визначеними маршрутами дозволялося тільки вночі. ...На тих, хто підлягав евакуації заповнювалася евакуаційна карточка, яку підписував командир і начальник медичної служби партизанського з'єднання. Без такої карточки на літак не приймали... У партизанському з'єднанні із загальної кількості поранених і хворих, евакуйованих на "Велику землю", було відправлено літаками 99 осіб, або 1,66%, а наземним транспортом – 496 партизан, або 83,4% поранених і хворих...". Всього ж із партизанських частин і з'єднань, які діяли на території України, було евакуйовано в радянський тил 22,8% поранених і 2,5% хворих партизан. Із партизанського з'єднання під командуванням О.Ф. Федорова кількість евакуйованих в тил склала 15,8% [67, с. 164].

Лікування поранених і хворих партизан в радянському тилу здійснювалося в евакуаційних госпіталях, що перебували під керівництвом ЦШПР. Окремі з цих госпіталів закріплювались або передавались в оперативне підпорядкування периферійним штабам партизанського руху. Наприклад, відповідно до розпорядження ЦШПР, для госпіталізації та лікування поранених і хворих, евакуйованих із партизанських з'єднань, що діяли на теренах України, були в 1942 року закріплені за Українським штабом партизанського руху (далі – УШПР) ЕГ 1069, який дислокувався в м. Бузулук Оренбургської (у 1938 – 1957 роках) Чкаловської області, та ЕГ 3281, розгорнутий в Куйбишевській (нині – Самарській) області. Потім в оперативне підпорядкування УШПР було передано

ще декілька евакуаційних госпіталів, причому один із них – ЕГ 5023 – залишався постійно у віданні УШПР до кінця 1944 року в якості “партизанського госпіталю”. В ньому за період з грудня 1942 року до листопада 1944 року лікувалося 1541 поранений і 583 хворі партизани. Центральний і периферійні штаби партизанського руху надавали інтенсивну допомогу партизанським з’єднанням, підсилюючи їх медичними кадрами і поставляючи надзвичайно необхідні медичній службі цих з’єднань медикаменти, перев’язувальний матеріал та інше медичне майно. У відповідності до даних санітарного відділу УШПР, впродовж 1943 – 1944 років у партизанські з’єднання були спрямовані 34 лікарі, 9 фельдшерів і 7 медичних сестер, а також доставлено парашутним та іншими способами 825 парашутних мішків з медичним майном. За роки Великої Вітчизняної війни 1941 – 1945 років у складі партизанських загонів і з’єднань, що діяли на території України, брали участь 210 лікарів, 242 фельдшери, 261 медична сестра, 62 санітарні інструктори [91].

### 3.3. Становлення та розвиток радянської системи державного управління у сфері охорони здоров’я на Прикарпатті (1944-1950 роки)

27 липня 1944 року Станіслав був остаточно звільнений від німецько-фашистських загарбників. Важким соціальним наслідком війни стали масові епідемії, що охоплювали населення західних областей України та Прикарпаття зокрема.

Відбудовчі процеси на звільнених землях Прикарпаття проводилися відповідно до прийнятої постанови уряду України від 7 травня 1945 року “Про заходи відбудови та дальшого розвитку господарства у Львівській, Станіславській, Дрогобицькій, Тернопільській, Рівненській, Волинській і Чернівецькій областях УРСР на 1945 рік”. На подолання наслідків війни керівництво республіки спрямувало у Західну Україну значні кошти (тільки в

1944 році в економіку регіону асигновано 10 млрд. карбованців) і матеріальні ресурси.

Важким соціальним наслідком війни стали масові епідемії, що охоплювали населення західних областей України та Прикарпаття зокрема. Поряд із традиційними хворобами (кір, грип, скарлатина) тут вирували епідемії висипного, черевного та поворотного тифів. Ліквідації епідемій інфекційних захворювань, покращенню загального рівня медичного обслуговування населення сприяли поступове збільшення кількості лікарських кадрів та розширення мережі лікувальних закладів. В 1948 році розпочалася їх організаційна перебудова. Вона передбачала об'єднання лікарень із амбулаторно-поліклінічними закладами та подальше запровадження диспансерного методу і дільничного принципу обслуговування населення. На початок 1949 року у західних областях України вже працювало 5765 лікарів, у т. ч. у Львівській області – 1760, Чернівецькій – 779, Дрогобицькій – 584, Закарпатській – 555. У роботі їм допомагали понад 16,1 тис. осіб середнього медичного персоналу, зокрема у Львівській області – 3585, Станіславській – 2219, Тернопільській – 2035, Дрогобицькій – 1846. У регіоні діяло 1174 амбулаторно-поліклінічних заклади, у т. ч. у Львівській області – 221, Тернопільській – 161, Станіславській – 157, Чернівецькій – 152. Зростання кількісних показників у сфері охорони здоров'я західних областей України не завжди супроводжувалося підвищенням якісного рівня медичного обслуговування населення краю, на яке впливали важкі матеріально-побутові умови життя, а також недостатнє фінансування медицини [29].

Серед пріоритетних напрямів розвитку медичної діяльності на Прикарпатті було подолання наслідки туберкульозу, венеричних захворювань, а також якнайшвидше задовольнити місцеве населення невідкладною медичною допомогою. Відомо, що хворобі легше запобігти, ніж лікувати, а тому центральне місце у вирішенні профілактичних заходів належало санітарно-епідеміологічній службі. Незважаючи на обмежену матеріально-технічну базу, незначне забезпечення ліками, медичним обладнанням та устаткуванням, фінансування

охорони здоров'я по залишковому принципу та обмаль медичних спеціалістів, державне регулювання цієї галузі було спрямоване на забезпечення медичних закладів кадрами, своєчасну діагностику і надання медичної допомоги.

У післявоєнній Коломиї налагодилась робота міської лікарні, двох поліклінік, профільних медичних закладів - інфекційної, дитячої, туберкульозної, венеричної лікарень та пологового будинку. У місті відкрили троє дитячих ясел та чотири дитячі садки. Почали функціонувати міська СЕС, дитячий санаторій, будинок грудної дитини та санаторій для інвалідів війни. Невідкладна медична допомога надавалася станцією швидкої медичної допомоги ("за Польщі" швидкої медичної допомоги в місті не існувало [186]).

У 1945 році в місті Станіславі було зареєстровано масовий спалах висипного тифу. Інфекційний відділ міської лікарні (теперішнє приміщення лікарняної аптеки) не в змозі був забезпечити стаціонарним лікуванням інфекційних хворих, а тому перший поверх міської лікарні (терапевтичний відділ) відводився для розміщення та лікування інфекційних хворих.

Через складну епідеміологічну ситуацією в місті формувалися епідбригади для роботи в епідемічних вогнищах та по боротьбі зі завошивленістю серед прибулих пасажирів залізничного транспорту та пасажирів перед одержанням залізничних квитків. Проводилася наполеглива робота щодо створення несприйнятливості населення до інфекційних хвороб та здійснювалися профілактичні заходи. Проте негативні наслідки війни і у санітарно-гігієнічній сфері потребували часу для докорінного поліпшення ситуації.

Окрім обов'язкових санітарно-гігієнічних заходів, завідуючий Станіславським обласним відділом охорони здоров'я І.В. Савицький<sup>10</sup> у 1944 році

<sup>10</sup> Професор САВИЦЬКИЙ Іван Володимирович (1911 - 1993), закінчив Одеський медичний інститут у 1934 році. У 1939 році був призначений завідувачем облздороввідділу Станіславської області. З 1941 року працював завідувачем управління Народного комісаріату охорони здоров'я УРСР. У 1944 році знову був призначений завідувачем Станіславського облздороввідділу, з 1945 року працював ректором (першим!) Станіславського медичного інституту. У 1950 році був переведений в Одеський медичний інститут на посаду завідувача кафедри біохімії. Автор 210 наукових праць та підручника "Біологічна хімія" для студентів медичних вузів [Біографічний словник професорів та завідувачів кафедр Івано-Франківської державної медичної академії (1995)].

активізував санітарно освітню пропаганду серед жителів міста щодо боротьби з інфекційними та шкірно-венеричними хворобами, налагодив чіткий облік і своєчасну звітність.

В досліджуваний період в Карпатах активізувалася епідемія сифілісу, яка тут тривала фактично понад сторіччя і загрожувала навіть існуванню гуцулів. Цікаво, на думку авторів, сучасний український письменник, журналіст Т. Прохасько описує ситуацію, що склалася в той час на Гуцульщині: "...гола статистика була дуже драматичною. Із 6881 мешканця гуцульської столиці Жаб'я (тепер Верховина) було досліджено 35,4 відсотки осіб, позитивний аналіз – 15,5. Подібна ситуація була і в Криворівні (1653 мешканці, 54,5% досліджених, 14,9 позитивний), Яворові (2554, 71,2%, 20,3), Брустурах, Шешорах, Дземброні та інших селах. Лише дуже мала частина хворих зверталася до лікарів і проходила хоч коротке лікування. Українські лікарі, які активно взялися за боротьбу із страшною хворобою, залишили свідчення, які сприймаються тепер як література магічного реалізму. Гуцули не могли повірити, що "чорна короста" (сифіліс – *авт.*) передається так, як про це кажуть дохторі (лікарі). Вони пояснювали "якіс бубки" відпаренням під час довгої дороги верхи на коні або пішки. Іншими популярними поясненнями було те, що "посиділося на недоброму місці" або навіть "подвиганєм" (підняття чогось важкого). Якась хвора вдова переконувала лікаря, що вона захворіла від "туги і плачу за чоловіком". Хоча у гуцульській медицині використовувалися такі способи лікування, як випалювання мідним купоросом і купелі у виварі смерекової хвої, головним засобом були примовляння. Поза тим, горяни боялися і зневажали лікарів, а громадська думка ніяк не осуджувала тих хворих, котрі не хотіли лікуватися. Лише радянська репресивна медицина зуміла погасити карпатську ендемію. Загальний медичний огляд, примусове лікування, венерологічні диспансери, кримінальна відповідальність за зараження і слідчі методи з'ясування партнерів – все це дало свої результати. До цього, щоправда, ще треба додати загальну зміну способу



життя, поширення освіти і медичних закладів, полегшення доїзду до міст і сіл, поширення антибіотиків” [119].

Для задоволення гострої потреби галузі в лікарських кадрах у Станіславській та сусідніх областях, рішенням Ради Народних Комісаріатів СРСР від 04.07.1945 року та Постановою Ради Народних Комісарів УРСР від 17.07.1945 року 06 жовтня 1945 року в м. Станіславі відкривається державний медичний інститут (тепер - Івано-Франківський національний медичний університет). Інститут запрацював як педагогічний, науковий, лікувальний, культурно-освітній осередок області [65].

У післявоєнні роки розширювалися вже існуючі лікувально-профілактичні заклади та створювалися нові, збільшувалася кількість лікарів і середнього медичного персоналу. Так, у 1950 році забезпеченість населення Станіславської області лікарняними ліжками складала 7,5 ліжок на 1000 мешканців, замість 1,5 – у 1940 році. Збільшення лікарняного фонду супроводжувалося і його профілізацією. Було встановлено диспансерне спостереження за окремими групами населення, кількість відвідувань у лікарів на амбулаторному прийомі в поліклініках області у порівнянні з 1945 роком, збільшилось в 3,5 рази, в Калуській районній поліклініці - більше ніж у 3,5 рази, а у Войнилівській – більше ніж в 4 рази. Збільшилась і кількість відвідувань для надання медичної допомоги вдома. В поліклініках почали користуватися послугами рентгенологічного кабінету, фізіотерапевтичного кабінету і клініко-діагностичного кабінету. В усіх районах області почали створюватися жіночі консультації, пологові будинки і пологові відділення, а в селах з’явилися нові родопомічні заклади – колгоспні пологові будинки [65].

Особливу увагу радянської держави було приділено поліпшенню медичного обслуговування сільського населення. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров’я СРСР №369 від 15.09.1947р. були організовані районні лікарні, покликані стати організаційно-методичними й лікувально-консультативними центрами районів щодо подання висококваліфікованої спеціалізованої медичної

допомоги сільському населенню. Наказом Міністерства охорони здоров'я УРСР №114 від 28.02.1948р. були створені обласні лікарні, які згодом стали такими ж центрами в поданні допомоги сільському населенню в масштабах області.

Реформа охорони здоров'я розпочалася в 1948 році і передбачала об'єднання лікарень із амбулаторно-поліклінічними закладами та подальше запровадження диспансерного методу і дільничного принципу обслуговування населення. Незважаючи на обмежену матеріально-технічну базу, недостатнє забезпечення ліками, медичним обладнанням та устаткуванням, фінансування охорони здоров'я за залишковим принципом та обмаль медичних спеціалістів, державне регулювання здравоохоронної сфери було спрямоване на забезпечення медичних закладів кадрами, своєчасну діагностику і надання медичної допомоги [80].

Державне регулювання організації діяльності лікарняно-поліклінічних закладів в Станіславі відбувалося наступним чином. Усі клініки медичного інституту було передано обласному відділу охорони здоров'я. Це дало змогу в 1950 році розділити місто на два райони щодо медичного обслуговування населення і створити два повноцінні лікарняно-поліклінічні об'єднання. До першої об'єднаної лікарні ввійшли факультетські клініки інституту як стаціонарна база об'єднання, а в будинку колишнього протитуберкульозного диспансеру було розгорнуто поліклінічне відділення цієї лікарні. Друга об'єднана лікарня була створена на базі пропедевтичних клінік інституту і колишньої центральної поліклініки міста, що розташована поблизу стаціонару. Населення міста було розподілено між цими двома об'єднаними лікарня об'єднання цих закладів у містах Коломиї, Калуші, Долині, Снятині й інших. Наказом Міністра охорони здоров'я УРСР №352 від 12.06.1957р. "Про заходи в зв'язку з ліквідацією відділів охорони здоров'я виконавчих комітетів районних Рад депутатів трудящих УРСР" районні відділи охорони здоров'я були ліквідовані, а їхні функції передані головним лікарям районних лікарень.

### 3.4. Проблеми становлення і розвитку медичної освіти й науки на Прикарпатті та роль відомих лікарів краю в державному регулюванні медичної діяльності

На території Прикарпаття в досліджуваний період медичну допомогу населенню, крім лікарів та представників народної медицини, надавали цирулики, хірурги, акушерки, повитухи, фельдшери, сестри милосердя та медичні сестри, тобто медичні працівники середньої ланки. Підготовка відповідних фахівців здійснювалась різними шляхами: від індивідуального учнівства для цируликів, повитух чи сестер милосердя (шариток) до навчання у державних та приватних школах, що готували хірургів, акушерок, фельдшерів та медсестер.

Організація навчального процесу в спеціалізованих медичних школах у різних частинах регіону помітно відрізнялася. Так, на початку ХХ ст. на території Західної України визначилися три основні напрями у розвитку фахової медичної освіти середнього рівня [73]:

- в Галичині функціонували навчальні заклади з підготовки акушерок і хірургів, а також школа медичних сестер;
- на Закарпатті та на Буковині готували виключно акушерок;
- на Волині – фельдшерів та акушерок.

Підготовці лікарських кадрів у Галичині у той час не приділялося належної уваги. Перша група лікарів у кількості 25 чоловік була випущена Львівським університетом ще у 1900 році. Забезпеченість лікарями тут була дуже низькою і складала у 1890 році – 0,9 лікаря на 1000 населення, а в 1900 році – 1,0 лікар на 1000 населення краю. У 1873 році на одного лікаря загального профілю припадало 10968 осіб, у 1890 – 11307, у 1900 – 9335, а на одного хірурга в ці роки припадало відповідно – 16680, 32933 і 56496. У 1875 році в повітах Прикарпаття працювало 102 акушерки. Першим лікарем на Прикарпатті був Йосип Кордина, який закінчив Львівську школу хірургів у 1802 році і був направлений на роботу в місто Станіслав [8].

Як стверджує польський дослідник П.Уліяш [176], найбільш відчутного впливу польська система підготовки лікарів надала медичному факультету Львівського університету, який пройшов складний шлях становлення та розвитку в умовах як польського, так і австро-угорського періодів. За 120 років австро-угорського панування (1773 – 1894 роки) він двічі ліквідовувався і відновлювався. “Колегіум медикум” тричі зазнавав трансформації і врешті-решт був ліквідований, як і Замойська академія після 170-річного існування, в результаті чого західноукраїнські землі на 20 років залишилися без жодного навчального закладу з підготовки медичних кадрів.

У своїх спогадах про ті часи один із колишніх професорів Станіславського медичного інституту В.Ф.Сенютович писав: “Мене не прийняли на медичний факультет Львівського університету, бо я був українцем. Батько змушений був продати землю, щоб син міг вчитись медицині за кордоном. Але навіть і після закінчення медичного вузу неможливо було знайти роботу, і я змушений був працювати фельдшером“ [65].

Першим навчальним закладом на Прикарпатті, в якому здійснювалася підготовка медичних працівників середньої ланки, згідно з постановою Станіславського (нині Івано-Франківського) облвиконкому від 21 грудня 1939 року, стала фельдшерсько-акушерська школа, перший випуск якої відбувся у 1947 році. Згідно з планом набору, у школі повинно було навчатись 120 осіб, однак прийняли значно менше і диплом про здобуття фаху отримали 7 акушерок і 27 фельдшерів. Для потреб школи місцева влада надала одне приміщення для навчання і гуртожиток для проживання учнів. Діяльність школи перервала Друга світова війна.

Вже в перші її дні було зруйновано приміщення цього навчального закладу. Навчальний процес у Станіславській фельдшерсько-акушерській школі відновився після звільнення радянськими військами обласного центру. Для потреб школи місцева влада надала інше приміщення, яке в роки війни

---

використовувалось як конюшня – перший поверх, і як казарма – другий. Однак бракувало приміщень для навчання і житла, були перебої з паливом та електроенергією. Не вистачало підручників, зошитів, муляжів, фантомів, таблиць, але в молоді було велике прагнення здобувати освіту і спеціальність. Щоб організувати навчальний процес у післявоєнний час, багато зусиль довелося прикласти першим її керівникам, кожен з яких вніс посильну частку своєї праці у становлення та розвиток навчального закладу.

Керівниками Станіславської фельдшерсько-акушерської школи були: І.М. Гольдман (1939 – 1941 роки), М.М. Володкіна (1944 – 1945 роки), З.І. Скоч (1945–1946 роки), О.М. Полотнюк (лютий - серпень 1946 року), Є.С. Басклей (1946 – 1949 роки), Л.Г. Керман (1949 – 1951 роки), Г.М. Грекова (1951 -1955 роки), В.С. Каничкіна (1955 – 1958 роки) [64].

У зв'язку з початком Великої Вітчизняної війни в 1941 році наказом наркома охорони здоров'я СРСР від 26 червня з 2 липня для медичних шкіл були затверджені навчальні плани зі скороченими термінами навчання від 1 до 1,5 року. Вже з вересня 1942-1943 навчального року підготовка кадрів знову була переведена на довоєнні терміни навчання (наказ наркома охорони здоров'я СРСР №329 від 23.06.1942 року). Цим же наказом були затверджені наступні програми підготовки середніх медичних кадрів [189]:

- фельдшери (об'єднавши профілі підготовки фельдшерів та санітарних фельдшерів) з 3-х річним терміном навчання;
- акушерки-фельдшери (замість акушерок) з 3-х річним терміном навчання;
- медичні сестри (замість медсестер і медсестер дитячих установ) з 2-х річним терміном навчання.

З метою поліпшення медичної освіти в липні 1954 року Станіславська фельдшерсько-акушерська школа була реорганізована в медичне училище, а в 1976 році йому надано статус базового середнього спеціального навчального закладу. Сьогодні - це заклад з розвинутою матеріально-технічною базою та

висококваліфікованим викладацьким складом. З того часу понад 12500 фельдшерів, медичних сестер, акушерок, зубних лікарів та зубних техніків отримали дипломи про його закінчення.

Серед випускників – Герой соціалістичної праці – Радиш Марія Олексіївна - колишня завідувачка фельдшерсько-акушерським пунктом с.Кобаки Косівського району; лауреат Державної премії – Мамчур Федір Іванович - за винахід і впровадження в практику лікарських препаратів (один із них відомий “Уролесан”); державні службовці високого рангу - Сьомін Валерій Олександрович - перший заступник Міністра охорони здоров'я (1996 – 1998роки), Князевич Василь Михайлович - Міністр охорони здоров'я (2007 – 2010роки); понад два десятки професорів, докторів наук – Середюк Н.М., Глушко Л.В., Дикий Б.М., Боцюрко В.І., Герелюк І.П., Василюк М.Д. та ін. Заклад став важливою ланкою в цілісній структурі системи охорони здоров'я області, зробив помітний внесок у забезпечення кваліфікованими кадрами медичних установ Прикарпаття, України [64].

Ще одним осередком просвіти та фаховою кузнею медичних кадрів середньої ланки охорони здоров'я на Прикарпатті стала школа медичних сестер у місті Коломиї, яка була заснована наказом по Станіславському обласному відділу охорони здоров'я від 27.08.1947 року за №612-к. Перший набір учнів склав 68 осіб. До викладацької роботи вдалося залучити 12 лікарів. Першим директором було призначено М. О. Трофімова, який очолював школу до 1952 року. Щорічно, починаючи з 1949 року, відповідальними за проходження студентами навчально-виробничої та виробничої практики закріплювалися лікарі-терапевти, хірурги, педіатри, інфекціоністи та акушер-гінекологи. Новим етапом в історії навчального закладу стала його реорганізація 30 липня 1954 року в Коломийське медичне училище та відкриття у його складі фельдшерсько-акушерського відділення. Через рік – 31.08.1955 року було розформовано Станіславське медичне училище №2 шляхом його приєднання до Коломийського. За успіхи, досягнуті училищем у

підготовці кваліфікованих фахівців і з нагоди 100-річчя від дня народження Каменяра, у 1956 році училищу присвоєно ім'я Івана Франка.

Сьогодні в Коломийському медичному училищі готують спеціалістів із чотирьох спеціальностей: лікувальна справа, сестринська справа, акушерська справа та фармація. Невід'ємною частиною підготовки майбутніх фахівців є вдосконалення практичного навчання студентів. З цією метою, на базі Коломийської центральної лікарні, пологового об'єднання, інфекційної лікарні та шкірно-венерологічного диспансеру облаштовано 16 навчальних кімнат. Значну допомогу в організації та проведенні практичних занять училищу надають головні лікарі базових лікарень області. Плідно працюють предметні і клінічні гуртки, низка науково-пошукових товариств та гуртки художньої самодіяльності [186].

Дослідженням встановлено, що після Великої вітчизняної війни 1941 – 1945 років відбулося розширення вже існуючих лікувально-профілактичних закладів та створення нових, зростала кількість лікарів і середнього медичного персоналу. Серед пріоритетних напрямів розвитку охорони здоров'я Прикарпаття було подолання наслідків туберкульозу, венеричних захворювань, якнайшвидше забезпечення місцевого населення невідкладною медичною допомогою. Незважаючи на обмежену матеріально-технічну базу, недостатнє забезпечення ліками, медичним обладнанням та устаткуванням, фінансування охорони здоров'я за залишковим принципом та обмаль медичних спеціалістів, державне регулювання здравоохоронної сфери було спрямоване на забезпечення медичних закладів кадрами, своєчасну діагностику і надання медичної допомоги [28].

Для задоволення гострої потреби галузі в лікарських кадрах у Станіславській та сусідніх областях, рішенням Ради Народних Комісарів СРСР від 04.07.1945 року та Постановою Ради Народних Комісарів УРСР від 17.07.1945 року в місті Станіславі з жовтня 1945 року розпочинає свою діяльність державний медичний інститут (тепер - Івано-Франківський національний медичний університет).

Вказаною вище Постановою Ради Народних Комісарів УРСР передбачалося надання інституту необхідних приміщень, навчального устаткування та медичної апаратури. Так, під навчальні корпуси було передано кращі будівлі міста: приміщення колишньої польської гімназії № 6 (нині - центральний корпус університету), будівлю колишньої духовної семінарії (морфологічний корпус), будинок по вул. Колінського, № 3 (кафедри фармакології та фізики), будинок колишньої гінекологічної клініки (кафедри хірургії і терапії стоматологічного факультету), будинки, в яких після війни розміщувався військовий госпіталь (кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб, госпітальної хірургії і неврології), будинки на вулиці Гетьмана Мазепи, № 25 (кафедри загальної гігієни і мікробіології), № 34 (підготовче відділення), № 98 і 114 (клініки ЛОР, очних хвороб, факультетської хірургії) тощо.

Тягар розбудови Станіславського медичного інституту ліг на плечі доцента І.В. Савицького, котрий очолював навчальний заклад упродовж перших найважчих трьох років, коли закладалися підвалини навчальної, наукової та лікувальної роботи, визначалися пріоритетні напрями подальшого розвитку інституту.

Станіславський державний медичний інститут розпочав свою роботу у складі трьох курсів, на які було зараховано 397 студентів і працювало 47 викладачів. Той день став і першим робочим днем для 34-річного кандидата медичних наук, доцента Івана Володимировича Савицького – на посаді організатора і першого директора новоствореного інституту.

Доля професора І.В. Савицького склалася так, що в науковому співтоваристві його добре знають як авторитетного біохіміка – фундатора відомої одеської наукової школи (ним підготовлено 11 докторів і 49 кандидатів наук). Івана Володимировича глибоко шанують як автора численних (аж 438!) наукових праць, серед яких – класичний підручник “Біологічна хімія”, що витримав впродовж 1965 – 1982 років три видання загальним тиражем 27550 екземплярів і був настільною книгою для двох поколінь українських лікарів. У 1983 році



підручник І.В. Савицького номінувався колективом Одеського медичного інституту імені М.І. Пирогова за активної підтримки Одеського відділення товариств біохіміків, фармакологів та фізіологів на здобуття Державної премії УРСР в галузі науки і техніки [131].

Але перед тим у майбутнього біохіміка була блискуча кар'єра педагога та лікаря-організатора охорони здоров'я, яка розпочалася з посади директора Одеського медичного училища відразу по закінченні ним у 1934 році медичного інституту і продовжилась восени 1939 року в новій якості, коли 28-річний кандидат медичних наук І. Савицький був призначений завідувачем Станіславським облздороввідділом. Втім, про все по черзі...

Іван Володимирович Савицький народився 07 вересня 1911 року на Хмельниччині, у старовинному місті Кам'янець-Подільський, що зручно розкинувся на берегах притоки Дністра – річці Смотрич, у родині службовця. Його навчання в школі перервала Громадянська війна, а передчасна смерть батька Володимира Онуфрійовича у 1918 році стала причиною того, що 7-річного Івана та його старшого брата 9-річного Павла мати Ольга Петрівна змушена була відправити на село до своїх батьків, так як у неї - хворої на руках залишалося ще двоє малолітніх дітей – 6-річний Георгій та 4-літня Ніна, а в Кам'янець-Подільському починався голод...

У селі Ластівці, проживаючи у діда Петра Миколайовича та бабусі Меланії Яківни, Іван і Павло Савицькі закінчили початкову школу, після чого впродовж шести років виховувалися за популярною у той час методикою А.С. Макаренка у дитячому притулку імені Паризької комуни (м. Кам'янець-Подільський).

Зараз важко, правда, зрозуміти, чому цих двох підлітків направили у трудову колонію, де перевиховувались діти-правопорушники, але отриманий ними там досвід “комуністичного виховання в колективі” відіграв, напевно, і якусь свою роль у їх майбутній практичній роботі.

Бажання продовжувати навчання, щоб стати лікарем, і отримати, як вважав Іван Володимирович, найкращу професію на землі, привело у 1928 році 17-

літнього І. Савицького до Одеського робітничого факультету<sup>11</sup>, який здійснював підготовку молоді для вступу до медичного інституту. Цього ж року розійшлися життєві дороги братів Савицьких – старший двома роками Павло обрав для себе фах військового льотчика і, пройшовши через війну, дослужиться у майбутньому до полковника Червоної Армії [26].

А Іван Володимирович Савицький, вступивши у 1930 року до Одеського медичного інституту ім. М.І. Пирогова, назавжди пов'язав свою життєву дорогу з медициною. Причому, не тільки свою. Правильнішим буде сказати, що медична діяльність стала сімейною професією Савицьких. Так, лікарем-гінекологом була дружина Івана Володимировича – Надія Петрівна; обласним невпропатологом тривалий час працював в Івано-Франківську його рідний брат – Георгій Володимирович. Лікарем-біохіміком став його старший син – кандидат медичних наук Володимир Іванович<sup>12</sup>. Медичну професію обрав для себе його онук і повний тезка діда-професора – Іван Володимирович Савицький – доктор медичних наук, доцент кафедри патологічної фізіології Одеського національного медичного університету. Найкращу професію на землі здобуде й правнук Івана Володимировича – Володимир Савицький – який сьогодні навчається в Одеському медичному університеті. Дружина Георгія Володимировича – Євгенія – очолювала Івано-Франківський фтизіопульмонологічний диспансер. Лікарем і майстерним педагогом була донька Георгія та Євгенії Савицьких, племінниця Івана Володимировича – кандидат медичних наук, доцент кафедри біології Івано-

<sup>11</sup>Робітничий факультет (робфак), в 1919 – 1940 рр. загальноосвітні навчальні заклади в СРСР для підготовки у вузи молоді, яка не мала середньої освіти; створювалися при вузах. Термін навчання на робітничому факультеті складав: три роки на денному його відділенні та чотири роки – на вечірньому. Курс, на якому навчався І.В. Савицький, із-за ініціативи керівництва Наркомздорів'я України, закінчив робфак у “прискореному темпі” за два роки.

<sup>12</sup>Витяг із трудової книжки І.В. Савицького, підписаний заступником директора Станіславського державного медичного інституту професором С. Верхратським, засвідчує, що впродовж німецької окупації міста Станіслава трудова діяльність Івана Володимировича була такою: з 5 липня 1941 р. – начальник управління кадрів нарком здоров'я України, одночасно – доцент кафедри патологічної фізіології Київського медичного інституту; з 18 листопада 1941 р. – заступник завідувача облздороввідділу Чкаловської області, РСФСР; з 10 квітня 1942 р. – завідувач міськздороввідділом міста Ворошиловграда, одночасно доцент кафедри нормальної фізіології Харківського медичного інституту, м. Чкалов; з 14 серпня 1943 р. – завідувач Сумським облздороввідділом; з 12.04. 1944 р. – завідувач Станіславським облздороввідділом; з 11.07.1944 по 02 серпня 1948 р. – директор Станіславського державного медичного інституту, одночасно завідувач кафедри біохімії цього ж інституту [12].

<sup>13</sup>Молодший син Івана Володимировича – Констянтин Іванович став інженером, тривалий час викладав в Одеському інституті інженерів морського флоту.

Франківського медичного інституту Лариса Георгіївна Савицька, надзвичайно цікаві лекції якої мав честь слухати у свій час і один із авторів цього дослідження. Лікарями стала величезна кількість вихованців Станіславського та Одеського медичних інститутів, де впродовж 57-ми років плідно працював Іван Володимирович Савицький.

27 липня 1944 року Станіслав був остаточно звільнений від німецько-фашистських загарбників, а Іван Володимирович Савицький знову був призначений завідувачем Станіславського облздороввідділу.<sup>13</sup>

У контексті викладеного вище, слід наголосити на тому, що окрім чисто медичних проблем, завідувачу обласним відділом охорони здоров'я у довоєнний і, особливо, у післявоєнний періоди приходилося дуже часто мати справу, передусім, з проблемами політичними, релігійними, міжнаціональними...

Саме вони у перші повоєнні роки на Прикарпатті проявлялися надзвичайно гостро.

Ось тут якраз і знадобилися найкращі людські якості Івана Володимировича - витримка, повага до людей, взаєморозуміння, готовність допомогти та вміння успішно вирішувати конфліктні ситуації... Значною мірою згодилося й вільне володіння ним російською, українською, польською та німецькою мовами...

Як свідчать використані авторами літературні джерела, окрім обов'язкових санітарно-гігієнічних заходів, завідувач обласним відділом охорони здоров'я І.В. Савицький у 1944 році активізував санітарно освітню пропаганду серед жителів міста щодо боротьби з інфекційними та шкірно-венеричними хворобами, налагодив чіткий облік і своєчасну звітність [20, 29].

У 1945 році, під час "станіславського" періоду своєї адміністративної діяльності, І.В. Савицький отримує і свої перші урядові нагороди – орден Червоної Зірки, медалі "За победу над Германией" і "За доблесный труд в период Великой Отечественной войны" та почесну професійну відзнаку "Отличник здравоохранения".

У відповідності до вказаної вище Постанови Ради Народних Комісарів УРСР № 114 від 17.07. 1945 року, новоствореному вузу передавалися кращі будівлі міста: а) будинки: по вул. Карпінського №№ 7, 12; Каменського № 17 (колишня гінекологічна клініка) і Матейка №№ 34, 44 (приміщення школи); Лесі Українки №№ 1, 3, 5, 7; Шидловського № 7; Колінського № 3; Держинського №№ 25, 34 та приміщення 6-ї польської школи; б) 100 квартир для професорсько-викладацького складу та співробітників інституту; в) 150 га землі для організації допоміжного господарства, сільгоспманент і посівні матеріали.

Більшість працівників новоствореного вищого навчального закладу були колишніми співробітниками одного з Харківських медичних інститутів, передислокованого на Прикарпаття та Буковину. На той час в інституті нараховувалось 395 студентів і 47 викладачів, серед яких було лише декілька докторів і кандидатів наук, функціонувало 14 теоретичних і 2 клінічні кафедри. Переважна більшість студентів - молодь, яка пройшла крізь буремні роки війни та вихідці з навколишніх сіл [66].

Колектив новоствореного вузу жваво включився в педагогічну, науково-дослідну та лікувальну роботу, а інститут запрацював як педагогічний, науковий, лікувальний та культурно-освітній осередок області. Тягар розбудови медичного інституту ліг на плечі уже згаданого і на той час доцента Івана Володимировича Савицького, котрий очолював навчальний заклад упродовж перших трьох найважчих років, коли закладалися підвалини навчальної, наукової та лікувальної роботи, визначалися пріоритетні напрями його подальшого розвитку [66]. А вже 10 грудня 1946 року професорсько-викладацький склад цього навчального закладу звернувся до свого директора – Івана Володимировича Савицького – з вітальним листом, в якому є такі слова (збережено орфографію оригіналу):

*“В день річниці існування Станіславського державного медичного інституту колектив професорів та викладачів палко вітає Вас, як талановитого, ініціативного та енергійного керівника.*

*Своєю самовідданою роботою та чуйним товариським ставленням до колективу викладачів, співробітників та студентів, Ви запалили в нас ентузіазм та любов до рідної нам справи – організації нашого радянського закладу – Станіславського медичного інституту – форпосту радянської науки в Західній Україні.*

*Разом з Вами ми з честю виконаємо всі завдання, які покладає на нас партія та уряд, щодо піднесення науки та підготовки нової радянської інтелегенції.*

*Бажаємо Вам, дорогий Іван Володимирович, здоров'я та дальніших успіхів в роботі”.*

У 1947 році відбувся перший випуск лікарів Станіславського державного медичного інституту. У 1948 році відбувся другий випуск лікарів Станіславського державного медичного інституту. Вихованці вузу, отримавши дипломи, вручили директору своєї Alma mater листа-подяку (орфографію подано відповідно до оригіналу):

*“Вельмишановний Іван Володимирович!*

*Всі ми, випускники, які в цьому році закінчуємо Станіславський Медичний Інститут, прибули сюди з різних куточків нашої неосяжної Батьківщини.*

*Початок нашого навчання багато в чому залежав від загальних обставин, які були в Інституті, від організованості професорсько-викладацького та студентського колективу. В найкоротший час ми відчули себе в дружній сім'ї, яка об'єдналася під Вашим вмілим керівництвом єдиною метою та прагненнями дати нашій державі гідне покоління розумних радянських лікарів. Прийміть, дорогий Іване Володимировичу, нашу глибоку вдячність за науку – віддано, з ентузіазмом працювати на користь нашої Батьківщини, і за батьківське ставлення до нас.*

*Бажаємо Вам багато років здоров'я та творчої діяльності”.*

В 1948 році своєрідний виклик, чи, вірніше, вимога першого секретаря Станіславського обкому партії “негайно прибути до нього”, схвилювала І. В.

Савицького своєю неочікуваністю та незрозумілістю. Іван Володимирович добре знав “першого” ще з 1939 року, коли разом “запускали” роботу новоствореного Станіславського облздороввідділу. З 1944 року знову працюють в одній команді. Разом готували проект Постанови № 114 Ради Народних Комісарів Української РСР від 17 липня 1945 року “Про організацію в м. Станіславі медичного інституту Наркомздоров'я УРСР”, багато разів він бував у його кабінеті, незважаючи на відчутну різницю у віці, дружили сім'ями, а тут такий офіціоз...Івана Володимировича запросив до себе на розмову господар кабінету, і замість дружнього привітання суворим поглядом вказав рукою на папку, яка лежала в нього на столі, що ще більше заінтригувало Савицького.

Та пам'ятна розмова між першим секретарем обкому партії та ректором медичного інституту тривала довго. Головне, що зрозумів тоді Іван Володимирович, це те, що він повинен покинути Станіслав - місто, яке вже встиг полюбити і прижитися в ньому.. А найгірше боліло від того, що він повинен покинути створений під його керівництвом медичний інститут... Аргументи від першого секретаря були чіткі і не підлягали обговоренню: по-перше, Савицького “дуже любили” місцеві чекісти ще з 1941 року, коли не послухав їх і не підірвав найбільшу лікарню в місті, коли почали відступати радянські війська... Польська громада “вважає його окупантом” за те, що “заграбастав” для інституту найкращу будівлю міста, де була їх класична гімназія... Одній із цьогорічних випускниць “не сподобалась” його вишиванка під час першотравневої демонстрації... А “місцеві патріоти” називали його “польським жидом” через те, що інколи чули як ти розмовляєш з поляками на їх мові...<sup>14</sup> Іван Володимирович та його дружина Надія Петрівна таким чином повернулися у рідну Одесу...

<sup>14</sup> Іван Володимирович добре знав як потрібно вести себе тут, на Прикарпатті. Цьому він навчав і молодих медичних працівників, які прибували на станіславщину з інших областей. Так, Олесь Зеленик, який був направлений на роботу в Станіславську область, згадує: “...тих, хто мав скерування у західні області, збирав Савицький і сказав: “Коли прибудете у Західну Україну, ведіть себе достойно, ....., будьте такими, як вас вчили .....” [62. с. 41, 131].

...Новий 1948 – 1949 навчальний рік доцент Іван Володимирович Савицький розпочав на посаді завідувача кафедри біохімії Одеського фармацевтичного інституту. Той день став початком нового – “одеського” – періоду його науково-педагогічної діяльності. Але це вже тема для іншого дослідження.... Повертаємося до Станіславського медичного інституту...

Для ведення науково-педагогічної роботи з вищих навчальних медичних закладів Харкова, Ленінграда, Києва, Львова та інших міст були запрошені вчені й педагоги, які мали чималий науковий, педагогічний та практичний досвід, багато з них були учасниками Другої світової війни. Інститут відразу запрацював як педагогічний, науковий, лікувальний та культурно-освітній осередок області. Впродовж першого року його існування було відкрито 14 теоретичних і 2 клінічні кафедри. Переважна більшість студентів - молодь, яка пройшла через війну та діти навколишніх сіл. Студенти разом із працівниками інституту займалися благоустроєм приміщень, ремонтом, очищенням навколишньої території, будували спортивні майданчики, заготовляли дрова.

Другий навчальний рік Станіславського медичного інституту розпочався вже у складі 5 курсів і 30 кафедр, де навчалось 758 студентів. Старші курси поповнилися демобілізованими воїнами. Студентами стали молоді люди, батьки яких загинули за визволення Станіславщини. Серед них був і син Карпа Трохимчука - Микола Трохимчук, батько якого загинув, визволяючи місто Станіслав у 1944-му та син Героя Радянського Союзу В. П. Майорського, який на території Станіславської області повторив подвиг Олександра Матросова. Професорсько-викладацький колектив у той час вже нараховував понад 80 працівників, з них - 9 докторів і 21 кандидат медичних наук, більшість з яких прийшла з військових госпіталів після їх розформування.

Сьогодні Івано-Франківський національний медичний університет завдячуючи наполегливій праці професорсько-викладацького складу і, передусім

восьми його керівників<sup>15</sup>, належить до 200 кращих вищих навчальних закладів України і є потужною кузницею кадрів не лише для Прикарпаття, але й усієї України. В ньому успішно функціонують 5 факультетів: медичний, фармацевтичний, стоматологічний, післядипломної освіти та факультет підготовки іноземних громадян. За роки плідної праці колектив університету зробив вагомий внесок у скарбницю української медичної науки та організацію медичної допомоги на теренах краю.

Починаючи з 1945 р. підготовлено понад 26 тис. лікарів, 5 тис. з яких працюють у нашій області. Багато випускників університету працюють сьогодні в інших вищих навчальних закладах, наукових центрах України. Немає жодної області, де б не працювали випускники Івано-Франківського національного медичного університету, більшість з яких користуються заслуженим авторитетом у своїх колективах. Далеко за межами Прикарпаття відомі імена вчених університету, зокрема професорів М.Л.Авіосора, А.Д.Аденського, Г.О.Бабенка, Я.В.Боріна, П.М.Вакалюка, С.А.Верхратського, А.А.Гарагаш'яна, В.Г.Денисюка, В.І.Клипича, М.П.Кравця, І.Д.Ланового, Ю.П.Мельмана, Б.В.Шутки, Є.М.Нейка та багато інших. У науковій роботі бере участь 625 науково-педагогічних працівників, серед яких докторів наук – 80, кандидатів наук – 323, професорів – 76, доцентів – 203.

За основним науковим напрямом у 2011 році виконувалось 116 науково-дослідних робіт. Серед них 4 такі, що фінансувались з державного бюджету (обсяг фінансування склав 384,7 тис. грн.), 23 – ініціативно-пошукові роботи, 20 – господарсько-договірних НДР, 69 – як фрагменти в рамках міжнародних досліджень.

За результатами досліджень опубліковано 2506 наукових праць, серед яких 1220 наукових статей та 1110 тез, 7 монографій, 8 інформаційних листів,

---

<sup>15</sup> Савицький І.В. (1945 - 1948); Сушко О.О. (1948 - 1949); Антонов Ю.Г. (1949 - 1953); Лаврик С.С. (1953 - 1954); Бабенко Г.О. (1954 - 1978); Дехтяр А.Л. (1978 - 1987); Нейко Є.М. (1987 - 2010). З 25.05.2010 р. по 13.04.2011 р. тимчасово обов'язки ректора університету виконував професор Л.В. Глушко. З 14.04.2011 р. Івано-Франківський національний медичний університет очолює професор М.М. Рожко.



79 підручників та посібників, отримано 61 охоронний документ, до Державного Реєстру галузевих нововведень ввійшло 15 нововведень та ще подано 27 нововведень до Державного Реєстру галузевих нововведень 2012 року. Проведено 20 науково-практичних конференцій, симпозіумів, форумів. 36 закладів практичної охорони здоров'я є клінічними базами університету, в тому числі сільські лікарські амбулаторії для підготовки сімейних лікарів. У практичну охорону здоров'я постійно впроваджуються ефективні наукові розробки, нововведення і лікувально-діагностичні технології. Кваліфікована медична допомога хворим міста і області надається вченими університету за 40 спеціальностями.

У зв'язку з необхідністю врахуванням відповідних міжнародних вимог при входженні України у Болонський процес в Івано-Франківському національному медичному університеті введена в дію університетська клініка, до складу якої входять центр клінічної медицини та центр стоматології.

Післядипломне навчання лікарів проводиться на 24 кафедрах. Первинна післядипломна спеціалізація в інтернатурі здійснюється за 21 базовим напрямом. Підвищення кваліфікації лікарів (провізорів) на факультеті післядипломної освіти проводиться за 28 базовими напрямами, а перепідготовка лікарів – за 12 спеціальностями. Всього за останні 18 років підготовлено понад 21 тис. лікарів.

В Івано-Франківському національному медичному університеті навчається понад 860 студентів із 43 країн Америки, Європи, Азії та Африки. Протягом останніх 7 років медичну освіту отримали понад 320 студентів-іноземців.

В умовах реформування всіх сторін суспільного життя, що сьогодні відбувається в Україні, виникає необхідність вивчення і узагальнення внеску видатних вчених-медиків та лікарів, які працювали і жили на теренах сьогоденішнього Прикарпаття у першій половині ХХ століття, в розвиток вітчизняної та світової медицини. Адже історія є завжди персоніфікованою, а відкриття та досягнення мають календарний відбиток.

Видатне місце у зв'язку з цим належить українським лікарям. Лікарі віддали багато сил і знань для профілактичної роботи та поліпшення санітарно-гігієнічних умов життя, з метою попередження хвороб, насамперед заразних, для збереження здоров'я народу. Багато українських лікарів було в лавах борців за незалежність і волю України.

Вивчення й осмислення ролі персоналій у формуванні та розвитку державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття є важливим й актуальним науковим завданням, про що дізнаємося із довідників, спогадів та архівних матеріалів, які дають можливість відтворити загальну картину історичних подій.

У дисертації зроблена спроба систематично висвітлити біографічні відомості та роль українських лікарів у розвитку вітчизняної та світової медицини. Тут наведено імена лікарів - уродженців Прикарпатського краю, незалежно від того, де вони працювали, а також уродженців різних країн різних національностей, які працювали на цих землях, що у різні історичні періоди перебували під пануванням Австро-Угорщини, Польщі, фашистської Німеччини, радянської влади. Фото цих лікарів представлені в додатку Б на рисунках 4-13.

Провести чітку систематизацію життя знаних лікарів Прикарпаття за хронологічними історичними періодами перебування цієї території України під юрисдикцією різних держав є непростим завданням, так як період життя і діяльності цих осіб охоплювався не тільки одним із них, але і декількома. Часом доля цих людей складалася так, що вони були свідками правління і австрійської, і польської, і радянської, і фашистської влади.

Визначною особистістю свого часу був *Андреас Крупінський* (1744-1783) - абсолювент медичного факультету Віденського університету, галичанин за походженням, якому австрійським урядом було доручено впроваджувати у життя медичні реформи на теренах Галичини (рис. Б. 3. 4). Він очолив Медичний колегіум (*Collegium medicum*), до складу якого, крім самого Крупінського, входив ще один доктор медицини та троє хірургів, і якому належало провести

переатестацію та нострифікацію практикуючих лікарів, хірургів та акушерок, а також організувати підготовку медичних працівників за австрійським зразком.

Андреас (Анджей) Крупинський – протомедик (головний лікар) Галичини, народився на Галичині у містечку с. Беяни, тепер територія Польщі. У 1772 р. успішно закінчив університет і став доктором медицини. Володів польською, німецькою, англійською, італійською та французькою мовами, а також латиною. Він обстоював необхідність підготовки лікарів з місцевих жителів і забезпечення населення мед. Працівниками, опублікував працю про гострі гарячки, склав посібник для цирульників, в якому виклав основи тогочасних знань з анатомії, дав опис "загальних хвороб" і ряд рекомендацій щодо їх лікування, відзначив цілющі властивості українського курорту Шкло (тепер Львівська область). Імператриця Австрії Марія-Терезія з метою поліпшення медичного обслуговування населення, розвитку медичної освіти і науки у Королівстві Галичина і Лодомерія (Володимирія) своїм декретом від 22 грудня 1772 року доручила А. Крупинському створити на західноукраїнських землях систему медичної служби і медичної освіти за планом лейб-медика імператриці – професора Віденського університету Герарда ван Стівена [2, 8, 203].

Перший засновник і редактор "Лікарського збірника" *Євген Озаркевич* (1861-1916) - засновник новітньої української медицини, фундатор гігієни як галузі української науки, лікар, автор перших в нашій історії наукових медичних праць, опублікованих українською мовою, перший укладач наукової української медичної термінології, автор багатьох автор багатьох науково-практичних а громадсько-політичних публікацій (рис. Б. 3. 5).

Народився Євген Озаркевич в селі Белелуя поблизу Снятина (Івано-Франківська область) в родині священника, громадського діяча, депутата галицького сейму та австрійського парламенту. Після закінчення української гімназії у Львові Євген студіював медицину у Віденському університеті, а в 1888 році отримує диплом лікаря. Після трирічної практики в клініках Відня відпрацьовує два роки державним повітовим лікарем у Боснії за отримувану в

роки навчання стипендію. До рідного краю повертається у 1893 році, спочатку працює в Стрию, а в 1897 році уже досвідченим фахівцем переїжджає до Львова. Є.Озаркевич стає ініціатором створення в Науковому Товаристві імені Т.Шевченка окремої Лікарської комісії та започатковує видання збірника праць цієї комісії. В цей час Озаркевич розпочинає величезну працю - складання першого в нашій історії словника української медичної термінології. "Маю на меті видати повну лікарську термінологію, над якою працюю вже 10 літ", - пише він у 1908 році [8].

У 1903 році було засноване благодійне товариство "Народна лічниця" освячення й відкриття якого звершив сам митрополит Андрій Шептицький. Директором амбулаторії "Народної лічниці" став Євген Озаркевич. Найкращим доказом потрібності такої інституції було те, що вже першого року її відвідало понад трьох тисяч хворих. 1905 році амбулаторія мала п'ять відділів, в 1908 році там працювали дев'ять лікарів. Амбулаторне лікування, яке надавалося в лічниці, було неповним, тому згодом, у 1938 році, заснували шпиталь, який став також базою для наукової праці, установою для підвищення кваліфікації українських лікарів та середнього медичного персоналу.

Першого жовтня 1910 року відбулися перші загальні збори новоствореного Українського Лікарського Товариства, головою якого було обрано Євгена Озаркевича. В 1912 році виходить перший науково-популярний медичний часопис "Здоровле", в якому друкувалися статті наукового і популярного змісту. Девізом часопису стали слова: "В здоровому тілі здорова душа, де сила, там воля витає!" Є.Озаркевич був найактивнішим автором видання, протягом двох з половиною років опублікував низку матеріалів, систематично вміщував фрагменти термінологічного словника (2500 термінів).

Характерною ознакою науково-медичних праць Є.Озаркевича є велика увага автора до гігієнічних проблем (комунальної гігієни, гігієни праці, гігієни харчування, шкільної гігієни). Євгена Озаркевича можна вважати фундатором гігієни як галузі української науки. Водночас, його спадщина широко висвітлює

методи й досягнення теоретичної медицини, а також фізики і хімії. В його працях містяться зачатки сучасної фізико-хімічної медицини. Є.Озаркевич зробив значний внесок в українську курортологію, велику увагу приділяв природним оздоровчим ресурсам Прикарпаття, курортним місцевостям. Проте головним внеском Є.Озаркевича в нашу історію є діяльність, спрямована на творення україномовної медичної науки [2, 8].

*Фелікс Сельський-Щасний* (1852-1922) - визначний лікар-гінеколог, вчений, громадський діяч, сподвижник Івана Франка народився в с. Колодниці біля Стрия (Львівська область) в родині бідного управителя панського маєтку ( рис. Б. 3. 6). У 1872 році вступив на медичний факультет Віденського університету. Під час навчання у Відні був членом студентського товариства "Січ", а у 1875 році був його головою.

Одержавши звання доктора медицини, працює в кращих акушерсько-гінекологічних клініках Відня. У 1883 році переїжджає до Львова, де обіймає посаду начальника відділу жіночих недуг у Львівській міській лікарні. Працюючи, уважно вивчав і науково обґрунтовував свої лікарські спостереження і вже з 1887 року численні дослідницькі праці й розроблені в них проблеми з акушерства й гінекології ставлять Сельського в число вчених-медиків із світовим іменем. Перший із фахівців в Україні започаткував національну наукову гінекологічну літературу.

У 1914 році лікар Сельський-Щасний (так сам переклав своє ім'я Фелікс) вийшов на пенсію, купив маєток та частину лісу у лихваря Райфа в урочищі Вигодівка (Івано-Франківська область). Будучи чудовим лікарем, лікував селян, допомагав жінкам, особливо під час патологічних пологів. Вчений ділився своїм досвідом з тими, хто мав нахил до медицини, роздавав їм медичну літературу. З 1919 року Фелікс Сельський займає посаду повітового лікаря у Долинському районі. [2,8].

Відомий за межами Прикарпаття *Ярослав Окуневський* (1860-1929) - військовий лікар, контр-адмірал Австро-Угорського флоту, мандрівник, публіцист, меценат, національно-просвітницький діяч (рис. Б. 3. 7).

Ярослав Окуневський народився у сім'ї священника Іполіта та Теклі Окуневських у містечку Радівці, що у Південній Буковині (тепер Редауци Сучавського повіту, Румунія).

У 1869 році, родина Окуневських переїхала до Яворова неподалік Косова. Родина Окуневських залишила вагомий слід в історії української культури і громадського руху. Старший брат Ярослава - Теофіл (1858-1937) - відомий у Галичині адвокат, засновник "Просвіти", посол до австрійського парламенту, Галицького сейму. Сестра Ольга (1877-1960) була відомою піаністкою, чотири роки навчалась у Миколи Лисенка, акомпанувала на концертах Соломії Крушельницькій. Двоюродна сестра, Софія Окуневська - перша жінка лікар в Галичині, приятелька Ольги Кобилянської.

Ярослав Окуневський навчався у Коломийській гімназії, був студентом медичного факультету Віденського університету, служив лікарем на флоті, де досяг чину генерала медичної служби. Згодом він переїжджає жити до Городенки (Івано-Франківська область) до брата, стає головнокомандувачем у санітарних справах Державного Секретаріату ЗУНР. Коли Морське відомство УНР стало формувати полки морської піхоти виникли проблеми з їхнім медичним забезпеченням. Як колишній головний лікар Австро-Угорського флоту, керівник медичної місії ЗУНР у Відні адмірал Ярослав Окуневський зробив значний внесок у забезпечення військ УНР. Використавши свої зв'язки у Відні він у 1919 році організував доставку медикаментів і військово-медичного майна на потреби армії УНР [2, 104].

Перша жінка-лікар Буковини і Галичини *Софія Окуневська-Морачевська* (1865-1926) була дочкою священника, який, втративши молоду дружину, зрікся священничого сану, став повітовим лікарем у місті Сторожинець, що в Чернівецькій області (рис. Б. 3. 8).

Вищу медичну освіту вона здобула в Швейцарії у 1887 році та була не тільки першою жінкою-лікарем Західної України, але і першою в Австро-Угорщині українкою, яка закінчила університет. У 1894 році С.Окуневська-Морачевська (вона рано вийшла заміж за польського лікаря, вченого і літературного критика-естета Вацлава Морачевського) на медичному факультеті Львівського університету блискуче склала необхідні іспити і стала доктором медицини. Софія не змогла відразу одержати роботу в Галичині (австрійський уряд не визнавав закордонних дипломів), тому в 1900 році в Краківському університеті відбулася нострифікація її диплома.

Згодом Софія відкрила приватну лікарську практику у Львові. Вона працювала лікарем у "Народній лічниці" її родича Євгена Озаркевича. Згодом була організатором перших курсів сестер милосердя на Буковині.

Це була дуже талановита і високо освічена жінка, "яку природа щедро обдарувала і фізично, і духовно". Ніжна і відкрита душею, вона викликала щире захоплення у всіх, хто її знав. Протягом свого недовгого життя вона багато читала, сама писала статті, оповідання та нариси [8].

Відомий лікар, громадський діяч, посол Галицького сейму *Іван Куровець* (1863-1931) – народився у с. Батятичі Камінко-Струмилівського повіту в Галичині (тепер Кам'яно-Бузький район Львівської обл.) у родині священника (рис. Б. 3.9). Середню освіту здобув у Львівській Академічній гімназії. У 1887 році закінчив Медичну Академію у Відні. Навчаючись в австрійській столиці, долучився до громадської праці в студентському товаристві "Січ".

З 1889 році працював лікарем у Калуші, де здобув авторитет як першокласний фахівець. У 1908 і 1913 роках обирався депутатом Галицького сейму від Калуського повіту. Був одружений з Цецилією Бурачинською (сестрою Тита Бурачинського). Протягом кількох років подружжя Івана та Цецилії Куровців втратило своїх обидвох синів: Андрій помер 1 грудня 1912 році в Абації, Петро – військовий санітар, – помер 20 жовтня 1915 року в бою на березі ріки Сочі (Італія).

10 листопада 1918 році був призначений державним секретарем суспільного здоров'я у першому уряді ЗУНР. У другому уряді - призначено санітарним шефом у Державний секретаріат внутрішніх справ. На своїй посаді він дбав про організацію лікарської та санітарної допомоги в ЗУНР. У стислі терміни зумів налагодити службу повітових лікарів й роботу місцевих лікарень; боровся з пошестями, зокрема з повним придушенням п'ятнистого тифу, який вибухав у різних місцевостях молодій республіки; організовував постачання ліків та лікарняного устаткування. Неодноразово І. Куровець здійснював інспекційні поїздки по лікарнях ЗУНР. Восени 1919 року, після відступу української влади за Збруч, повернувся до Львова: очолив адміністрацію "Народної лічниці", де займався будовою Українського шпиталю у Львові; працював у Самаритянській секції Українського горожанського комітету у Львові.

Іван Куровець – член Українського лікарського товариства та його голова, декан медичного факультету Львівського (таємного) Українського університету, член редакційного комітету "Лікарського вісника", заступник голови лікарської комісії НТШ. Помер визначний діяч 18 травня 1931 р. Похований на Личаківському цвинтарі у Львові [8].

Непрості випробування випали на долю знаного лікаря-гінеколога *Костя Воевідку* (1891-1944), який народився в сім'ї відомого лікаря Льва Воевідки (рис. Б. 3 10). Після гімназійних студій у Чернівцях і Перемишлі вступив на медичний факультет Німецького університету у Празі. Одержавши диплом лікаря дістає призначення кошового лікаря. В 1917 році разом із доктором І.Рихлом на східноукраїнських землях організовують медичну службу для Січових стрільців під командуванням полковника Євгена Коновальця.

У 1918 році уряд ЗУНР скерує доктора К. Воевідку до Берліна керівником медичної місії для українських полонених – колишніх солдатів царської армії. У 1921-1923 він відбуває в Берлінській клініці спеціалізацію з гінекології й акушерства, а 1923 року стає асистентом професора Вагнера у гінекологічній клініці Німецького університету в Празі.



У 1925 році відкриває приватну практику в Станіславі, тут у 1939 році стає примарем (завідувачем) гінекологічного відділу загального шпиталю, а 1941 року – директором цього лікувального закладу - теперішньої центральної міської клінічної лікарні (перший корпус), згодом очолював повітовий осередок громадського товариства “Рідна школа”. Був засновником і головою філії Українського Лікарського Товариства і ще ряду українських товариств й установ у Станіславі. У березні 1944 року Кость Воевідка був розстріляний у Станіславі гестапівцями разом з дружиною та сином [2,8].

Складною доля була і у *Василя Кархута* (1905-1980) - лікаря, вченого, письменника, пластуна, який народився в селі Марківці Товмацького (Тлумацького) повіту на Станіславщині (тепер - Івано-Франківщина) в сім'ї священика (рис. Б. 3 11). У 1919 році після смерті батька Василя перевели до Коломийської гімназії з українською мовою навчання, а через два роки — до Львівської української академічної гімназії, яку він закінчив із відзнакою в 1924 році. Того ж року на Різдво раптово померла мати юнака.

Восени 1924 року вступає на медичний відділ Українського таємного університету у Львові, а в 1925 році, коли закрили цей університет, В.Кархут стає студентом медичного факультету університету Яна II Казимира у Львові і 3 червня 1932 року закінчує його. В 1934 році відкриває лікарський кабінет і розпочинає приватну практику в містечку Кременець на Тернопіллі. Своєю наполегливою працею, уважним ставленням до недужих молодий лікар одразу здобув визнання й авторитет у населення.

На початку Другої світової війни лікар В.Кархут працював на західному кордоні референтом народного здоров'я Українського центрального комітету. Наприкінці вересня 1941 року гестапо запідозрило його в приналежності до ОУН, заарештувало й кинуло до Львівської в'язниці. Після звільнення Василь Кархут поселяється у відомого львівського лікаря Панчишина і працює завідувачем відділу внутрішніх недуг Української лікарни Андрія Шептицького. Заклад тоді не мав ні модерного устаткування, ні ефективних ліків. Але В.Кархут умів добре

лікувати навіть за таких умові в 1944 році став особистим лікарем митрополита А. Шептицького, якому потрібен був постійний медичний догляд.

В 1946 році його було засуджено на 15 років каторжних робіт та 5 років обмеження у правах з конфіскацією майна. І лише через 45 років (у 1991 році - через 11 років після смерті лікаря) цей вирок було визнано незаконним, а засудженого посмертно реабілітовано. Після звільнення з ув'язнення у 1955 році В.Кархут працює лікарем в амбулаторії у селищі Нексикані, обслуговує родини тамтешнього начальства, бо повернутися до України йому не дозволяли. Він був там єдиним спеціалістом з вищою освітою і швидко його визнали й оцінили, призначивши завідувачем амбулаторії. Але співробітники йому заздрили, а дехто й ненавидів. Його колега фельдшер донесла на нього відповідним органам, і його знову було засуджено на 8 років каторжних робіт. І далі розпочалося концтабірне життя з етапами. Працюючи лікарем або фельдшером і маючи трохи вільного часу, Кархут вивчає лікарські рослини і продовжує свою роботу над підготовкою серйозної книги з фітотерапії, яку йому вдалося видати лише після повернення до України.

Навесні 1964 року Василя Кархута звільняють з-під варті і лише через рік він повертається до родини в Коломию. За допомогою колег і друзів - Івана Романюка, головного лікаря ЦРЛ із Снятина Михайла Остафійчука, а також дружини письменника Марка Черемшини, тодішнього директора музею письменника, лікаря В.Кархута вдалося прописати і влаштувати на вакантне місце лікаря-фтизіатра в тубдиспансері селища Заболотів Снятинського району, де він пропрацював майже три роки. Далі його переводять на посаду терапевта дільничної лікарні села Кулачківці, а згодом В.Кархут опиняється в амбулаторії села Горішне Залуччя на посаді лікаря-терапевта. Там він закінчує підготовку до видання книги "Ліки навколо нас", яка виходить у світ у видавництві "Здоров'я" в Києві.

У 1980 році Василь Кархут закінчив фундаментальну працю з фітотерапії "Аптека живої природи", яка є багаторічною й останньою працею автора, добре

знаного в Україні, як уважного, серйозного спеціаліста, чи не найвидатнішого фітотерапевта за останні десятиріччя, в якій описано та охарактеризовано лікарські рослини, які ростуть на території України, їх застосування при різних захворюваннях. Монографія побачила світ через 12 років після смерті автора.

Доктор Василь Кархут помер у Львові 9 жовтня 1980 року, похований у Коломиї. [2].

Неперсічною особистістю був *Верхратський Сергій Авраамович* (1894-1988) український вчений-медик, письменник народився в селі Верхратка, на Вінничині (рис. Б 3 12). Навчався у Варшавському і Одеському університетах. Був учасником визвольних змагань за незалежність України у 1918-1919 роках забезпечуючи медичну допомогу воякам армії С.Петлюри.

Працював викладачем у фельдшерській школі на Кавказі і в дільничній лікарні у с. Кобеляки на Полтавщині до 1938 року. З 1939 -1941 роках - асистент кафедри хірургії Донецького медичного інституту. У 1941 - 1945 роках - головний лікар евакошпиталів, організував один з перших нейрохірургічних відділів і евакошпиталів для поранених. У 1946-1968 роках - завідував кафедрою шпитальної хірургії Івано-Франківського медичного інституту. Підготував 3 докторів і 12 кандидатів наук.

Протягом 23 років був незмінним головою обласного наукового товариства хірургів, почесним членом Республіканського товариства хірургів і товариства істориків медицини. Нагороджений орденами "Леніна", "Вітчизняної війни I ступеня", "Червоної Зірки". Його іменем заснована студентська стипендія, названа кафедра шпитальної хірургії Івано-Франківського національного медичного університету та обласне наукове товариство хірургів.

Проблемами його наукових досліджень були профілактика травматизму, розробка нових методів знеболення, лікування вогнепальних поранень, захворювання судин, етнографія, народна медицина, історія розвитку медицини в Україні. Останній присвятив свої кандидатську та докторську дисертації.

Автор більше 50 праць, зокрема, з історії медицини України: описав медичну справу на Запорізькій Січі, розповів про перших міських і повітових лікарів України. Написав підручник "Історія медицини", який за його життя видавався тричі. З-під його пера вийшло понад 30 історичних літературних оповідань: "Дама з горностаєм", "Тіні руїн Острозького замку", "Франціск Скорина", "Із медичного минулого старого Львова". Заповів власний будинок у Галичі та бібліотеку місцевій районній лікарні. Помер 23 лютого 1988 року в м. Івано-Франківську [10].

*Володимир Кобринський* (1858-1942) - відомий на всю Галичину доктор народився в селі Мишин Коломийського району в родині священника, відомого громадського діяча, засновника Народного дому в м.Коломия отця Йосафата Кобринського (рис.Б 3 13). Володимир навчався у Бучацькій та Чернівецькій гімназіях, згодом у Віденському університеті. Закінчивши в 1887 році медичні студії і шпитальну практику, виїхав до Хорватії, де виконував обов'язки окружного і судового лікаря. В 1891 році повернувся в Коломию і зайнявся приватною практикою. У 1900 році став членом – засновником Українського лікарського товариства. До доктора Кобринського декілька разів приїжджав зі Львова з хворою дружиною І.Франко, у нього лікувався В.Стефанік, М.Грушевський, Л.Українка, М.Коцюбинський. Він добре знався на народних методах лікування, доповнив і відредагував розділ "Гуцульське лісництво" монографії Гуцульщина. Написав багато статей на медичні теми. Помер в 1940 році в Коломиї [8].

На початку ХХ ст. відомим українськими лікарями в Галичині були також Володимир Білінський, Володимир Вітошинський, Григорій Гарматій, Теофіл Гвоздецький, Тадей Гриневиц, Юрій Конкольняк, Володимир Янович, Мар'ян Долинський, Сильвестр Дрималик, Олександр Козакевич, Мар'ян Панчишин, Йосиф Мирунович, Роман Яросевич, Іван Мох, Теодор Соневицький та інші. Наприклад, Г. Гарматій після закінчення Львівського університету кілька років працював державним лікарем у Богородчанському і Косівському повітах, де

успішно боровся з венеричними захворюваннями. З 1908 році і до початку Першої світової війни практикував у м. Тереховля Р. Ярославич почав свою кар'єру в 1895 року з лікарської посади в Борщеві. Згодом від Української соціал-демократичної партії він був обраний послом у Державну раду і паралельно практикував у Відні. Там же додатково спеціалізувався із стоматології. У 1907 році повернувся в Галичину і до 1914 року працював у Станиславові ( м. Івано-Франківськ), де мав власний стоматологічний кабінет [8].

В різні періоди нашої історії серед лікарів було немало представників справжньої інтелектуальної еліти, життя і діяльність яких може служити гідним наслідування прикладом для наших сучасників. Багато лікарів у 1920-1940 роках були вимушені покинути рідний край та в умовах еміграції продовжувати лікарську практику та громадсько-політичну діяльність в діаспорі. Звичайно, назвати імена усіх лікарів, які зробили вагомий внесок у розвиток державного регулювання медичної діяльності, це завдання спеціальних монографій і подальших досліджень, предмет тривалих копітких пошуків. Проте, як видно з наведеного короткого огляду, є немало лікарів, які народилися або працювали на Прикарпатті, спеціалізувалися і вдосконалювалися в іноземних країнах, співпрацювали з найкращими європейськими вченими і зробили відкриття та винаходи, що увійшли в скарбницю світової медицини.

Деякі з цих новацій високо оцінені світовою лікарською громадськістю, а імена їх авторів увійшли в історію медицини, проте асоціювалися з російською, австрійською, польською або радянською медициною, їх українське походження чи місце праці замовчувалося або не бралось до уваги.

Проведений аналіз дає нам право стверджувати, що участь українських лікарів у формуванні та розбудові державницького підходу в охороні здоров'я широка і всебічна. Українські лікарі не обмежувалися у своїй праці суто фаховою, організаційно-оздоровчою діяльністю чи роботою в медичному науковому секторі державного будівництва. Вони брали активну участь і в політично-громадському

відродженні України та держав, на території яких їм довелося застосовувати свої знання і проявляти свій талант.

Завдячуючи своїй невтомній праці та особистій харизмі вони слугували людям, об'єднувалися в професійні громадські організації, які взяли на себе функції державних структур щодо надання безкоштовної медичної допомоги і медикаментів малозабезпеченому населенню.

Історична спадщина українських лікарів минулого може бути корисною для побудови нової системи державного управління охороною здоров'я.

Результати дослідження дають підстави визначити можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі

Результати дослідження становлять певний інтерес для науки державного управління і мають важливе практичне значення для розуміння проблеми державного регулювання медичної діяльності та використання позитивного історичного досвіду. В основу нової сучасної соціальної парадигми нашої держави має бути покладене розуміння необхідності врахування історичного законодавчого досвіду в процесі побудови як моделі державного управління так і його важливої складової - державного управління системою охорони здоров'я.

Державне регулювання медичною діяльністю - явище універсальне і його розуміння в різних суспільних формаціях і в різний історичний період є неоднаковим та значно відрізняється між собою. На його зміст впливають історичний та політичний досвід нації, рівень економічного й суспільно-політичного розвитку, національні традиції, культура, ментальність та багато інших факторів.

Формуючи державну політику охорони здоров'я та забезпечуючи її реалізацію, органи державної влади та місцевого самоврядування повинні брати до уваги досвід певного періоду історичного розвитку, – враховуючи позитивні

тенденції та не допускаючи помилок. Поза сумнівом залишається те, що розвиток суспільних процесів в сфері охорони здоров'я, є не мислимим без вивчення вітчизняного досвіду та національних традицій, що без цього ніякі реформи не будуть успішними.

Разом з цим слід завжди пам'ятати, що кожна національна система державного управління є унікальною з огляду на історичні особливості й національні традиції відповідної держави.

Крім того, бачення сьогодення через своєрідну призму минулого, сприяє кращому розумінню управлінських процесів та рішень, допомагає вникнути у внутрішнє життя певного історичного періоду з усіма його проявами та уявленнями. Знання минулого допомагає передбачити майбутнє і не дарма розуміння минулого – управлінська пам'ять, допомагає краще зрозуміти сучасне. Кожен управлінець, який хоче вважати себе фахівцем в системі охорони здоров'я, повинен володіти певним обсягом історичних знань, до яких повинні входити знання щодо походження своєї держави, уявлення про ретроспективу розвитку тієї сфери, якою він професійно опікується, в даному випадку охорони здоров'я.

Серед можливостей використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення формування та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі, дає підстави запропонувати:

- запровадження загальнообов'язкового медичного страхування;
- оптимізації структури медичних закладів;
- децентралізації системи охорони здоров'я;
- створення сприятливого середовища для врахування громадської думки з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

## Висновки до розділу 3

Встановлено, що відповідно до пакту Ріббентропа-Молотова в 1939 році територія Прикарпаття була включена до складу Радянського Союзу. Указом Президії Верховної Ради Української РСР № 32 від 27 листопада 1939 року на території Західної України було утворено шість областей, серед них Станіславська, яка згодом в 1962 році перейменована в Івано-Франківську, а місто Станіслав - у місто Івано-Франківськ.

З'ясовано, що сучасна українська історіографія неоднозначно оцінює характер економічних, соціальних і культурних перетворень, які мали місце в Західній Україні після приєднання її до Української РСР. Справедливо вказуючи на позитивні зрушення в галузі освіти, культури, охорони здоров'я, схвалюючи розвиток економіки й подолання епідемій та безробіття, дослідники водночас наголошують на ігноруванні владою специфіки традиційного способу життя місцевих жителів і жорстких методах проведення радянзації.

Доведено, що центральним органом влади, який у досліджуваній період опікувався питаннями регулювання медичної діяльності, був Департамент охорони здоров'я, створений в 1918 році в структурі нового уряду Радянського Союзу – Ради Народних Міністрів. На Прикарпатті почалась поступова ліквідація дореволюційних форм управління медичною справою (повітових та окружних лікарських управ) і створення при виконкомах місцевих рад медико-санітарних відділів – перших радянських органів управління медичною справою. Система охорони здоров'я почала перебудовуватися згідно радянських законів: медична допомога стала безкоштовною, аптеки націоналізовані, лікарі отримали роботу в державних лікувально-профілактичних закладах, відкривалися лікарні, поліклініки, фельдшерські та акушерські пункти, санітарно-епідеміологічні станції, жіночі та дитячі консультації. Наприкінці 1939 року на базі лікарського та фармацевтичного факультетів Львівського університету створено Львівський медичний інститут.



Встановлено, що в червні 1941 року на територію Західної України розпочався наступ німецьких військ. У зв'язку із швидким просуванням ворожих військ територією України створення значної частини військових медичних формувань було зірвано, а діючі військові госпіталі не могли виконувати всіх завдань, які на них покладалися. В надзвичайно складних умовах основна частина медичного забезпечення військ лягла на медичні пункти, окремі медичні батальйони дивізій та на невелику кількість польових рухомих і гарнізонних госпіталів. Їм довелося виконувати дуже велику за обсягом роботу, яка, як правило, перевищувала штатні можливості багатьох лікувально-профілактичних закладів. Під час німецької окупації медична допомога на території краю була платною, і тільки за дуже бідних платили місцеві комісаріати. Населення Прикарпаття фактично було позбавлено медичної допомоги.

З'ясовано, що впродовж досліджуваного періоду на Прикарпатті діяли підрозділи партизанського з'єднання під командуванням С.А. Ковпака, О.Ф. Федорова і підрозділи Української повстанської армії (УПА). В підрозділах УПА невідкладну медичну допомогу поранені отримували у вигляді само- та взаємодопомоги. Медичну допомогу сотні очолював фельдшер, рідше медична сестра, а у штаті куреня був нач-лікар, або нач-сестра. В партизанських з'єднаннях діяв пересувний лісовий госпіталь, а також передбачалася організація амбулаторії для лікарського огляду поранених і хворих партизан. Важливу роль у процесі медичного забезпечення партизанських формувань відіграла організація евакуації з районів розташування та бойових дій важкопоранених і хворих, які потребували надання спеціалізованої медичної допомоги і тривалого госпітального лікування.

В липні 1944 року Станіслав був остаточно звільнений від німецької окупації. Відбудовчі процеси на звільнених землях Прикарпаття проводилися відповідно до прийнятої постанови уряду від 7 травня 1945 року "Про заходи відбудови та дальшого розвитку господарства у Львівській, Станіславській,

Дрогобицькій, Тернопільській, Рівненській, Волинській і Чернівецькій областях УРСР на 1945 рік”.

Виявлено, що у післявоєнні роки розширювалися вже існуючі лікувально-профілактичні заклади та створювалися нові, збільшувалася кількість лікарів і середнього медичного персоналу. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР №369 від 15.09.1947 року були організовані районні лікарні, покликані стати організаційно-методичними й лікувально-консультативними центрами районів щодо подання висококваліфікованої спеціалізованої медичної допомоги сільському населенню. Відповідно до наказу Міністерства охорони здоров'я СРСР №114 від 28.02.1948 року були створені обласні лікарні, які згодом стали такими ж центрами в поданні медичної допомоги сільському населенню в масштабах області.

З'ясовано, що з 1948 року відбувалося об'єднання лікарень із амбулаторно-поліклінічними закладами та подальше запровадження диспансерного методу і дільничного принципу обслуговування населення, встановлювалося диспансерне спостереження за окремими групами населення, кількість відвідувань у лікарів на амбулаторному прийомі в поліклініках області відчутно збільшилось. В усіх регіоні почали створюватися жіночі консультації, пологові будинки і відділення, а в селах з'явилися нові родопомічні заклади – колгоспні пологові будинки. Державне регулювання здравоохоронної сфери було спрямоване на забезпечення медичних закладів кадрами, своєчасну діагностику і надання безкоштовної медичної допомоги.

Доведено, що для задоволення гострої потреби галузі в лікарських кадрах у Станіславській та сусідніх областях, рішенням Ради Народних Комісаріатів СРСР від 04.07.1945 року та Постановою Ради Народних Комісарів УРСР від 17.07.1945 року 06 жовтня 1945 року в м. Станіславі відкривається державний медичний інститут (тепер Івано-Франківський національний медичний університет). Більшість працівників новоствореного вищого навчального закладу були колишніми співробітниками одного з Харківських медичних інститутів,

передислокованого на Прикарпаття та Буковину. Навчальний заклад запрацював як педагогічний, науковий, лікувальний, культурно-освітній осередок Прикарпаття.

У розділі висвітлено біографічні відомості лікарів - уродженців Прикарпатського краю, незалежно від того, де вони працювали, а також уродженців різних країн різних національностей, які працювали на цих землях, і своєю активною професійною та громадянською позицією брали участь у формуванні державної політики в сфері охорони здоров'я у першій половині ХХ століття. Обґрунтовано, що українські лікарі Прикарпаття впродовж досліджуваного періоду брали активну участь у формуванні та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я. Завдячуючи своїй невтомній праці та особистій харизмі вони слугували людям, об'єднувалися в професійні громадські організації, які взяли на себе функції державних структур щодо надання безкоштовної медичної допомоги і медикаментів малозабезпеченому населенню.

Встановлено, що результати дослідження дають підстави визначити можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення державного регулювання медичної діяльності в Україні на сучасному етапі.

З'ясовано, що серед можливостей використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття та його значення для вдосконалення формування та реалізації державної політики охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі, дає підстави запропонувати:

- запровадження загальнообов'язкового медичного страхування;
- оптимізації структури медичних закладів;
- децентралізації системи охорони здоров'я;
- створення сприятливого середовища для врахування громадської думки з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

## ВИСНОВКИ

У дисертації розроблені наукові положення та отримані нові результати, що полягають в поглибленні існуючих та обґрунтуванні нових теоретичних положень і концептуальних підходів, які в сукупності розв'язують важливе наукове завдання щодо розкриття історичних та правових аспектів державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття.

При цьому відмінність одержаних результатів від результатів існуючих досліджень полягає у використанні розробленої та обґрунтованої в дисертації періодизації розвитку державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття, а також у використанні позитивного історичного потенціалу теорії і практики і його значення для роботи в сучасних умовах.

Апробація одержаних наукових результатів, їх використання на практиці державними управліннями, реалізована мета і завдання дослідження дають можливість сформулювати наступні висновки.

1. Систематизовано теоретико-методологічні засади досліджень державного регулювання медичної діяльності в Україні, узагальнено дослідницькі підходи до аналізу нормативно-правової бази, виявлення специфіки впливу органів державного управління та місцевого самоврядування на становлення і розвиток медико-санітарної допомоги та управління нею на Прикарпатті в першій половині ХХ століття.

Встановлено, що комплексного аналізу сутності й особливостей державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період, який визначений хронологічними межами дисертаційного дослідження, досі не існує.

Доведено, що становлення і розвиток медико-санітарної допомоги та управління нею на Прикарпатті в першій половині ХХ відбувалися за законами Австро-Угорської імперії, Польщі та Радянського Союзу.

2. Розкрито генезу державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття та обґрунтовано чотири періоди хронологічної послідовності цього процесу: *перший* (1900-1918) – регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під час перебування краю у складі Австро-Угорської імперії; *другий* (1918-1919) – особливості регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в часи перебування регіону у складі Західно-Української Народної Республіки; *третій* (1919-1939) – регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під впливом і за зразком Польщі (II Річ Посполита); *четвертий період* (1939-1950 рр.), в якому автор виділяє три етапи: перший (1939-1941) – початок формування радянської партійно-адміністративної системи державного управління взагалі та радянської системи охорони здоров'я зокрема; другий етап (1941-1944) – німецька окупація; третій етап (1944-1950) – становлення та розвиток радянської командно-адміністративної системи державного управління.

Доведено, що часта зміна різних суспільно-економічних формацій, перехід Прикарпаття під вплив від однієї до іншої держави, суттєво вплинули на характер суспільних відносин у регіоні. Обґрунтовано, що організація медико-санітарної справи в цьому регіоні України будувалася під впливом і за зразками законів держав, до складу яких входило Прикарпаття в досліджуваний період, та незважаючи на схожі принципи, мала й суттєві відмінності.

Обґрунтовано, що українські лікарі Прикарпаття впродовж досліджуваного періоду брали активну участь у формуванні та реалізації державної політики в сфері охорони здоров'я. Завдячуючи своїй невтомній праці та особистій харизмі вони слугували людям, об'єднувалися в професійні громадські організації, які взяли на себе функції державних структур щодо надання безкоштовної медичної допомоги і медикаментів малозабезпеченому населенню.

3. На основі системного аналізу архівних документів, наукових праць українських і зарубіжних авторів, нормативно-правової бази, інформаційних

бюлетенів та мемуарної літератури з'ясовано особливості державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період 1900-1939 років.

Доведено, що за сорок років (1900-1939) система медичного забезпечення населення Прикарпаття пройшла шлях від свого формування у відповідності до законів Австро-Угорської імперії. Зокрема, у 1917 році було сформовано Міністерство здоров'я, яке очолив Іван Горбачевський. У цей же час у краї були сформовані санітарні округи та сформована санітарна поліція.

Розвиток медико-санітарної справи на Прикарпатті відбувався на основі відповідної нормативно-правової бази Польщі та короткого періоду існування Західно-Української Народної Республіки. Вищим органом управління медико-санітарною справою у цей час в краї став Державний секретаріат здоров'я, який очолював лікар Іван Куровець. У період перебування Прикарпаття у складі Другої Речі Посполитої (1919-1939) управління медико-санітарною справою здійснювало Міністерство здоров'я громадського (до 1923 року), а пізніше – Департамент служби здоров'я при Міністерстві внутрішніх справ та Управління надзвичайного комісара по боротьбі з епідеміями, на місцевому рівні – сектори та відділи охорони здоров'я воєводств і повітів.

4. У процесі дослідження специфіки державного регулювання становлення та розвитку медичної діяльності на Прикарпатті протягом 1939-1950 рр. виявлено, що у довоєнний період (1939-1941) почалося запровадження радянської партійно-адміністративної системи через формування управлінь і відділів охорони здоров'я при виконкомах місцевих рад. 21 грудня 1939 року відкрилася Станіславська фельдшерсько-акушерська школа. Під час німецької окупації краю (1941-1944) чинним залишалось польське законодавство, крім випадків його заміни Генеральним губернатором. У цей же час формувалася система медико-санітарної служби у радянських партизанських з'єднаннях і підрозділах УПА.

Впродовж відбудовчого періоду (1944-1950) на Прикарпатті окрім ліквідації санітарних наслідків Другої світової війни відбувалося відкриття Станіславського медичного інституту (1945) і Коломийської школи медичних сестер (1947). У цей

же час на Прикарпатті активно запроваджувалася радянська партійно-адміністративна система, у тому числі й в здравоохоронній сфері.

5. Визначено можливості використання позитивного історичного досвіду теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Зокрема, це стосується формування госпітальних округів, запровадження загальнообов'язкового медичного страхування, оптимізації структури медичних закладів, децентралізації системи охорони здоров'я та створення сприятливого середовища для врахування громадської думки з метою реалізації державної політики у сфері охорони здоров'я.

Введено в науковий обіг нові архівні документи та результати досліджень зарубіжних авторів, присвячені питанням медичного забезпечення населення Галичини у першій половині ХХ століття, що дає можливість для впровадження системи заходів, спрямованих на опрацювання нових та оновлення існуючих навчальних курсів з підготовки та підвищення кваліфікації магістрів публічного управління та адміністрування за спеціалізацією "управління охороною суспільного здоров'я", модернізації робочої програми з навчальної дисципліни "Медичне правознавство", а також розширення кола наукових досліджень з питань історії та теорії державного управління.

6. Установлено, що предметом для подальшого пошуку та наукових дискусій можуть бути аналіз медичної діяльності на теренах України в бездержавний період, у період визвольних змагань українського народу за відновлення власної держави та в роки державної незалежності; гармонізація національного законодавства України у галузі охорони здоров'я з правовими стандартами європейської спільноти; особливості державного регулювання медичної діяльності в закладах охорони здоров'я різних форм власності.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адамович С. Станиславів у часи лихоліть Великої війни (1914-1918 рр.) / С. Адамович. – Івано-Франківськ: “Лілея-НВ”, 2013. – 79 с.
2. Арсенич П. Українські лікарі Прикарпаття / П. Арсенич, Л. Вардзарчук. — Івано-Франківськ: Облвидав “Галичина”, 1999. – 42 с.
3. Бажан О.Г. Особливості відбудовчого періоду в Українській РСР у другій половині 40-х на початку 50-х років ХХ ст. / О. Бажан // Наукові записки. Т. 41. Історичні науки 2005. – С. 24 – 25.
4. Бедрик І.О. До проблеми про механізм об’єктивної оцінки в системі управління якістю стоматологічних послуг (за матеріалами українських та російських дослідників) / І.О. Бедрик // Економіка та держава. – 2008. – № 1. – С. 61 - 63.
5. Безносюк О.П. Діяльність винищувальних батальйонів та груп охорони громадського порядку на Прикарпатті в 1944 - 1954 роках: автореф. дис.канд. іст. Наук : 07.00.01 / О.П. Безносюк ; Держ. вищ. навч. закл. “Переяслав-Хмельниц. держ. пед. ун-т ім. Г.Сковороди”. — Переяслав-Хмельниц., 2008. — 20 с.
6. Безпрозванна В.М. Механізми державного регулювання прав медичних працівників в Україні: стан і перспективи розвитку: Автореф. дис. канд. держ. упр: 25.00.02 / В. М. Безпрозванна. – К.: 2011. – 20 с.
7. Бенюх Н.Ф. Історія фармації Галичини (XIII-XX ст.) / Н. Ф. Бенюх. – Львів, 1999. – 215 с.
8. Библиук З.І. Косівській центральній районній лікарні 100 років / З. І. Библиук. – Косів. Благовіст, 2008. – 212 с.
9. Білинська М.М. Державне управління галузевими стандартами в умовах реформування вищої медичної освіти в Україні: Моногр / М.М. Білинська. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 268 с.



10. Болтарович З.Є. Народна медицина українців / З.Є. Болтарович // ВАН УРСР. Ін-т мистецтвознавства, фольклору та етнографії ім. М. Т. Рильського. Львівське відділення. – К.: Наук, думка, 1990. – 232 с.
11. Верхратський С.А. Історія медицини / С.А. Верхратський. — Видавниче об'єднання “Вища школа”, 1974. – 336 с.
12. Виписка из трудовой книжки Савицкого Ивана Владимировича. Сведения о работе (Завірено Одеською державною нотаріальною конторою Верховного суду УРСР 14 січня 1970 р., № реєстру 2/179).
13. Волотовська Н. Іван Горбачевський / Н. Волотовська. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – 56 с., С. 32.
14. Воробець Я.М. Шляхами пошуків здоров'я. Спогади, розповіді, довідки / Я.М. Воробець, В.М. Трачук Фірма “ПрутПринт”.– Снятин, 1997. – 164 с.
15. Вороненко Ю.В. Історія виникнення, становлення та розвитку правового регулювання медичної діяльності на теренах України / Ю.В. Вороненко.– Український медичний часопис. – 2007. – № 1. – С. 45–49.
16. Вороненко Ю.В. Медичне право в системі права України: стан і перспективи розвитку / Ю.В. Вороненко, Я.Ф. Радиш // Укр.мед.часопис. – 2006. – №5(55). – С. 5-10.
17. Вороненко Ю.В. Основи організації та управління системою охорони здоров'я / Ю.В. Вороненко, Б.П. Криштопа, В.Ф. Москаленко та ін. // Панорама організації охорони здоров'я населення України / А.В. Підаєв, О.Ф. Возіанов, В.Ф. Москаленко, В.М. Пономаренко та ін. – К.: Здоров'я, 2003. – 396 с.
18. Гарагашьян А.А., Розквіт охорони здоров'я на радянському Прикарпатті / А.А. Гарагашьян, Паращак П.В. — К.: Здоров'я, 1972. – 139 с.
19. Генык С. Н. История развития хирургической помощи в Калушском и Войнилловском районах Ивано-Франковской области (1875–1961) / С.Н. Генык // Клиническая хирургия. – 1963. – № 4 (256). – С. 78
20. Генык С.Н. Развитие здравоохранения в Галиции в советском Прикарпатье (1875-1962гг.) (Историческое и социально-гигиеническое исследование по

- матеріалам Калушського и Войнилівського районів Станіславської області): Автореф. дис. канд. мед. наук: 25.00.02 / С.Н. Генук. – Івано-Франківськ, 1964. – 27с.
21. Герасимович І. Хожденіє по муках українського подання у Львівській касі хорих [Електронний ресурс] / І. Герасимович // Діло. – 1929. – 20 лип. – Режим доступу : <http://www.ult.lviv.ua/index.php?newsid=1359>
22. Гладун З.С. Адміністративно-праавове регулювання охорони здоров'я населення в Україні: монографія / З.С.Гладун. – К.: Юрінком Інтер, 2007.–720с.
23. Гладун З.С. Державне управління в в галузі охорони здоров'я: монографія / З. С. Гладун. – Тернопіль: Укрмедкнига, 1999. – 312 с.
24. Головацький І. Іван Горбачевський (1854–1942): Життєписно-бібліографічний нарис / І. Головацький – Львів: НТШ, 1995. – 125 с.
25. Грабовецький В.В. До проблеми використання історичних форм і фінансових моделей організації медико-санітарної допомоги на Галичині у сучасних реаліях / В.В. Грабовецький, Н.І. Кольцова, І.В. Скульський // Галицький лікарський вісник. – 2001. – Т. 8, № 3. – С. 128.
26. Град Р. Їх здружили фронтіві дороги / Р. Град // Чорноморська коммунa.– 1966.– 16 червня. – С. 4.
27. Гриценко В.І. Архівні документи розповідають (1921–1939 рр.) / В.І. Гриценко // Ленінська правда. – 1982. – 7 березня.
28. Гулай В.В. Етносоціальні процеси в Західних областях України (друга половина 40-х – 50-ті роки ХХ ст.): Автореф. дис. канд. іст. наук 07.00.01 / В.В. Гулай. – Львів, 2002. – 19 с.
29. Гулай В. Проблеми охорони здоров'я населення західних областей України (друга половина 40-х – 50-ті роки ХХ ст.) / В. Гулай // Проблеми гуманітарних наук: наук. Зап. ДДПУ. Вип. 8. – Дрогобич, 2001. – С. 176-180.
30. Давибіда Л. Стан охорони здоров'я населення у Станіславівському воєводстві в 1921-1939 роках.) / Л. Давибіда // Науковий і культурно-просвітницький краєзнавчий часопис “Галичина”, 2012. – С. 182-187.

31. Дзвінчук Д. Розвиток суспільства та освіти: історико-філософський аналіз: [монографія] / Д. Дзвінчук. – Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2006. – 156 с.
32. Демочко Г.Л. Вивчення соціальних аспектів охорони здоров'я та приклад використання отриманих результатів у практиці сьогодення / Г.Л. Демочко // Молодий вчений. – 2014. – №1(03). С. 26-29.
33. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч.1. – 396 с.
34. Державна політика у сфері охорони здоров'я : кол. моногр.: у 2 ч. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я. Ф. Радиш; передм. та заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – Ч. 2. – 484 с.
35. Державне управління в Україні: наукові, правові, кадрові та організаційні засади: Навч. посіб. / За заг. ред. Н.Р. Нижник, В.М. Олуйка. – Л.: Вид-во Національного університету “Львівська політехніка”, 2002. – 352 с.
36. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / [кол. авт.; упоряд. проф. Я.Ф. Радиш, передм. Т.Д. Бахтеєвої ; за заг. ред. проф. М.М. Білинської, проф. Я.Ф. Радиша]. – К.: НАДУ, 2013. – 424 с.
37. Державний архів Івано-Франківської області: анотов. реєстр описів – Т. 1: Фонди періоду до 1939 року/Укрдержархів, Держархів Івано-Франків.обл.; упоряд.: М.Гілевська, К.Мицан, Л.Соловка (відп. упоряд.); відп.ред. тому І.Гірник. – Івано-Франківськ: Лілея-НВ, 2013. – 336 с.
38. Державний архів Івано-Франківської області: Путівник. – Т. 1: Фонди періоду до 1939 року. – К., 2008. – 257 с.
39. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станиславівське воєводське управління, оп. 2, спр. 144. Переписка з відділом охорони здоров'я Воєводського управління про організацію повітових і воєводських рад у справах охорони здоров'я”, арк. 4.

40. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2. “Станіславське воєводське управління. Відділ праці, опіки і охорони здоров’я, 1921-1939” оп. 4, од. зб. 354 “Інструкція про роботу лікарів Косівського повіту 1933-1934”, арк.1.
41. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2. “Станіславське воєводське управління. Відділ праці, опіки і охорони здоров’я, 1921-1932” оп. 5, од. зб. 3 “Статут спілки лікарів”, арк.27.
42. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславське воєводське управління. Відділ праці, опіки і охорони здоров’я, 1921-1939”, оп. 4, од. зб. 432 “Листування з міністерством соціального забезпечення про ріст захворюваності населення венеричними хворобами, 1935”, арк. 1.
43. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславське воєводське управління. Відділ праці, опіки і охорони здоров’я. 1921-1939”, оп. 4, од. зб. 426 “Річні звіти відділу опіки і охорони здоров’я про захворюваність венеричними хворобами населення Станіславського воєводства за 1935-37 рр., 1938”, арк. 4.
44. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславське воєводське управління. Відділ громадської охорони здоров’я, 1921-1932”, оп. 5, од. зб. 251 “Річний звіт Косівського повітового лікаря про стан охорони здоров’я в повіті за 1930 р., 1931”, арк. 2, 17.
45. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславське воєводське управління. Відділ праці, опіки і охорони здоров’я, 1921-1939”, оп. 4, од. зб. 425 “Статистичні зведення про природний приріст і інфекційні захворювання населення, про кількість амбулаторій і чисельність медичного персоналу на території Станіславського воєводства, 1934-1935”, арк. 3.
46. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславське воєводське управління, 1921-1939. Президіальний відділ, 1921-1925, відділ громадської безпеки, 1925-1930, відділ безпеки, 1930-1934, громадсько-політичний відділ, 1925-1939”, оп. 1, од. зб. 2135 “Політичні і економічні монографії Надвірнянського повіту Станіславського воєводства, 1936”, арк. 4.

47. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславівське воєводське управління, оп. 4, спр. 432. Листування з Міністерством соціального забезпечення про ріст захворюваності населення венеричними хворобами”, 1935, арк. 1.
48. Державний архів Івано-Франківської області, ф. 2 “Станіславівське воєводське управління, оп. 4, спр. 432. Річні звіти відділу опіки і охорони здоров’я про захворюваність венеричними хворобами населення Станіславівського воєводства за 1935–37 рр.”, арк. 1.
49. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-24 “Станіславська фельдшерсько-акушерська школа, оп. 2, спр. 4. Акт обстеження фельдшерко-акушерской школи г. Станіслава на основани предписания Министерства здравоохранения УССР от 19.06.1947г.”, арк. 26-38.
50. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-24 “Станіславська фельдшерсько-акушерська школа, оп. 2, спр. 4. Акт обстеження і висновки по Станіславській фармацевтичній школі та школі медичних сестер”, арк. 161-168.
51. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-24 “Станіславська фельдшерсько-акушерська школа, оп. 2, спр. 1. Справка о состоянии фельдшерско-акушерской школы г. Станіслава на 01 декабря 1946г.”, арк. 1-2.
52. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-139 “Станіславська фармацевтична школа”, оп. 1, спр. 1-д. Річні звіти відділу опіки і охорони здоров’я про захворюваність венеричними хворобами населення Станіславівського воєводства за 1935–37 рр.”, арк. 2-3.
53. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-139 “Станіславська фармацевтична школа”, оп. 1, спр. 30. Приказ по Министерству здравоохранения УССР №822 от 18.03.1948г.”, арк. 1-2.
54. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-388 а. “Уполномоченный совета по делам религиозных культов при Совете Министерства СССР по Станіславской области”, оп. 2, спр. 67, арк. 16.

55. Державний архів Івано-Франківської області, ф. Р-628-сч “Документи про організацію в м. Станіславі державного медичного інституту і про підсумки першого року роботи інституту”, оп. 2, од. зб. 88, арк. 1-2.
56. Долот В.Д. Система охорони здоров'я в Україні: вибір національної моделі розвитку [Електронний ресурс] / В.Д. Долот // Державне управління: удосконалення та розвиток. – 2013. – № 2. – Режим доступу до журналу : <http://www.dy.nauka.com.ua>.
57. Доктор Іван Куровець // Лікарський вісник. – Львів, 1931. – 1 грудня. – Ч. 2–3. – С. 2.
58. Енциклопедія державного управління: у 8 т. / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України; наук.-ред. колегія: Ю.В. Ковбасюк (голова) та ін. – К.: НАДУ, 2011 р.
59. Єдлінська У. Я. Історія Львова в документах і матеріалах / У.Я. Єдлінська, Я.Д. Ісаєвич, О.А. Купчинський // Збірник документів і матеріалів. – К.: Наукова думка, 1986. – 419 с.
60. Жаліло Л.І. Державне регулювання охорони громадського здоров'я: метод.рек. / Л.І.Жаліло, О.І.Мартинюк. – К.: НАДУ, 2009. – 66 с.
61. Закревський А.Є. Правовий статус спеціалізованих підрозділів поліції у Галичині в складі Австрії та Австро-Угорщини (1772–1918 рр.) / А.Є. Закревський // Форум права. 2011.– №4.–С.272-276 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.nbuv.gov.ua/e-journals/FP/2011-4/11zaeaaau.pdf>.
62. Зеленюк О. З пережитого... Спогади / О. З. Зеленюк // Львівський національний університет імені Івана Франка, Інститут літературознавчих студій, Наукова бібліотека. – Львів, 2003. – 120 с.
63. Іванов В. М. Історія держави і права України: Навч. Посіб / В.М. Іванов. — К.: МАУП, 2002. — Ч. 2. — 2003. — 224 с.
64. Івано-Франківському базовому медичному училищу 60 років. – Івано-Франківськ: Лілея – НВ, – 1999. – 24 с.

65. Івано-Франківський державний медичний університет // Ред. кол.: С.П.Букавин, Я.С.Гудивок, В.О.Дешко, 1993, – 151 с.
66. Івано-Франківський національний медичний університет. Історія. Звершення. Особистості. – К.: Світ Успіху, 2009. – 368 с.
67. Иванов Н.Г. Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне 1941 – 1945 гг / Н.Г.Иванов, А.С. Георгиевский, О.С. Лобастов – Л.: Медицина, 1985. – 304 с.
68. Історія міст і сіл Української РСР: В 26-ти томах. – Івано-Франківська область. – К., 1971. – 639 с.
69. Кайндль Р.Ф. Гуцули: їхнє життя, звичаї та народні перекази / Р.Ф. Кайндль. – 2-е вид., випр. і доп. / Переклад з німецької Зіновії Пенюк; наукове редагування і післямова Олександра Масана. – Чернівці: “Молодий буковинець”, 2003. – 123 с.
70. Карамішев Д.В. Концепція інноваційних перетворень: міжгалузевий підхід до реформування системи охорони здоров'я (державно-управлінські аспекти): [Моногр.] / Д.В. Карамішев. – Х.: Вид-во ХарРІ НАДУ “Магістр”, 2004. – 304 с.
71. Карпук В. Чи потрібне нам лікарське самоврядування / В. Карпук, О.Мусій // Голос України. – 2008. – № 347 (4347). – Режим доступу: <http://www.golos.com.ua/section/11647995999.html>
72. Клапчук В.М. Медицина та санаторне лікування на Гуцульщині у ХІХ-ХХ ст. / В. М. Клапчук // Ученые записки Таврического национального университета им.В.И.Вернадского, 2008.- №1.- С. 52 - 62.
73. Клос Л.Є. Розвиток медичної освіти на західноукраїнських землях (друга половина VIII – 30-ті роки ХХ ст.): Автореф дис. канд. пед. Наук / Л.Є. Клос. – Київ, 2002. – 20 с.
74. Козуліна С.О. Актуальні проблеми державного управління системою охорони здоров'я з контролю та нагляду за професійними правопорушеннями медичних працівників / С.О. Козуліна // Вісник УАДУ. – 2003. – № 4. – С. 367
75. Коритко Р. Історія санаторію “Черче” / Р. Коритко. – Львів., 1996. – 116 с.

76. Кризина Н.П. Державна політика в галузі охорони здоров'я: генезис та закономірності розвитку (Монографія) / Н.П. Кризина. – К.: Вид-во СПД, Кукош П. А., 2007. – 364 с.
77. Кризина Н.П. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: механізми формування та реалізації: Автореф. дис. д-ра наук з держ. упр. : 25.00.02 / Н.П. Кризина. — К., 2008. — 36 с.
78. Кризина Н.П. Державна політика як організаційно-нормативна система владних дій та управлінських рішень, основний регулятор життєдіяльності суспільства (теоретико-методологічні засади) / Н.П. Кризина, В.П. Мегедь // Україна. Здоров'я нації, 2008. – № 3 – 4 (7-8). – С. 258-262.
79. Криштопа Б.П. Органи управління та керівництво охороною здоров'я в період української державності 1917-1919 рр / Б.П. Криштопа // Агапіт. – 2000. – № 12. – С. 3–10.
80. Круківська І.М. Медична освіта на Західноукраїнських землях: ретроспектива становлення (XIX – поч. XX ст.) / І.М. Круківська // Вісн. Житомир. держ. університету ім. І. Франка. — 2005. — N 25. — С. 194 - 196.
81. Концептуальні основи національної політики в галузі охорони здоров'я / В. М. Пономаренко, А. М. Нагорна, Л. І. Ткач, В. С. Гуменний // Укр. мед. вісті.– 1997. – № 1 (56). – С 28-29.
82. Косик В. Україна і Німеччина у Другій світовій війні / В. Косик – Париж–Нью–Йорк–Львів: НТШ у Львові, 1993. – С. 455.
83. Кудрява Л. Підготовка путівника по Станіславському обласному архіву / Л. Кудрява, Д. Месінг // Науково-інформаційний бюлетень АУ УРСР. – 1959. – №3. – С.12-15.
84. Кузьменко Д.Х. Состояние санитарно-противоэпидемического дела на Прикарпатье в прошлом и его развитие за годы советской власти (1872–1962 гг.) (По материалам Станиславской области): Социально-гигиеническое исследование: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук: спец. 784.



- “Теория и организация здравоохранения” / Д.Х. Кузьменко. – Ивано-Франковск : Облтипографія, 1968. – С. 7-10.
85. Кульчицький В. Джерела, структура, основні положення Австрійського цивільного кодексу 1811р / В. Кульчицький, І. Левицька // Вісник Львівського університету.– 2009.– Вип. 48. С. 46-51.
86. Купрійчук В. Гуманітарна політика українських урядів у добу національної революції (1917-1920 рр.): монографія / В.М.Купрійчук. – К.: В-во Європейського університету, 2014. – 378 с.
87. Левицький К. Нашь законь громадській. / К. Левицький. – Львів, 1889. – С.82-87.
88. Лісна І.С. Становлення державності в Галичині (1918-1923 рр.): [Монографія] / І. С. Лісна. – Тернопіль, 2001. – 92 с.
89. Луцький О. Суспільна допомога жителям Прикарпаття (восени 1941- влітку 1942 рр.) / О. Луцький.[http://histans.com/JournALL/xxx/xxx\\_2011\\_16/22.pdf](http://histans.com/JournALL/xxx/xxx_2011_16/22.pdf).
90. Львівські вісті. – Львів, 11 листопада 1941 р. – Ч. 88. – С. 3
91. Маєвська Н.К. Медична служба в партизанських з'єднаннях України (1941 – 1945 рр.) / Н.К. Маєвська. – К.: Здоров'я. – 1972. – 180 с.
92. Мановський Ю. Про знахарство / Ю. Мановський // Лікарський вісник, 1936. – № 3. – С. 14-16.
93. Мінцер О. П. Створення єдиної інформаційної системи охорони здоров'я та забезпечення державної політики в області статистики охорони здоров'я [Електронний ресурс] / О. П. Мінцер // Запорожский медицинский журнал. – 2013. – № 1. – С. 125-126. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zmzh\\_2013\\_1\\_44.pdf](http://nbuv.gov.ua/j-pdf/Zmzh_2013_1_44.pdf).
94. Медико-правовий тлумачний словник / За ред. І.Я.Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2010. – 540 с.
95. Медичне право України // Типова навчальна програма для студентів вищих навчальних закладів III – IV рівня акредитації, які навчаються за спеціальністю

“Правознавство” і здобувають освітньо-кваліфікаційний рівень “Магістр”, Львів : Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2011. – 100 с.

96. Медицина в Івано-Франківську: від лікарні графа д’Есте до Центральної міської клінічної лікарні. – Івано-Франківськ: Місто НВ, 2011. – С. 13

97. Методологія державного управління: Слов.-довід. / Уклад. В.Д. Бакуменко (кер. автор. кол.), Д.О. Безносенко, С.В. Бутівченко, Л.М. Гогіна, Ю.Г. Іванченко, В.М. Князєв, І.В. Козюра, С.О. Кравченко, Ю.Г. Кальниш, В.І. Луговий, О.М. Руденко, Ю.П. Сурмін, Л.Г. Штика; За заг. ред. В.І. Лугового, В.М. Князева, В.Д. Бакуменка. – К.: Вид-во НАДУ, 2004. – 196 с.

98. Мезенцева Н.Б. Державне регулювання суспільних відносин в галузі охорони здоров’я України: історичні та правові аспекти: Автореф. дис. канд. держ. упр: 25.00.01 / Н. Б. Мезенцева. – К.: 2010. – 20 с.

99. Мицан К. ОУН-УПА на Прикарпатті в 1944–1950-х роках (за матеріалами Станіславського обкому КП(б)У) / К.П. Мицан, Є. Роман // Галичина. – 1997. – №1. – С. 69-87.

100. Мищак І.М. Інкорпорація та радянська західноукраїнських земель (1939 - початок 1950-х рр.): історіографія: монографія / І.М. Мищак; ред.: Я. С. Калакура. - К.: Ін-т законодавства ВР України, 2010. – 508 с.

101. Надюк З.О. Державне управління якістю медичної допомоги в системі охорони здоров'я України: Автореф. дис. канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / З.О. Надюк. — К., 2006. — 20 с.

102. Надюк З.О. Механізми державного регулювання ринку медичних послуг в Україні: Автореф. дис. д-ра наук: 25.00.02 / З.О. Надюк. – К., 2009.– 20 с

103. Нижник Н.Р. Державне управління в Україні: централізація і децентралізація: [Монографія] / Н.Р.Нижник. – К.: УАДУ при Президентові України, 1997. – 448с.

104. Окуневський Я. Листи з чужини: літературно-художнє видання / Я. Окуневський. – К.: Темпора, 2009. – 520 с.

105. Панорама охорони здоров'я населення України / А. В. Підаєв, О. Ф. Возіанов, В. Ф. Москаленко, В. М. Пономаренко та ін. — К.: Здоров'я, 2003. — 396 с.
106. Паращак П. В. Здравоохранение в Ивано-Франковской области в прошлом и его развитие за годы советской власти (1873–1963 гг.) : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук : спец. 784. “Теория и организация здравоохранения” / П. В. Паращак. – Ивано-Франковск: Облтипография, 1967. – С. 7-11.
107. Паращич І.М. Організаційно-правові аспекти забезпечення та захисту прав пацієнтів в Україні / І.М. Паращич // Економіка та держава. – 2008. – № 2. – С. 93 – 95.
108. Паращук Л.Д. Терапевтична допомога в особливих умовах партизанської війни (1941 - 1950): Автореф. дис. канд мед. наук: 14.01.02 / Л. Д. Паращук. – Івано-Франківськ, 1998. – 20 с.
109. Пиріг Л. А. Медицина і українське суспільство / Л. А. Пиріг // зб. мед. публіц. пр. – К.: Б. в., 1998. – 472 с.
110. Пиддэ А. Нормативно-правовое обеспечение функционирования и предпосылки совершенствования социальной инфраструктуры в современной России / А. Пиддэ, А. Ямщиков, А. Лихтер // Социальная политика и социальное партнерство, 2009. – N 2. – С. 26-38.
111. Пищита А.Н. Правовое регулирование медицинской деятельности в современной России. Теоретико-правовые аспекты / А. Н. Пищита. – М.: ЦКБ РАН, 2008. – 196 с.
112. Подражанський А .С. Охорона здоров'я в західних областях України до їх воз'єднання з Радянською Україною / А. С. Подражанський // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні. – К., 1957. – С. 280 -316.
113. Поживілова О.В. Державна політика України в галузі охорони здоров'я: стан і перспективи розвитку / О.В.Поживілова // Державне управління та місцеве самоврядування: зб. наук. праць / редкол.: С.М. Серьогін (голов. ред.) [та ін.]. – Д.: ДРІДУ НАДУ, 2011. – Вип. 1(8). – С.122-132.

114. Поживілова О. В. Наукове забезпечення державного управління розвитком системи охорони здоров'я України / О. В. Поживілова. – К.: Вид-во НАДУ, 2012. – 313 с.
115. Положення про обласну (крайову, республіканську) лікарню. Затверджено Міністерством охорони здоров'я СРСР №114 від 28.02.1948р. Довідник з організації охорони здоров'я. М.,1950, С.269-275.
116. Положення про сільську районну лікарню з районною амбулаторією (поліклінікою). Затверджено Міністерством охорони здоров'я СРСР № 369 від 15.09.1947р. Довідник з організації охорони здоров'я. М.,1950, с. 275-278.
117. Попик С.Д. Українці в Австрії 1914-1918. Австрійська політика в українському питанні в період Великої війни / С.Д. Попик // Український історичний журнал, 2000. – №3 – С. 145-147.
118. Присташ Л. Т. Апарат управління Західною Україною в складі Польщі (1921-1939 рр.): Автореф.дис.кан.юр.наук: 12.00.01 / Л. Т. Присташ – Львів, 1998. – 21 с.
119. Прохасько Т. А може то любов.../ Т. Прохасько // Галицький кореспондент, 2006 .– № 5, С. 8.
120. Путівник по Державному архіву Станіславської області / Упоряд.: Л.А. Кудрява, Н.Л. Родинка, Д.М. Месінг, С.А. Шмирьов. Редкол.: П.М. Яцків (ред.) та ін. – Станіслав, 1960. – 171 с.
121. Радиш Я.Ф. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття: історичний та законодавчий аспекти / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Матеріали ІІ Міжнародної науково-практичної конференції «Формування ефективних механізмів державного управління та менеджменту в умовах сучасної економіки: теорія і практика» 14 листопада 2014 року, м. Запоріжжя, – З.: ЗКПУ, 2014. – С.148-151.
122. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис та тенденції розвитку: Автореф. дис. д-ра наук з держ. упр.: 25.00.01. / Я.Ф. Радиш.— К., 2003. — 20 с.

123. Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: [Моногр.] / Передм. і заг. ред. проф. Н.Р. Нижник. – К.: Вид-во УАДУ. – 2001. – 360 с.
124. Радиш Я.Ф. До проблеми медичного забезпечення українських національних військових формувань (ліквідуємо “білі плями”) / Я.Ф. Радиш // Матер. Всеукр. історико-медичної конф. “Актуальні проблеми історії медицини України”, Тернопіль, 22 – 23 вересня 2004 р. / За ред. О.М. Голяченка. – С. 56-62.
125. Радиш Я. Ф. Історія військової медицини / Я. Ф. Радиш. – Навчальний посібник. – К.: КВІУЗ, 1997. – 148 с.
126. Радиш Я.Ф. Категорійно-понятійний апарат про державне управління системою охорони здоров'я України (огляд літератури та уточнення окремих дефініцій) / Я.Ф. Радиш // Вісн. УАДУ, 2001. – № 1. – С. 195- 202.
127. Радиш Я.Ф. Медичне страхування: Навч. Посіб / Я.Ф. Радиш – Вид-во НАДУ, 2005. – 88 с.
128. Радиш Я. Державне регулювання суспільних відносин у галузі охорони здоров'я України: історичні та правові аспекти / Я. Радиш, Н. Мезенцева, Л. Буравльов // Медичне право України, 2008. – №2 – С. 26-36.
129. Радиш Я.Ф. Теоретичні проблеми державного управління системою охорони здоров'я в дисертаційних дослідженнях українських науковців: дванадцять років пошуків і здобутків (1998-2010 рр.) / Я.Ф. Радиш, О.В. Поживілова // <http://www.nbuu.gov.ua>.
130. Радиш Я.Ф. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ ст. : вступ до проблеми / Я. Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Вісник академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України, 2011. – № 4. – С. 28 - 36.
131. Радиш Я. Ф., Сорока О.Я. Іван Савицький – перший ректор Станіславського медичного інституту (до проблеми державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття) / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Інвестиції: практика та досвід, 2012. – № 2. – С. 89 - 94.

132. Радиш Я.Ф. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті під час польської окупації краю (1920 – 1939 рр.) / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України, 2012. – № 1. – С. 44- 49.
133. Радиш Я.Ф. Медичне страхування на Прикарпатті впродовж 80-х років XIX ст. – 30-х років XX ст.: історичні та правові аспекти (наукова проблема і важлива складова навчальної дисципліни) / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Матеріали VI Всеукраїнської (V Міжнародної) науково-практичної конференції з медичного права (м. Львів 24-26 квітня 2012 року) – Львів ЛОБФ “Медицина і право”, 2012. – С.265-269.
134. Радиш Я. Ф. Особливості державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті протягом 1939 – 1950 рр / Я.Ф. Радиш, О.Я. Сорока // Вісник Академії праці і соціальних відносин Федерації профспілок України, 2012. – № 2. – С. 12 - 21.
135. Радиш Я. Особливості медичного забезпечення партизанських формувань під час Великої Вітчизняної війни 1941 - 1945 рр / Я. Радиш, О. Сорока // Медицина нового тисячелеття, 2011. – № 6. – С. 34 - 39.
136. Радиш Я.Ф. Становлення та розвиток медичної освіти і науки на Прикарпатті у XX ст. (до проблеми державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у XX ст.) / Я.Ф. Радиш, О.Я. Андрієнко, О.Я. Сорока // Держава та регіони. Серія: Державне управління. – 2012. – № 2. – С. 111-116.
137. Радиш Я.Ф. Категорійно-понятійний апарат державного регулювання трансформаційних процесів у галузі охорони здоров'я / Я.Ф. Радиш., М.О. Кірова., О.В. Поживілова, О.Я. Сорока // Держава та регіони, 2012. – № 4. – С. 66 - 75.
138. Робак І. Ю. Історія вітчизняної охорони здоров'я і медицини в дисертаціях останніх років (сучасний стан розробленості та перспективи подальших досліджень) / І.Ю. Робак, Г.Л. Демочко // Гілея: науковий вісник: збірник наукових праць / гол. ред. В. М. Вашкевич. – К., 2014. – Вип. 81. – С. 169-174.

139. Рудень В.В. Запровадження системи медичного страхування в Україні та аудит страховиків / В.В. Рудень // Фінанси України. – 1998. – №3. – С.102-106.
140. Рябишенко О.Г. Охорона здоров'я на Тернопільщині / О.Г. Рябишенко // Матеріали до історії розвитку охорони здоров'я на Україні під редакцією К.Ф.Дупленка // ДержМедВидав УРСР. – Київ, 1957. – 384 с.
141. Рябишенко О. Г. Охорона здоров'я населення західних областей України / О. Г. Рябишенко. – К.: Держмедвидав УРСР, 1963. – С. 32.
142. Салтман Р.Б. Реформы системы здравоохранения в Европе. Анализ современных стратегий: Пер. с англ / Р.Б. Салтман, Дж. Фигейрас. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 2000. – 432 с.
143. Сапіга О. Початки формування медичної та санітарної служби Української Галицької Армії / О. Сапіга // Україна: культурна спадщина, національна свідомість, державність, 2009.–№ 18.– С.450-454.
144. Семенов В. М. Регіональні особливості державотворення в Україні: автореф. дис.канд. наук з держ. упр.: 25.00.01 / В.М. Семенов // Нац. акад. держ. упр. при Президентові України, Харк. регіон. ін-т держ. упр. — Х., 2009. — 20 с.
145. Сергійчук В. І. Десять буремних літ: Західноукраїнські землі у 1944 – 1953 рр.: Нові документи і матеріали / В. І.Сергійчук. – К.: Дніпро, 1998. – С. 530.
146. Сергеев Ю. Д. Основы медицинского права России: Учеб. пособие / Ю.Д. Сергеев, А.А. Мохов // .Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю. Д. Сергеева. – М.: ООО “Медицинское информационное агенство”, 2007. – 360 с.
147. Середа О.М. Історичні аспекти санітарно-гігієнічної організації та епідеміологічний стан на західно-українських землях у період Польського правління (1919 – 1939) / О.М. Середа, З.Д. Воробець // Вестник гигиены и эпидемиологии, 2008. – Т.12, № 1. – С. 19.
148. Середа О. М. Наукова спадщина Рудольфа Вейгеля – винахідника вакцини проти висипного тифу: Автореф. дис. канд мед. наук: 14.02.04 / О.М. Середа. – К., 2011. – 20 с.

149. Скрипниченко Д.В. Медицинское обеспечение партизан Украины во время Великой Отечественной войны / Д. В. Скрипниченко // Врачебное дело, 1967. – № 7. – С. 7 -12.
150. Советский энциклопедический словарь / Гл. ред. А. М. Прохоров. 2-ое изд. – М.: Сов. энциклопедия, 1983. – 600 с.
151. Соловьев В. Оправдание добра / В. Соловьев Соч. в 2-х тт., М. 1988, т. 1, с. 448-449.
152. Солоненко І.М. Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я: [монографія] / І.М.Солоненко, І.В.Рожкова. – К.: Фенікс, 2008.– 276 с.
153. Солоненко І. М. Державне регулювання реформування галузі охорони здоров'я (із світового досвіду) / І. М. Солоненко, Н. Д. Солоненко // Охорона здоров'я України. – 2001. – № 3. – С 34 -38.
154. Сорока О.Я. Використання інноваційних методів навчання у викладанні медичного правознавства у вищих медичних навчальних закладах / О. Я. Сорока // Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції “Захист прав медичних і фармацевтичних працівників як запорука захищеності прав пацієнтів” 26-27 квітня 2013року, м. Київ: Збірник тез доповідей / Упор. к.ю.н. Гревцова Р.Ю., д.м.н. Степаненко А.В. – Київ: ТОВ “ДКС центр”, 2013. – С. 86.
155. Сорока О.Я. Генеза державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття / О.Я. Сорока // Публічне управління: шляхи розвитку: матер. наук.-практ.конф. з міжнар. участю (Київ, 26 листопада 2014 р.): у 2т/ [за наук.ред. Ю.В. Ковбасюка, С.А. Романюка, О.Ю.Оболенського].– К.: НАДУ, 2014. – Т. 2. – С.154-156.
156. Сорока О.Я., Григорович Л.С. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока, Л. С. Григорович // Матеріали науково-практичної конференції “Теоретико-правові засади формування сучасного медичного права в Україні”. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції, Полтава, 26 – 27 жовтня 2012 р. /



Ред. кол.: О.П. Бушан, В.М. Пашков, П.О. Гринько. – Харків: “Точка”, 2012. – С. 164-168.

157. Сорока О.Я. Державне регулювання медичної діяльності в дисертаційних дослідженнях українських авторів / О.Я. Сорока // Галицький лікарський вісник, 2012.– №1. – С. 168-170.

158. Сорока О.Я. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в період правління Західно-Української Народної Республіки (1918-1919роки) / О.Я. Сорока // Інвестиції: практика та досвід, 2012. – № 23. – С. 111-113.

159. Сорока О.Я. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті на різних етапах його історичного розвитку в першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока // Зб. наук. пр. за матер. Науково-практичної конференції з міжнародною участю “Трансформація політико-управлінських та державно-владних відносин у процесі європейської інтеграції” (м. Івано-Франківськ, 24-25 травня 2012 р.) – Випуск 1. – Івано-Франківськ: “Місто НВ”, 2012.– С.177-184.

160. Сорока О.Я. Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ столітті / О. Я. Сорока // Інвестиції: практика та досвід, 2012. - № 18. – С. 104-110.

161. Сорока О.Я. Деякі аспекти генези державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока // Матеріали VIII Регіональної науково-практичної конференції з міжнародною участю «Проблеми управління соціальним і гуманітарним розвитком» 28 листопада 2014 року, м. Дніпропетровськ / за заг.ред.О.Б.Кіреєвої.–Д.: ДРІДУ НАДУ, 2014, – С. 238-240.

162. Сорока О.Я. Державне регулювання курортної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока // Економіка та держава, 2012. – № 10. – С. 103 -104.

163. Сорока О.Я. З досвіду викладання медичного права / О. Я. Сорока // Тези науково-методичної конференції “Досвід впровадження кредитно-модульної

системи організації навчального процесу у вищих навчальних закладах України III-IV рівнів акредитації” – Івано-Франківськ, 2012.– С.110-111.

164. Сорока О.Я. З досвіду викладання медичного права за кредитно-модульною системою / О. Я. Сорока // Матеріали Всеукраїнської навчально-наукової конференції, присвяченої 55-річчю Тернопільського державного медичного університету імені І.Я.Горбачевського МОЗ України “Впровадження нових технологій за кредитно-модульної системи організації навчального процесу у ВМ(Ф)НЗ III-IV рівнів акредитації” (м. Тернопіль, 26-27 квітня 2012 р.) – Тернопіль ТДМУ “Укрмедкнига”, 2012. – С.80-81.

165. Сорока О. Медична діяльність на Прикарпатті в першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока // УКН. Я.Радиш “Цілителі тіла й душі”.– К.: НАДУ, 2014.– С.150-161.

166. Сорока О.Я. Роль і місце відомих лікарів у державному регулюванні медичної діяльності на Прикарпатті у першій половині ХХ століття / О. Я. Сорока // Інвестиції: практика та досвід, 2013. – № 2. – С. 137-141.

167. Станиславівське слово. – Львів, 28 березня 1943. – С. 7

168. Страхування в галузі охорони здоров'я: Навч. посібн. / І.Б. Дячук, І.Я. Сенюта, Х.Я. Терешко, І.І. Фуртак; за заг. ред. І.Я. Сенюти. – Львів: Вид-во ЛОБФ “Медицина і право”, 2010. – 216 с.

169. Стеценко С.Г. Медичне право України: Підручник / С.Г. Стеценко, В.Ю. Стеценко, І.Я. Сенюта; за заг.ред.д.ю.н. проф. С.Г.Стеценка.– К.: Всеукраїнська асоціація видавців “Правова єдність”, 2008.– 507 с.

170. Стеценко В.Ю. Обов'язкове медичне страхування в Україні (адміністративно-правові засади запровадження): [монографія] / В. Ю. Стеценко. – К.: Атіка, 2010. – 320 с.

171. Стратегічні напрями розвитку охорони здоров'я в Україні./ Н. М. Лакіза-Сачук, В.М. Войцехівський, Д.М. Джафарова, І.М. Солоненко. За заг.ред. В. М.Лехан.– К.: Сфера, 2001.– 176 с.

172. Тищик Б.Й. Західно-Українська Народна Республіка (1918–1923). Історія держави і права / Б.Й. Тищик. Львів: Тріада Плюс, 2004. С. 355-356.
173. Трембіцький В. Санітарно-медична справа в Україні. Санітарно-червонохресна служба в Галицькій державі / Трембіцький В. // Вісті комбатанта. – Торонто; Нью-Йорк, 1975. – Ч. 2. – С. 16-25
174. Уваренко А.Р. Технологія моніторингу і управління здоров'ям населення на регіональному рівні / Уваренко А.Р., Курчатов Г.В., Нагорная А.М. – К., 1991.– 14 с.
175. Уваренко А.Р. Первинна медико-санітарна допомога на селі / А.Р. Уваренко, В.Д. Парій. – Житомир: Полісся, 1998. – 205 с.
176. Уліяш П.Б. Вплив польсько-українських зв'язків на розвиток вищої медичної освіти і науки в Польщі та Україні до початку ХХ століття: Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.03/ П.Б. Уліяш. – К., 2008. – 24 с.
177. УСЕ Український словник-енциклопедія / Гол. ред. ради чл.-кор. НАНУ М. Попович. – К.: “Ірина”, 1999.
178. Фоерман Ю. Щоденник зі Станіслава (1941-1943рр.) / Ю. Фоерман // переклад з польської Бориса Арсена ; адаптація тексту, наукове редагування та коментарі Івана Монолатія.– Івано-Франківськ: «Лілея-НВ», 2009.– 55с.
179. Франко І. Русини в Галичині (До статті Е. Косевича про людовий університет) / І. Франко // Літературно-науковий вісник, 1900. – Т 9. – С. 77 – 81.
180. Хомин М.Н. Народна медицина / М.Н. Хомин // Народне здоров'я, 1957. – № 9 – 10. – С. 7-10.
181. Худицький В. Маркіян Шашкевич – той, хто говорив з Богом... / В. Худицький // DT.UA, 12 листопада 2011 р., 13 с.
182. Ціборовський О.М. Шляхи систематизації законодавства України у сфері охорони здоров'я / О. М. Ціборовський, С.В. Істомін, В.М. Сорока. – К., 2011. – 72 с.
183. Ціборовський О.М. Перші кроки до становлення системи охорони здоров'я в незалежній Україні (доба Центральної Ради) / О.М. Ціборовський // Вісник

соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 102–108.

184. Ціборовський О.М. Стан організації та управління медичною справою в Російській імперії на початку ХХ століття / О.М. Ціборовський // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 3. – С. 59–66.

185. Червона Русь, газета, № 170, 1889.

186. Черненко В. Медицина Коломийщини: події, факти / В. Черненко, І. Клим'юк.– Коломия, 2010. – 312 с.

187. Чорненький Р. Повсякденне медичне забезпечення поляків Станиславівського воєводства (1921-1939рр.) / Р. Чорненький // Науковий і культурно-просвітницький краєзнавчий часопис “Галичина”, 2012.– С.243–249.

188. Чорновол І. 199 депутатів Галицького Сейму / І. Чорновол // Серія “Львівська сотня”.– Львів: “Тріада плюс”, 2010. – 228 с.

189. Шегедин М.Б. Історія медицини та медсестринства / М. Б. Шегедин, Н. О. Мудрик.–Тернопіль: Укрмедкнига, 2003. – 328 с.

190. Шиян О.І. Державна освітня політика з питань забезпечення здорового способу життя молоді: монографія / Олена Шиян. – Л., 2010. – 296 с.

191. Юрчук О.Ю. Українське питання у польській консервативній думці міжвоєнного періоду (1918 - 1939): Автореф. дис. канд. іст. наук: 07.00.02 / О.Ю. Юрчук. – Львів, 2005. – 19 с.

192. Юхим'юк О.М. Правовий статус органів місцевого самоврядування на території Західної України у складі Польщі (1918 - 1939): Автореф. дис. канд. юр. наук: 12.00.01 / О.М. Юхим'юк. – Львів, 2003. – 20 с.

193. Якубовський В. Проблема державного управління охороною здоров'я на території Західної України в довоєнні роки та під час Другої світової війни (огляд літературних джерел) / В. Якубовський // Вісник НАДУ, 2005. – № 3. – С. 285-291.

194. Dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby. Postanowienia ogólne // Dziennik Praw. – 1919. – № 9. – S. 68-73.

195. Olszański T. Stanisławów jednak żyje / T. Olszański. – Warszawa : Iskry, 2010. – S. 87-96.
196. Oksana Soroka. State Regulation of Health Care in Western Ukraine in First Half of XX Century / O. Soroka // *The Pharma Innovation – Journal.* – 2013.-Vol.2 No.2, P. 86-90 // [www.thepharmajournal.com](http://www.thepharmajournal.com).
197. Ordyczyńska A. Historia inspekcji sanitarnej w Leżajsku [Електронний ресурс] / A. Ordyczyńska – 2012. – Режим доступу: <http://aord.republika.pl/>.
198. Podziękowanie // *Kurjer Stanisławowski.* – 1925. – Rok XXXVIII. – № 276. – 11 listop. – S. 1.
199. Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. – 1925. – S. 202.
200. Rocznik statystyki Rzeczypospolitej Polskiej. – 1939. – S. 296.
201. Polak I. Gospodarka sanitarna samorządów ziemskich na podstawie budżetów zar. 1924 / I. Polak // *Zdrowie Publiczne.* – 1924. – № 3. – P. 13-16.
202. Państwowa zasadnicza ustawa sanitarna // *Dziennik Praw.* – 1919. – № 15. – S. 325-326.
203. Szumowski W. Galicya pod względem medycznym za Jędrzeja Krupińskiego, pierwszego protomeyka. 1772–1783 / W. Szumowski // *Archiwum naukowe, Lwow,* 1907. – C. 32.
204. Soroka O.Y. Features state regulation of medical activities on precarpathians during its being a part of Poland (1920-1939 years) / O.Y Soroka, N.V. Hevka // *Досвід, реалії і перспективи розвитку систем охорони здоров'я.* – Львів: Видавництво ЛЮБФ “Медицина і право”, 2013. – С. 75.
205. Ustawa z dnia 3 grudnia 1920 r. o tymczasowej organizacji władz administracyjnych II instancji (województw) na obszarze b. Królestwa Galicji i Lodomerji z W. Ks. Krakowskiem oraz na wchodzących w skład Rzeczypospolitej Polskiej obszarach Spisza i Orawy // *Dziennik Ustaw.* – 1920. – № 117. – S. 2064-2066
206. W lecznicy dr. Jana Gutta w Stanisławowie // *Kurjer Stanisławowski.* – 1926. – Rok XXXIX. – № 290. – 21 lut. – S. 7.
207. <http://www.ifnmu.edu.ua>.

208. [http:// www.nbu.gov.ua](http://www.nbu.gov.ua).
209. <http://kosiv.org/kosivschina/1021-doktor-tarnavskyj.html>.
210. <http://zakon.nau.ua>.
211. <http://yaremche.org/district/52>

## ДОДАТКИ

Додаток А

Акти та довідки про впровадження, участь у науково-дослідній роботі

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор

ДВНЗ «Івано-Франківський

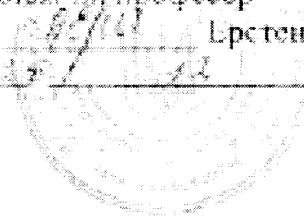
національний медичний

університет»

д. біол. н., професор

 Лрстешок Г. М.

« 17 / 12 2013 р.



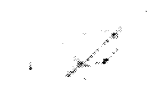
## АКТ

про впровадження результатів наукових досліджень Сороки Оксани Ярославівни,  
начальника юридичного відділу Івано-Франківського національного медичного  
університету

Комісія в складі голови комісії Дешик Орини Зенонівни, д.мед.н., професора, завідувача кафедри соціальної медицини, організації охорони здоров'я і медичного правознавства та членів комісії: Самоговка Ольга Любомирівни, к.мед.н., доцента кафедри, Стовбан Ірина Василівни, к.мед.н., доцента кафедри встановила, що наукові публікації, отримані в рамках дисертаційного дослідження на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління, розроблені особисто Сорокою О.Я. та спрямовані на розкриття державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття. Зокрема, визначено можливості використання позитивного історичного потенціалу теорії і практики державного регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття і його значення для роботи в сучасних умовах.

Зазначені результати наукових досліджень використані для підготовки проведення практичних занять в рамках навчальної дисципліни «Медичне правознавство» із студентами медичного та стоматологічного факультетів Івано-Франківського національного медичного університету та в рамках передатестаційних циклів і циклів спеціалізації «Організація і управління охороною здоров'я» із слухачами факультету післядипломної освіти (керівниками та заступниками керівників та методів охорони здоров'я).

Голова комісії



О.З.Дешик

Члени комісії



О.Л.Самоговка



І.В.Стовбан

ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ  
«ФОНД РОЗВИТКУ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО  
МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ»

76018 м. Івано-Франківськ вулиця Галицька, 2. код 37382486, телефон/факс 03422-24295

26 грудня 2013 р. № 25

ДОВІДКА

Видана Сороці Оксані Ярославівні про те, що результати її дисертаційного дослідження на тему “Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття”, поданого на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління, використовуються в діяльності ГО «Фонд розвитку Івано-Франківського національного медичного університету» стосовно введення в навчальний процес інноваційних методів навчання, що сприяє більш глибокому розумінню та засвоєнню теоретичних знань і формуванню практичних навиків у медичного працівника в контексті забезпечення прав людини у галузі охорони здоров'я.

Голова правління



Х.М.Саєвич





УКРАЇНА

ІВАНО-ФРАНКІВСЬКА ОБЛАСТЬ ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ

## УПРАВЛІННЯ КУЛЬТУРИ, НАЦІОНАЛЬНОСТЕЙ ТА РЕЛІГІЙ

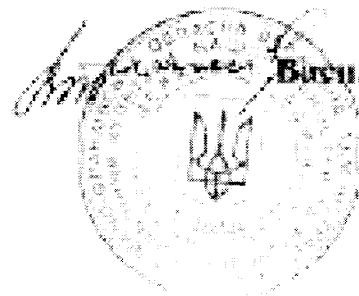
Україна, Івано-Франківська область, м. Івано-Франківськ, вул. Свободи, 100, тел. (0362) 252-111, факс (0362) 252-112, e-mail: [ukr@ukr.net](mailto:ukr@ukr.net)

30.12.13р. 61/04 004/006

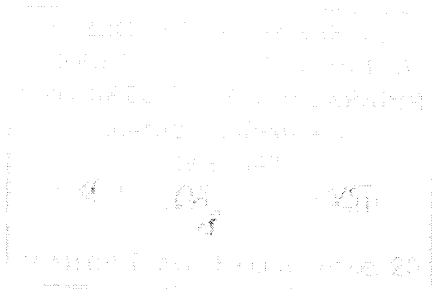
### ДОВІДКА

Сороці Оксані Ярославівні про те, що результати її дисертаційного дослідження на тему " Державне регулювання медичної діяльності на Прикарпатті в першій половині ХХ століття ", поданого на здобуття наукового ступеня кандидата наук з державного управління, використовуються у роботі управління культури, національностей та релігій Івано-Франківської обласної державної адміністрації, зокрема у діяльності музейних та бібліотечних установ області.

Заступник начальника,  
кандидат наук з державного управління



Віснелі. Тимків



## ДОВІДКА

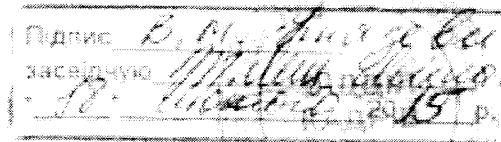
про участь у науково-дослідних роботах

Видана СОРОЦІ Оксані Ярославівні з підтвердженням про те, що вона дійсно брала участь у виконанні науково-дослідних робіт за комплексним науковим проектом “Державне управління та місцеве самоврядування” (державний реєстраційний номер 0199U002827) Національної академії державного управління при Президентові України, а саме:

- у 2014 році – виконавець на громадських засадах науково-дослідної роботи “Європейський вектор подальшого реформування охорони здоров’я в Україні”, номер державної реєстрації 0114U002855.

Завідувач кафедри управління  
охороною суспільного здоров’я,  
д.мед.н., заслужений лікар України

В.М.Князевич





УКРАЇНА  
 МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
 ДЕРЖАВНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД  
 ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
 76018, Івано-Франківськ, вул. Галицька 2, Тел./факс. 2-42-95, e-mail: ifmu@ifmu.edu.ua

27.12.12 № 05/7261  
 На № \_\_\_\_\_

**ДОВІДКА**

Видана асистенту кафедри соціальної медицини, ООЗ та медичного правознавства, начальнику юридичного відділу Сороці Оксані Ярославівні про те, що вона є співвиконавцем планової науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини, ООЗ та медичного правознавства на тему «Обґрунтування напрямків поліпшення стану здоров'я та якості медичної допомоги населенню Прикарпаття в умовах реформування системи охорони здоров'я», № державної реєстрації 0112U001559. Нею виконаний Розділ 4 на тему «Вивчення якості медичної допомоги різним верствам населення Прикарпаття та чинники, які впливають на неї».

Проректор з наукової роботи

Вакалюк І.П.

## Фото лікарів Прикарпаття



Рис. Б.3.4. Андреас Крупинський



Рис. Б.3.5. Євген Озаркевич



Рис. Б.3.6. Фелікс Сельський-Щасний



Рис. Б.3.7. Ярослав Окуневський



Рис. Б.3.8. Софія Окуневська



Рис. Б.3.9. Иван Куровець

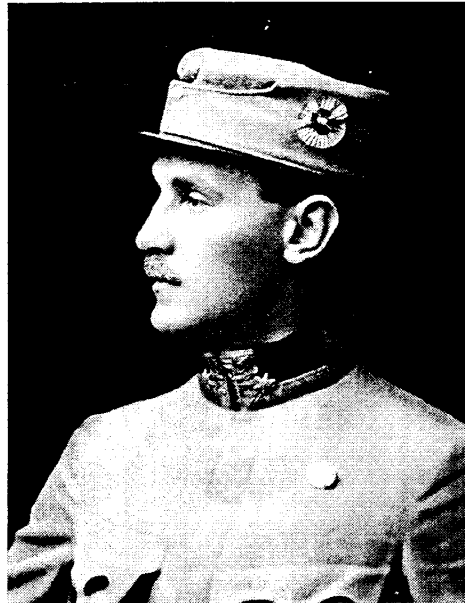


Рис. Б.3.10. Кость Воевідка



Рис. Б.3.11. Василь Кархут



Рис. Б.3.12. Сергій Верхратський



Рис. Б.3.13. Володимир Кобриский

БІБ  
1917/18  
d564