

УДК 94(477:061.1ЄС):614«1991/2001»
DOI: 10.20535/2307-5244.53.2021.248565

О. В. Дудник

ORCID: 0000-0003-1013-1170

*Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини*

А. В. Шауренко

ORCID: 0000-0002-3275-4478

*Уманський державний педагогічний університет
імені Павла Тичини*

O. Dudnyk

Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University

A. Shaurenko

Pavlo Tychyna Uman State Pedagogical University

ЄВРОПЕЙСЬКИЙ ВЕКТОР У ЗМІНАХ В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ 1991–2001 РР.

*European Vector in Changes in the System of Health Care
of Ukrainian 1991–2001*

У статті проаналізовано особливості розвитку охорони здоров'я в Україні у 1991–2001 рр. Показано, що економічна криза початку 1990-х рр. негативно вплинула на систему охорони здоров'я. В другій половині 1990-х рр. в медичній галузі намітилися позитивні зрушення, але значної динаміки не було досягнуто. Обґрунтовується висновок, що за окреслений у статті період в Україні не відбулося кардинального реформування системи охорони здоров'я.

Ключові слова: охорона здоров'я, медицина, медична допомога, державна політика, реформа.

The analysis of scientific publications shows that the health care issues in Ukraine during 1991–2001 have not yet become the subject of active scientific research of contemporary historical science. Therefore, the aim of the article is to analyse the processes of transformation of the healthcare system in independent Ukraine. In this research, the author mainly used statistical, comparative, and cliometric methods. The author followed the principles of historicism, objectivity and systemic approach.

At the beginning of Ukraine's independence, the medical industry faced the necessity to be transformed according to the new socio-economic and political challenges, however, this process was accompanied by the severe resistance both from the people within the healthcare system and from the external actors.

Although during 1991–2001 the legislation on health care in the new socio-economic conditions was introduced into the medical field, the lack of funds for healthcare and low political priority of this sphere prevented this area from significant transformations.

The economic growth in the second half of the 1990's led to positive changes in medical sphere. For instance, infant and mothers' mortality decreased, population decline stopped as well as the reformation of primary health care unit based on family medicine started. On the other hand, the living conditions of healthcare workers were still low, and the financial and humanitarian assistance for the development of Ukrainian healthcare system was provided by international actors.

Keywords: health care, medicine, medical care, public policy, reform.

В основі цінностей будь-якої цивілізації особливе місце завжди належало здоров'ю населення, бо фізичний показник нації є одним із основних соціальних індикаторів суспільного прогресу. Нині та щодня здоров'я більшості людей світу перебуває під опікою систем охорони здоров'я. З моменту пологів до часу надання гідної допомоги в похилому віці ця система бере на себе відповідальність перед людьми протягом усього їхнього життя. Вона є надзвичайно важливою для здорового розвитку кожного індивіда та суспільства загалом.

У новітній історіографії недостатня увага приділена аналізу змін у системі охорони здоров'я в Україні у перше десятиліття незалежності. Означену проблему досліджено лише частково, фрагментарно або в комплексі з іншими соціально-економічними та побутовими питаннями (Москаленко, В. 2012; Князевич, В. 2008; Ковпак, Л. 2003). Державна політика у сфері охорони здоров'я в перше десятиріччя незалежності України як предмет окремого аналізу була об'єктом дослідження в працях: І. М. Солоненко, І. В. Рожкової. (Солоненко, І. & Рожкова, І. 2008), Радиша Я. Ф. (Радиш, Я. 2001). Порівняльний аналіз європейського досвіду реформування охорони здоров'я представлений у навчально-науковому виданні за загальною редакцією професора М. М. Білинської (Білинська, М., ред. 2012). Тому основою публікації є першоджерела, які можна поділити на кілька груп: офіційно-нормативна документація, представлена в тексті низкою законів, постанов, указів тощо; статистичні дані Державної служби статистики України, Міжнародної організації «World Bank Group» та Центру медичної статистики МОЗ України; центральні й регіональні періодичні видання, до яких належать медичний щотижневик «Ваше здоров'я» (співзасновник Міністерство здоров'я України) та газета «Здоровье киевлян»; інформаційні ресурси Інтернету, серед яких дані Міністерства юстиції, Громадського порталу, Європейського регіонального бюро та ін.

Актуальність дослідження обумовлена необхідністю комплексного аналітичного дослідження змін у системі охорони здоров'я України в 1990-х рр. і відсутністю у вітчизняній історіографії спеціальної праці, присвяченої означеній проблемі.

Мета статті полягає в тому, щоб на основі документальних та статистичних матеріалів і преси проаналізувати трансформації в системі охорони здоров'я на шляху становлення незалежної України. Питання, які нас цікавлять, охоплюють широке коло проблем, пов'язаних з особливостями організації медичного забезпечення, поліпшення якості медичного обслуговування населення України на початку незалежності, причини невирішеності проблеми розбудови ефективної системи охорони здоров'я України обраного етапу, роль держави у реформуванні сфери охорони здоров'я в умовах соціальних трансформацій та її орієнтації на європейські тенденції.

Методологічною основою дослідження стали принципи історизму, об'єктивності й системного підходу; пріоритетними стали методи: статистичний (використано для обліку та з'ясування трансформаційних процесів у сфері охорони здоров'я України в 1990-х рр. — на початку XXI ст.), порівняльний (допоміг виявити сутність явищ, які вивчалися, за схожістю і відмінністю ознак), кліометричний (дав змогу опрацювати статистичні дані, простежити зміни в основних аспектах розвитку системи охорони здоров'я України) та ін.

Після проголошення незалежності Україна постала перед вибором стратегії подальшого розвитку. Перебуваючи в епіцентрі двох інтеграційних геополітичних векторів, орієнтир вона взяла на Європу.

Відносини між Україною та Європою було започатковано в грудні 1991 р., коли міністр закордонних справ Нідерландів як представник країни, що головує в ЄС, у листі від імені Європейського Союзу офіційно визнав незалежність України. Намір України розбудовувати відносини з Європейським Союзом було вперше проголошено у Постанові Верховної Ради України від 2 липня 1993 р. «Про основні напрями зовнішньої політики України». Не менш важливим кроком був вступ країни до Ради Європи: 31 жовтня 1995 р. Верховна Рада України ухвалила Закон України про приєднання до Статуту Ради Європи, а 9 листопада 1995 р. відбулась урочиста церемонія вступу. В подальшому стратегічний курс України на Європу було підтверджено та розвинуто у Стратегії інтеграції України до ЄС, яку схвалили 11 червня 1998 р., та Програмі інтеграції України до ЄС, схвалений 14 вересня 2000 р.¹ Відповідно, співпраця України зі згаданими міжнародними організаціями стала підґрунтям для реформування власної системи охорони здоров'я та стимулом до покращення суспільного життя українців.

¹ Становлення відносин Україна-ЄС. Міністерство юстиції. URL: <https://minjust.gov.ua/m/istoriya-stanovlennya-vidnosin-ukraina-es>

Трансформації в системі охорони здоров'я України — це зміни, спрямовані на вдосконалення медичної сфери, що забезпечать зближення з загальноєвропейськими тенденціями і підвищать якість медицини як основного зі шляхів збереження здоров'я населення. Тому вже в перші роки незалежності Україна розпочала створювати власну раціональну структуру медичних закладів і установ загальнодержавного й місцевого рівня. Постало завдання значно підвищити ефективність організації медичного забезпечення, поліпшити якості медичного обслуговування, наблизити його до найкращих міжнародних стандартів. Реалізацію таких завдань було покладено на Міністерство охорони здоров'я України, діяльність якого спрямувалася за Положенням на досягнення таких стратегічних цілей: розробка пріоритетних напрямів діяльності національної служби охорони здоров'я, забезпечення гарантованого рівня кваліфікованої медичної допомоги населенню в закладах охорони здоров'я всіх форм власності; вживання заходів, спрямованих на розвиток профілактичного напрямку в охороні здоров'я, формування здорового способу життя; забезпечення надання в державних закладах охорони здоров'я загальнодоступної, переважно безоплатної, висококваліфікованої медичної допомоги; сертифікація рівня медичних послуг, що надаються в закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності та силами осіб, які ведуть індивідуальну медичну діяльність; розробка прогнозів і показників розвитку національної служби охорони здоров'я, пов'язаних зі змінами форм власності; охорона материнства і дитинства; розробка й координація заходів щодо забезпечення санітарно-епідемічного добробуту; медичний контроль і видання дозволів на застосування ліків та методик, організацію промислового випуску або закупівлю лікарських засобів, антибактерійних і протівірусних препаратів, інших виробів медичного призначення, нагляд за їх постачанням населенню та закладам охорони здоров'я; розвиток пріоритетних напрямів наукових досліджень у медицині й забезпечення їх ефективності, впровадження досягнень науки, техніки та передового досвіду; організація підготовки медичних і фармацевтичних працівників, удосконалення їх знань та практичних навичок; впровадження в діяльність національної служби охорони здоров'я економічних методів управління, різних форм господарювання; координація розвитку мережі закладів охорони здоров'я¹. На жаль, не всі завдання, поставлені перед головним центральним органом влади України у галузі охорони здоров'я було реалізовано, адже період реформ збігся з економічною кризою та нестабільністю, тож медицина виявилася не готовою до змін і безпорадною перед проблемами.

В 1990-х рр. потреби населення в медичній допомозі перевищували можливість галузі охорони здоров'я. Щоб покращити ситуацію, потрібні були

¹ Положення про Міністерство охорони здоров'я від 21 жовтня 1998 року № 1672. URL: <https://ips.ligazakon.net/document/view/kmp92469?an=27>

серйозні перетворення, масштабне реформування з акцентом на зміни в системі фінансування, впровадження нових економічних методів управління охороною здоров'я, ширше залучення державних і приватних структур. Необхідно було формувати нормативно-правові засади охорони здоров'я у сучасних соціально-економічних умовах. За 1991–2001 рр. прийнято 137 нормативно-правових актів щодо охорони здоров'я: Укази Президента, Постанови Кабінету Міністрів, Закони України, які сприяли реформуванню галузі.

Важливими стратегічними завданнями державної політики в Україні, як і в більшості європейських країн, було та є збереження здоров'я нації, поліпшення медико-демографічної ситуації, подовження тривалості життя та ін. Саме Конституція України 1996 р. визнає життя й здоров'я громадян найвищою соціальною цінністю та проголошує державу гарантом забезпечення та утвердження прав і свобод людини. Питання прав людини у сфері охорони здоров'я та основи національної системи охорони здоров'я регулює Стаття 49 Основного закону України¹. Попередниками Конституції були Закон України «Основи законодавства про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р.² та Закон України «Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р.³ Вони визначали правові, організаційні, економічні та соціальні засади охорони здоров'я в Україні, регулювали суспільні відносини у цій сфері для забезпечення гармонійного розвитку фізичних і духовних сил, високої працездатності та довголітнього активного життя громадян, усунення факторів, які шкідливо впливають на їх здоров'я, профілактики і зниження захворюваності, інвалідності та смертності, поліпшення спадковості та ін.

Для покращення здоров'я населення було розроблено низку державних програм. Серед таких: Національна програма імунопрофілактики населення на 1993–2000 рр. (впроваджена Постановою Кабінету Міністрів України від 21 квітня 1993 р.), спрямована на боротьбу з інфекційними захворюваннями в дитячому віці⁴. Через кілька років Указом Президента України від 18 січня 1996 р. було затверджено Національну програму «Діти України», що стала головним інструментом реалізації державної політики у медичному забезпеченні дітей. Завдяки реалізації Національної програми очікувалося стабілізувати й надалі скоротити рівень смертності дітей віком від 1 року до 12 на 1000 народжених живими; довести рівень грудного вигодовування немовлят віком до 4 місяців до 75%; знизити рівень інвалідизації

¹ Конституція України // Відомості Верховної Ради України. URL: <http://zakon3.rada.gov.ua>

² Основи законодавства України про охорону здоров'я. Закон України від 19 листопада 1992 року № 2802-XII). URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T280100.html

³ Про забезпечення санітарного і епідемічного благополуччя населення. Закон України від 24 лютого 1994 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>

⁴ Основи політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВОЗ. Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/109762/EHFA5-R.pdf

дітей; підвищити рівень охоплення дітей профілактичними щепленнями до 95%, що дасть змогу, в тому числі, ліквідувати захворюваність на поліомієліт і випадки смерті від дифтерії; скоротити рівень недостатності харчування дітей, забезпечити право кожної дитини на отримання кваліфікованої медичної допомоги; забезпечити інтеграцію зусиль центральних та місцевих органів державної виконавчої влади, установ і організацій, спрямованих на захист прав дітей¹.

Серед інших програм варто згадати такі: «Планування сім'ї», «Збереження здоров'я людей похилого віку», «Поліпшення становища жінок, сім'ї, охорони материнства і дитинства», «Діабет», Національної програми з імунoproфілактики, Національна програма профілактики СНІДу й наркоманії та ін. Проте всі вони мали недостатнє ресурсне забезпечення і виявилися малоефективними.

Система охорони здоров'я України в перше десятиліття незалежності була недосконалою. Це простежується крізь призму статистики, низку невирішених проблем та лише часткове покращення.

Для досліджуваного періоду характерне загострення наркоманії, алкоголізму й психічних розладів (наприклад, кількість хворих на психічні розлади по Україні 1993 р. становила 19872 чол., а 2001 р. — 35918 чол.). Спостерігається значне підвищення рівня смертності та інвалідності, головною причиною яких були наслідки аварії на Чорнобильській АЕС (кількість померлих, що брали участь у ліквідації на ЧАЕС 1993 р. була 1275 осіб, 2001 — 3189). Збільшилася смертність від захворювань органів кровообігу, дихання, від нещасних випадків, травм, отруєнь. Роста показник інфекційних патологій, зокрема дифтерії, сифілісу, сальмонельозу, інфекційного гепатиту, туберкульозу (хворих із уперше в житті встановленим діагнозом активного туберкульозу на 1993 р. було 14329 осіб, 2001 — 23962)².

Найпекучішою проблемою охорони здоров'я стало медичне обслуговування сільського населення. У 1991–2001 р. знижувався загальний рівень забезпеченості сільських поселень медичними закладами. За даними Держкомстату України, постійно скорочувалася мережа дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів. У листопаді 2001 р. 28497 сільських населених пунктів обслуговували 1042 дільничні лікарні, 2476 амбулаторно-поліклінічні заклади, 15624 фельдшерсько-акушерські пункти, тоді як 1991 р. на 28564 населених пунктів припадало 1641 дільничних лікарень, 1864 амбулаторно-поліклінічних закладів і 16137 фельдшерсько-акушерських пунктів. Кількість амбулаторно-поліклінічних закладів зростала переважно за рахунок того, що більшості дільничних лікарень надавав-

¹ Про національну програму «Діти України». Указ Президента України від 18 січня 1996 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/63/96#Text>

² Центр медичної статистики МОЗ України URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/news.html>

ся нижчий статус і їх починали класифікувати як амбулаторно-поліклінічні заклади. Така ситуація негативно впливала як на спектр медичних послуг, котрі вони надавали, так і на їхню якість. Ліквідовано всі пологові будинки, що раніше були на балансі сільськогосподарських підприємств¹.

Через закриття медичних установ погіршується й територіальна доступність закладів. Кожне п'яте село, де не було медичної установи, розміщувалося на відстані понад 10 км, а це свідчить не про підвищення рівня доступності медичних установ, а радше про негативні структурні зміни у складі сільських населених пунктів.

Невирішеною залишалася проблема укомплектованості медичних закладів кваліфікованими кадрами. Трансформації в соціально-економічній сфері супроводжувалися погіршенням життєвого рівня медичних працівників, який визначався надзвичайно низькими розмірами заробітної плати. 2001 р. середня зарплата в системі охорони здоров'я становила 196 грн., у лікарів — 270 грн.² Зарплата в медичній галузі залишалася низькою — у 2 рази нижча, ніж у промисловому виробництві, на 15% нижча від зарплати освітян³. У працівників хіміко-фармацевтичної, медичної промисловості оплата праці була втричі вища. Оплата праці медичних працівників посідала 22 місце серед 25 галузей.

Спостерігається стійке співвідношення між рівнями захворюваності міського й сільського населення — захворюваність міських мешканців у 1,3–1,4 рази перевищувала її рівні на селі, а поширеність захворювань на селі нижча, ніж у містах в середньому на $\frac{1}{4}$ ⁴. Проте це не вказує на краще здоров'я селян, а віддзеркалює специфіку їхнього звернення по медичну допомогу, меншу доступність останньої через незадовільну її організацію, відсутність необхідних спеціалістів або обладнання й територіальну віддаленість закладів охорони здоров'я від місця проживання пацієнтів. На жаль, офіційна статистика щодо захворюваності сільського населення не віддзеркалює реального стану справ. Отримання даних про виникнення або наявність хвороби залежить від багатьох об'єктивних і суб'єктивних чинників: можливостей або бажання людини звернутися до лікаря, кваліфікації медичного персоналу та рівня матеріально-технічного забезпечення, повноти діагностики, організації звітності на місцевому та державному рівнях. Окрім того, спостерігається звернення по медичну допо-

¹ Населення України. Соціально-демографічні проблеми українського села. Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України. URL: <https://www.idss.org.ua/monografii/Naselennya.pdf>

² Ваше здоров'я. 5–11 липня 2002. С. 2.

³ Комплексна статистика. Головне управління статистики. URL: <http://www.zp.ukrstat.gov.ua/index.php/statystychna-informatsiia#1.4>

⁴ Першочергові заходи державної політики щодо вирішення соціально-економічних проблем сільського населення. Національний інститут стратегічних досліджень. URL: http://old2.niss.gov.ua/articles/1279/#_ftn10

могу лише в невідкладних ситуаціях, у зв'язку з чим менш вагомі розлади здоров'я не фіксує офіційна статистика.

Паралельно до проблем сільської медицини згорталася мережа закладів охорони здоров'я в усіх регіонах. За статистичними даними МОЗ у 1990-х рр. — на поч. ХХІ ст. мережа медичних закладів України мала таку картину: кількість обласних лікарень — 28 у 1993 р. і 25 у 2001 р.; міських лікарень у 1993 р. — 684, у 2001 р. — 593; дільничних лікарень та фельдшерсько-акушерських пунктів — 1489 та 1647 у 1993 р. і відповідно — 889 та 7818 у 2001 р.¹

У першій половині 1990-х рр. суттєво скорочувалася кількість населення. Вчені зазначають, що демографічна криза в Україні визначається не тільки депопуляцією, а і її поєднанням з погіршенням якості життя населення, насамперед, його здоров'я (Стешенко, В. 1990, с. 58). Складнощі трансформацій в економіці, слабкість продуктивної діяльності в галузях освіти, охорони здоров'я, культури, фізичної культури й спорту, сім'ї та молоді на початку незалежності України негативно вплинули на відтворення й розвиток людського потенціалу. В більшості розвинених країн світу ефективність державної політики з охорони громадського здоров'я оцінюють за такими критеріями: динамікою стану суспільного здоров'я, наявністю ефективних механізмів соціального та фінансового захисту громадян на випадок захворювання, економічною ефективністю діяльності галузі й рівнем задоволення потреб громадян у високоякісній медичній допомозі. Вітчизняна галузь охорони здоров'я 1990-х рр. не відповідала жодному з цих критеріїв. Про кризове становище здоров'я громадян красномовно свідчать основні демографічні показники, взяті у «The World Bank Group», зокрема такий інтегральний показник, як середня очікувана тривалість життя в Україні (1991 р. — 69,56; 2000 — 67,72), який на 10–15 років менший порівняно з іншими країнами (Австрія: 1991 р. — 75,6, 2000 р. — 78,1; Велика Британія: 1991 р. — 76,1, 2000 — 77,8; Іспанія: 1991 р. — 78, 2000 р. — 79,5). З початку 1990-х рр. почалося швидке збільшення рівня смертності, пов'язане як з погіршенням економічної ситуації, так і з демографічною хвилею, початком смертності численного покоління, народженого у 1920-і рр. Коефіцієнт смертності 1991 р. становив 12,9 на 1000 осіб, 2000 р. — 15,5. 1995 р. було зафіксовано 792,6 тис. смертей, що стало історичним максимумом у післявоєнний період².

Демографічний розвиток суспільства визначали моральне та фізичне здоров'я людей, шлюбно-сімейні відносини. Зниження рівня доходів значної частини населення, розшарування суспільства, високий рівень безробіття, зміни в структурі зайнятості призвели до зростання економічної вразливості

¹ Статистичні дані системи МОЗ за 1993–2001 роки. URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/statdan.html>

² Середня тривалість життя. Всесвітній банк. URL: <https://cutt.ly/CY7ig9p>

українських сімей. Як наслідок — зміна сімейних орієнтирів у молодих родинах, тенденція зменшення кількості шлюбів. Якщо раніше багатодітність була поширеною, то з початку 1990-х рр. для української родини це вже було не пріоритетним. Зросла кількість пар, що не мали дітей за станом здоров'я або ж народжували одну дитину. Це зумовлено, насамперед, фізіологічними особливостями молоді, яка відчула погіршення стану навколишнього середовища, невпевненість у майбутньому, зростання соціальних загроз, недовіра до високоякісного медичного обслуговування¹.

На початку незалежності Україна займала одне з перших місць у Європі за кількістю абортів (у 1,5 раза більше, ніж пологів), що було окремою проблемою в умовах демографічної кризи в країні. На одну сім'ю припадало 1,5–1,6 дитини, коли для самовідтворення населення потрібно 2,2 дитини на сім'ю. Кількість дітей на 1000 осіб зменшилася від 412 (1989 р.) до 403 (1993 р.), у сільській місцевості — 797 на 1000 жителів².

За Індексом рівня тривалості життя різних країн, розробленого в ПРООН, Україна посідала 2000 р. 78-ме місце (у доповіді 1993–1994 рр. це було 45-те місце, 1995 р. — 54-те місце, 1996 р. — 80-те місце, 1997 р. — 95-те місце, 1998 р. — 102-ге місце, 1999 р. — 91-ше місце). За 6 років незалежності (1993–1999 рр.) за індексом людського розвитку Україна серед понад 170 країн світу змістилася з 45-го на 91-ше місце, в чому немало роль відіграло погіршення стану медичної допомоги³.

Здоров'я та добробут населення значною мірою залежить від навколишнього природного середовища. На початку 1990-х рр. Україна була найменш екологічно сприятлива з колишніх республік Радянського Союзу. На 40% її території забрудненість у 2–3 рази вища, ніж у середньому по Європі⁴.

Одним із найважливіших чинників забезпечення як самого життя, так і здоров'я є достатність та повноцінність харчування й доступ до безпечних джерел води. Зміни в режимі харчування мешканців України 1990-х рр., зумовлені соціально-економічними трансформаціями, зниженням матеріального рівня життя досить значної частини населення, екологічними негараздами, спричинили виключення (чи обмеження) з раціону низки біологічно цінних продуктів, життєво важливих інгредієнтів.

Кризові явища, які зачепили всі сфери життя, особливо відчували особи з інвалідністю. Загальна їх кількість в Україні становила 2 млн. 317 тис., з них: 1 млн. 300 тис. чол. — унаслідок тяжких загальних захворювань, понад 270 тис. — унаслідок війни та колишні військовослужбовці, 237 тис. — з дитинства. Щороку медико-соціальні експертні комісії визнавали людь-

¹ Ваше здоров'я. 12 листопада 1997. С. 2.

² Ваше здоров'я. 21–27 жовтня 1995. С. 6.

³ Організація Об'єднаних Націй (Програма Розвитку) // Інформаційний портал «Права людини в Україні» URL: <http://khpg.org/1008954543>

⁴ Здоров'я киян. Іюнь. 1993. С. 2.

ми з інвалідністю понад 200 тис. чоловік, з них 20% становлять особи до 39 років¹.

Економічний спад 1991–1994 рр., розрив міждержавних і господарських зв'язків із сусідніми країнами, блокування взаєморозрахунків з країнами СНД погіршили матеріально-технічне забезпечення медичних закладів. Якщо раніше в республіках Радянського Союзу 350 заводів були виробниками медичної апаратури, то лише п'ята їх частина припадала на УРСР. Російська Федерація постачала фізіотерапевтичну, рентгенодіагностичну апаратуру, стоматологічний, хірургічний, акушерсько-гінекологічний інструментарій. У жовтні 1992 р. Постановою Уряду затверджено комплексну програму «Медична техніка України». До виробництва хірургічної, стоматологічної, ортопедичної апаратури та інструментарію було залучено 100 вітчизняних промислових підприємств, з них — 33 оборонної промисловості. Було освоєно випуск комп'ютерних томографів².

З 1992 р. активно працює українська асоціація «Комп'ютерна медицина», яка об'єднала 64 науково-дослідні інститути, наукові товариства, медичні й технічні виші, лікувальні установи та підприємства. Завдання асоціації — інформатизація в медичній сфері: формування інформаційно-аналітичних систем управління різних рівнів від районного до національного; розробка і впровадження спеціальних телемедичних технологій, створення стандартизованої модульної медичної інформаційної системи для установ різних рівнів; видання науково-методичної літератури. Першим кроком на шляху інформатизації охорони здоров'я було створення національного реєстру осіб, які постраждали від аварії на Чорнобильській АЕС (близько 500 тис. чол.). За оцінкою відомих зарубіжних спеціалістів, український реєстр є унікальним³.

Матеріально-технічна база охорони здоров'я (медикаменти першої необхідності, медичне устаткування, інвентар, інструменти тощо) була низькою навіть в обласних центрах, тоді як про сільську медицину годі було й мріяти. Сільські амбулаторії розміщувались у непристосованих приміщеннях, більшість функціонували без мережевого газу та гарячої води. Щороку загострювалася проблема технічної відсталості. За відсутності обладнання медици дільничної лікарні не мали можливості надати кваліфіковану медичну допомогу. Якість медичного обслуговування не могла задовольнити ні медиків, ані населення. Держава виділяла кошти на медикаменти першої необхідності, заробітну плату медиків та на харчування хворих. Не було постійного фінансування на матеріально-технічне оснащення лікувальних закладів, їх ремонт, придбання меблів, заміну білизни тощо⁴.

¹ Ваше здоров'я. 3 грудня 1997. С. 3.

² Ваше здоров'я. 11–17 червня 1994. С. 2.

³ Ваше здоров'я. 9 вересня 1997. С. 2.

⁴ Ваше здоров'я. 4 грудня 1998. С. 2.

З метою змінити ситуацію Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. було затверджено Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України, спрямовану на реалізацію положень Конституції та законів України щодо забезпечення доступної кваліфікованої медичної допомоги кожному громадянину України, запровадження нових ефективних механізмів фінансування й управління в охороні здоров'я, створення умов для формування здорового способу життя¹. Вперше в історії держави на законодавчому рівні було затверджено стратегічний для медичної сфери документ. З урахуванням реального стану здоров'я населення України визначено фактичні потреби в основних видах безоплатної кваліфікованої медичної допомоги, уточнено штатні нормативи лікувально-профілактичних закладів. Було впорядковано й оптимізовано ліжковий фонд, що дало можливість змінити структуру витрат на безпосередньо лікування. При цьому поліпшилися показники використання лікарняних ліжок, збільшилася середня зайнятість стаціонарних ліжок, скоротилася середня тривалість перебування хворих у лікарнях, знизився рівень госпіталізації. Раціональному використанню лікарняних ліжок сприяв розвиток денних стаціонарів при лікувально-профілактичних закладах і стаціонарів удома (Запорожченко, А. 2019, с. 21–22).

Зростання економіки в другій половині 1990-х рр. дало медицині змогу досягти позитивних тенденцій у своїй діяльності. З'явилася тенденція до зниження дитячої смертності, яка 1995 р. становила 14,7 на 1000 народжених живими, у 1997 — 14,0, 1998 — 12,8, 1999 — 12,8, 2000 — 11,9, 2001 — 11,3².

За допомогою дитячого Фонду ООН ЮНІСЕФ, відповідно до європейської стратегії Всесвітньої організації охорони здоров'я «Здоров'я та розвиток дітей та підлітків», широко впроваджується ініціатива «Лікарня, доброзичлива до дитини». Одним з основних принципів вказаної ініціативи є народження дітей у закладах, сертифікованих як «Лікарня, доброзичлива до дитини», спільне перебування матері та дитини, яке було запроваджено в 50% пологових закладів. Фонд фінансував програму грудного вигодовування. За його допомогою створено лактаційні центри в Києві, Донецьку, Львові³.

2001 р. зупинено падіння приросту населення: у 5 областях рівень народжуваності перевищив рівень смертності, інші регіони наближалися до цих показників⁴. Отримали подальший розвиток усі види спеціалізованої медичної допомоги, вперше в Україні проведено трансплантацію

¹ Концепція розвитку охорони здоров'я населення України від 7 грудня 2000 р. № 1313. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000#Text>

² Населення. Державна служба статистики України. URL: http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2007/ds/nas_rik/nas_u/nas_rik_u.html

³ Програма Ініціатива ВООЗ/ЮНІСЕФ «Лікарня, дружна до дитини», 1991 р. URL: <http://kdm-ldd.org.ua/ldd/index.php>

⁴ Ваше здоров'я. 13 жовтня 1999. С. 2.

печінки (1994 р.), серця (2001 р.), започатковано кардіохірургічне лікування новонароджених¹.

Криза державної системи охорони здоров'я на початку 1990-х рр. зумовила розвиток приватного сектору в медичній галузі. У великих містах України з'явилися перші приватні клініки, які пропонували платні медичні послуги. «Перша ластівка» — хірургічна клініка «Біофармтех», яку створило закрите акціонерне товариство «Київ-Донбас». Персонал клініки складався з 30 працівників, з них чотири хірурги². Основна частка приватних медичних установ була зосереджена в найбільш урбанізованих регіонах країни.

У 1997–2000 рр. за сприяння міжнародних організацій в Україні відкрилися перші хоспіси — в Івано-Франківську, Львові, Коростені (Житомирська обл.). Це було пов'язано з новими викликами, що стояли перед охороною здоров'я молодой незалежної держави. З кінця 1990-х рр. в Україні небайдужі представники фахової спільноти, громадськості стали замислюватися над покращенням форм допомоги не лише пацієнтам, але й членам їхніх родин. 1997 р. на базі другого терапевтичного відділення Київської міської клінічної лікарні № 2 було зроблено першу спробу створити хоспіс у медичному закладі (організація гуманітарного відділення «Надія»). 1999 р. Міська організація Товариства Червоного Хреста за сприяння Благодійної організації «Патек» створила благодійну організацію «Хоспіс Святої Варвари»³.

1995 р. відбулися значні зміни у розвитку фармацевтичної галузі. За фінансової підтримки системи охорони здоров'я Урядом темпи зростання цін на продукцію медичної галузі були вдвічі нижчі, ніж по Україні в цілому на решту товарів. Окрім того, збільшилося виробництво готових лікарських засобів та можливість їх придбати. 1997 р. фармацевтична галузь уже вийшла на новий, вищий рівень. За рахунок впровадження новітніх технологій та наукових досягнень покращується якість продукції, що відтепер відповідає стандартам високорозвинених країн (Черних, В. 2002, с. 6). З 2000 р. в аптечній мережі країни з'являється все більше ліків вітчизняного виробництва, значно дешевших порівняно з імпортними. Позитивну роль для фармацевтичної України відіграв і приватний капітал.

Відбуваються зміни й у медичній промисловості. На 1991 р. підприємства галузі були державними, тоді як 2001 р. майже 85% підприємств стали приватизовані або корпоратизовані. Довершується технічне переобладнання виробництва лікарських препаратів та значно розширюється їх асортимент.

У 1990-х рр. іноземні фармацевтичні корпорації, всебічно аналізуючи формування українського фармакологічного ринку, розпочали співпрацю з усіма суб'єктами фармацевтичного бізнесу в Україні. Так, у 1991–1995 рр.

¹ Ваше здоров'я. 15 червня 2001. С. 3.

² Ваше здоров'я. 4 січня 1991. С. 9.

³ Паліативна та хоспісна допомога в Україні // Громадський простір. URL: <https://www.prostir.ua/?news=paliativna-ta-hospisna-dopomoha-v-ukrajini-mynule>

АТ «Гедеон Ріхтер» працювало в Києві у складі ТОВ «Медімпекс». З 1997 р. відкрито самостійне представництво заводу «Гедеон Ріхтер». Угорський виробник ліків зробив великий внесок у виконання Національної програми «Діти України»: надання гуманітарної допомоги дитячим лікарням, школам, інтернатам¹. Того ж року італійська фірма «Біочине СпА» відкрила представництво в Києві для постачання вакцини. У квітні 1997 р. почало діяти спільне словацько-українське фармацевтичне підприємство «У-Фарма», засновниками якого були «Київмедпрепарат» (найбільший і найстарший виробник антибіотиків в Україні) та найпотужніша фармацевтична фірма Словаччини «Словакофарма»². На український фармацевтичний ринок вийшла французька компанія «ЄвроМедекс» — виробник біомедичної продукції і засобів, що використовуються в наукових медичних дослідженнях³.

Важливу роль у розбудові медичної галузі відігравав потужний науковий потенціал системи охорони здоров'я України. 1993 р. створено Академію медичних наук України. Актуальні проблеми медицини вирішували 35 інститутів Академії медичних наук України і 22 наукових заклади Міністерства охорони здоров'я України (Запорожченко, А. 2019, с. 21). Для підвищення ефективності наукового потенціалу медицини 18 науково-дослідних установ системи Міністерства охорони здоров'я 2001 р. передано до складу Академії медичних наук України⁴. Окрім того, для вирішення актуальних проблем медицини й охорони здоров'я у вищих навчальних закладах проводилися наукові дослідження, семінари, конкурси, конференції за участю закордонних учених.

Важливим у системі охорони здоров'я України залишалося вдосконалення кадрової політики, стратегічним завданням якої було покращити кадрове забезпечення медичної галузі з урахуванням сучасних соціально-економічних умов і реальних потреб. Відповідно, для вирішення цих завдань було оптимізовано обсяги підготовки медичних працівників, удвічі скорочено державне замовлення, яке компенсоване підготовкою фахівців за позабюджетні кошти, введено нові спеціальності (тільки 2000 р. — 91 форма підготовки), створено єдині навчальні програми та плани підготовки лікаря загальної практики на медичних факультетах вишів. Розширено географію підготовки провізорів та сімейних лікарів, створено кафедри сімейної медицини у вишах Києва, Одеси, Харкова, Тернополя, Полтави⁵.

Отже, після проголошення незалежності Україна оптимістично взяла курс на євроінтеграцію та поринула в період економічних, політичних, соціальних перетворень. На виході з нього вбачалася чітка мета — досягти рівня

¹ Ваше здоров'я. 5 липня 1997. С. 9.

² Ваше здоров'я. 16 квітня 1997. С. 1.

³ Ваше здоров'я. 9 вересня 1997. С. 2.

⁴ Ваше здоров'я. 24 серпня 2002. С. 2.

⁵ Ваше здоров'я. 24 серпня 2002. С. 2.

високорозвиненої європейської країни, де провідне місце належить правам і свободам індивіда. Відповідно, орієнтир на базові європейські цінності зумовили трансформації в системі охорони здоров'я України. Для побудови нової стратегії вдосконалення системи охорони здоров'я України корисним став досвід країн з найвищим рейтингом показників тривалості життя, проте неможливо виділити жодної держави, здобутки якої доцільно було б повністю адаптувати до українських реалій.

Стан системи охорони здоров'я України в 1991–2001 рр. визначався високими показниками захворюваності, смертності та інвалідності. Не менш якісною ознакою розвитку медицини є інфраструктура медичних закладів, яка в перше десятиліття незалежності України значно скоротилася. Про кризове становище здоров'я громадян України свідчать основні демографічні показники порівняно зі статистичними даними Міжнародної організації «World Bank Group», зокрема: середня очікувана тривалість життя, співвідношення кількості новонароджених і померлих, індекс людського розвитку. Фінансова й економічна ситуація в медичній галузі не сприяла отриманню доступної та високоякісної медичної допомоги для широких верств населення. В умовах кризи української економіки та дефіциту коштів на фінансування охорони здоров'я комплексно-цільові програми не дали бажаної ефективності, тому розбудова вітчизняної системи охорони здоров'я потребувала виведення її на якісно новий рівень.

Вивчення матеріалів про особливості розвитку охорони здоров'я в Україні в перше десятиріччя незалежності України дає підстави зробити висновок про доцільність активізувати пошуки документальних джерел, які б дали можливість висвітлити зарубіжний досвід в досліджуваній період із надання медичних послуг у межах державного сектора системи охорони здоров'я, зокрема, розвиток різних форм соціального медичного страхування та надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини.

Білинська, М. М., ред. 2012. *Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні*. Львів: НАДУ.

Запоржченко, А. 2019. Особливості розвитку охорони здоров'я в Україні 1950–2000 рр. *Юридичний вісник*. № 3. С. 18–23.

Князевич, В. М. 2008. Розвиток національної системи охорони здоров'я: стан, Перспективи та шляхи розбудови. *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. № 3 (3). С. 23–37.

Ковпак, Л. В. 2003. *Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині ХХ ст. (1945–2000 рр.)*. Київ: Ін-т історії України НАН України.

Кульчицька, Т. К. 2003. Особливості захворюваності підлітків. *Панорама охорони здоров'я населення України*. Київ: Здоров'я. С. 56–59.

Москаленко, В. Ф., ред. 2012. *Громадське здоров'я*: підруч. для студ. вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації. Вінниця: Нова Книга.

Солоненко, І. М. & Рожкова, І. В. 2008. *Управління організаційними змінами у сфері охорони здоров'я*: монографія. Київ: Фенікс.

Стешенко, В. С. и др. 1990. *О некоторых направлениях демографической политики в сфере рождаемости. Демографические исследования* сб. науч. тр. Вып. 14.

Черних, В. П. 2002. Фармацевтична галузь за роки незалежності України. *Вісник фармації*. № 3. С. 3–12.

Bilynska, M. M. ed. 2012. *Derzhavne upravlinnia reformuvanniam systemy okhorony zdorovia v Ukraini [Public Administration of Health Care Reform in Ukraine]*. Lviv: NADU. [in Ukrainian].

Zaporzhchenko, A. 2019. Osoblyvosti rozvytku okhorony zdorovia v Ukraini 1950–2000 rr. [Features of Health Care Development in Ukraine in 1950–2000]. *Yurydychnyi visnyk*. № 3. S. 18–23. [in Ukrainian].

Kniazevych, V. M. 2008. Rozvytok natsionalnoi systemy okhorony zdorovia: stan, Perspektyvy ta shliakhy rozbudovy. [Development of the national health care system: state. Prospects and ways of development]. *Shkhidnoievropiskiy zhurnal hromadskoho zdorovia*. № 3 (3). S. 23–37. [in Ukrainian].

Kovpak, L. V. 2003. *Sotsialno-pobutovi umovy zhyttia naseleння Ukrainy v druii polovyni XX st. (1945–2000 rr.)*. [Social and Living Conditions of the Population of Ukraine in the Second Half of the Twentieth Century (1945–2000)]. Kyiv: In-t istorii Ukrainy NAN Ukrainy. [in Ukrainian].

Kulchytska, T. K. 2003. *Osoblyvosti zakhvoriuvanosti pidlitkiv. Panorama okhorony zdorovia naseleння Ukrainy*. [Features of Adolescent Morbidity. Panorama of Public Health in Ukraine]. Kyiv: Zdorovia. S. 56–59. [in Ukrainian].

Moskalenko, V. F., ed. 2012. *Hromadske zdorovia [Public Health]*: pidruch. dlia stud. vyshch. med. navch. zakl. IV rivnia akredytatsii. Vinnytsia: Nova Knyha. [in Ukrainian].

Solonenko, I. M. & Rozhkova, I. V. 2008. *Upravlinnia orhanizatsiynymy zminamy u sferi okhorony zdorovia [Managing Organizational Change in Health care]*: monohrafiia. Kyiv: Feniks. [in Ukrainian].

Steshenko, V. S., ed. 1990. *O nekotorykh napravleniyakh demohrafycheskoi polytyky v sfere rozhdaemosti* [About Some Directions of Demographic Policy in the Field of Fertility]. *Demohrafycheskye yssledovaniya*: sb. nauch. tr. Vyp. 14. [in Ukrainian].

Chernykh, V. P. 2002. *Farmatsevtichna haluz za roky nezalezhnosti Ukrainy*. [Pharmaceutical Industry During the Years of Ukraine's Independence]. *Visnyk farmatsii*. № 3. S. 3–12. [in Ukrainian].