

УДК (94+61)(477.4)

А. В. Шауренко

## ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ 1991–2005 рр. (НА ПРИКЛАДІ ВІННИЦЬКОЇ, КІРОВОГРАДСЬКОЇ, ЧЕРКАСЬКОЇ ОБЛАСТЕЙ)

*У статті розглядаються основні проблеми розвитку сільської медицини 1991-2005 рр. на прикладі центральних областей України. Мета роботи полягає у характеристиці основних показників системи охорони здоров'я сільського сектору та способи їх покращення. На основі вперше введених у науковий обіг документів і матеріалів розглядаються загальні тенденції змін у сільській медицині протягом окресленого періоду. Значна увага приділяється статистичним даним у розрізі районів. Узагальнюючи підготовлений матеріал, зазначаємо, що труднощі економічного характеру в системі охорони здоров'я, що затягались у часі, негативно впливали на здоров'я сільських жителів.*

**Ключові слова:** медицина, охорона здоров'я, село, населення, фельдшерсько-акушерський пункт, аптека, ліки, здоров'я.

Україна має давні традиції розвитку медицини. Розв'язанню складного завдання охорони здоров'я населення в Україні приділяється велика увага, воно стоїть серед пріоритетів соціально-економічного розвитку.

Серед найважливіших напрямків державної політики незалежної України від початку 90-х рр. було реформування системи охорони здоров'я. Ситуація потребувала постійного вдосконалення, адже фінансування системи охорони здоров'я із державного бюджету відбувається за залишковим принципом. Витрати йшли, як правило, на оплату праці медиків, частково на медичні препарати та інструменти. Медицина ж на селі залишалася без оновлень, і про забезпечення кваліфікованими кадрами не йшла мова.

Проблеми у сфері охорони здоров'я сільських населених пунктів України з часів проголошення незалежності та до початку XXI ст. досліджувались у комплексі з іншими питаннями соціально-економічного та побутового характеру такими науковцями, як Л. В. Ковпак [4], М. К. Орлатий [10], В. А. Смолій [3] та ін.

У регіональному розрізі, зокрема території Вінницької, Кіровоградської та Черкаської областей, комплексно не досліджували, тому основним матеріалом для написання роботи слугували першоджерела. Серед них – нормативно-правові документи, програми та звіти Управління охорони здоров'я та курортів Вінницької ОДА, Управління охорони здоров'я Кіровоградської ОДА, Управління охорони здоров'я Черкаської ОДА та періодичні видання.

Метою роботи є характеристика проблем та перспективи розвитку сільської медицини з часу проголошення незалежності України до 2005 р.

Українська незалежна держава потребувала створення власної раціональної структури медичних закладів і установ загальнодержавного й місцевого рівня. Постало завдання значного підвищення ефективності організації медичного забезпечення, поліпшення якості медичного обслуговування, його наближення до найкращих міжнародних стандартів. Поліпшення системи охорони здоров'я стало надзвичайно важливою справою для країни, яка прийняла головний удар Чорнобильської катастрофи.

Стратегічними цілями державної політики в Україні було і є збереження і зміцнення здоров'я населення, поліпшення медико-демографічної ситуації, подовження тривалості життя та ін. В основу роботи системи охорони здоров'я було покладено забезпечення конституційних прав громадян на отримання доступної та якісної медичної допомоги відповідно до Конституції України 1996 р., базою якої стали Основи законодавства про охорону здоров'я [5].

Відповідно до Статті 4 "Основи законодавства України про охорону здоров'я", найважливішими принципами цієї галузі стали:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямком діяльності суспільства і держави, одним із головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини у сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;
- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я та медичної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;
- запобігально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний та медичний підхід до охорони здоров'я;

– багатоканальність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій із демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;  
– децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і догівірній основі [7].

Період реформувань збігся в часі з економічною кризою, з економічною нестабільністю. Селяни, які звикли до консервативного способу життя, виявилися не готовими до зміни усталених порядків і, відповідно, безпомічними перед проблемами, тому з важкістю сприймали нововведення з боку держави.

Уже в середині 90-х рр. Вінницька обласна Рада депутатів озвучила стурбованість поглибленням кризової ситуації, що виникла в закладах охорони здоров'я з причин обмеженого фінансування з державного бюджету. Обсяги фінансування ставлять під загрозу роботу державних, медичних закладів у повному обсязі: зростає кредиторська заборгованість постачальникам (на 1 травня 1996 р – 19% бюджету), виплата заробітної плати медикам затримується на три місяці, зовсім не фінансуються видатки для поліпшення бази лікувально-профілактичних установ, оснащення їх необхідним інвентарем та обладнанням. Фактичні витрати на одного стаціонарного хворого на харчування зменшилися від натуральних норм у 3,5 рази. За таких умов лікування не давало необхідного ефекту [9, с.3].

Труднощі економічного характеру поєднуються з негативними тенденціями в демографічній ситуації та здоров'ї населення областей і тривожною епідеміологічною обстановкою.

За роки незалежності українське село скоротилося на 1 млн. осіб, а це майже 50% від загальної кількості скорочення жителів нашої держави. У 90-ті роки ХХ ст. коефіцієнт природного скорочення становив 3,4 на 1000 осіб, а у 2005 році – 10,3. Лише у Черкаській області за період з 1991 по 1995 роки щорічне скорочення сільського населення в середньому складало 8,5 тис. осіб, за період з 1996 по 2000 роки – 9,2 тис. осіб щорічно, протягом 2001 – 2004 рр. – 9,9 тис. На початок 2005 р. природне скорочення населення відбувалось у всіх районах області, що є наслідком низької народжуваності і високої смертності. За 2001 – 2004 рр. в 799 населених пунктах (97% від їх загального числа) кількість померлих перевищувала кількість народжених. У 65 (7,9% загального числа) сільських населених пунктах Черкащини зовсім не було народжених. У 1991 – 1995 рр. таких населених пунктів було 50 або 60%. Найбільше таких сіл у Городищенському – 24,1 % від загальної кількості по району, у Кам'янському – 20,7 % та в Кіровоградському – 15% [11].

Постаріння населення є головною, але не єдиною причиною росту смертності. Органи охорони здоров'я повинні знати всі особливості динаміки причин та структури смертності. Висновки необхідні для визначення пріоритетів у наданні медичної допомоги, адже смертність зростає серед людей не тільки похилого віку, але й працездатного. Збільшується смертність від захворювань органів кровообігу, дихання, від нещасних випадків, травм, отруєнь. Смертність серед чоловіків працездатного віку вища, ніж серед жінок. Смертність сільського населення значно вища від міського.

Знижується рівень народжуваності, зростає загальна смертність. Ріст інфекційної патології, в тому числі дифтерії, туберкульозу, сифілісу, сальмонельозу, інфекційного гепатиту, потребує складної роботи медичних закладів, органів виконавчої влади, а також відповідних фінансових затрат. Поширюється наркоманія, алкоголізм та психічні розлади. Спостерігається значне підвищення рівня інвалідності сільських жителів, головною причиною якої є наслідки аварії на Чорнобильській АЕС.

За статистику, протягом 1995 – 2000 рр. на 17,2% збільшилася кількість хворих на інфекційні та паразитарні захворювання, на 22,3% – хвороби ендокринної та імунної систем, на 24,2% – уроджені патології, у 1,5 рази – крові і кровотворних органів. Серед проблем охорони здоров'я особливе місце посідає профілактика серцево-судинних захворювань. Це проблема номер один для сучасної медицини.

У Вінницькій області на 1998р. склалася така ситуація, коли діагностика гострих форм ішемічної хвороби, особливо сільській місцевості, не витримує ніякої критики. У Тростянецькому та Хмільницькому районах діагностики гострих та підгострих форм ішемічної хвороби серця взагалі нема, а в Ямпільському і Томашівському районах вона реєструється тільки посмертно [6, с.3].

Свої особливості захворюваності мала кожна група сільських жителів залежно від професійної діяльності. Проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинною та нервовою системами були у тих, хто мав справу з пестицидами, міңдобривами та хімікатами. У доярок, працівників ферм були поширені хвороби опорно-рухового апарату. Трактористи, комбайнери, механізатори страждали гіпертонією, ішемічною хворобою серця та хворобами легень.

Бюджетні проблеми не вирішилися і на початку ХХІ ст. Незважаючи на державні повноваження управління у плані формування політики охорони здоров'я в регіонах, окремі районні та сільські органи влади та місцевого самоврядування свідомо йшли на скорочення закладів охорони здоров'я та медичного персоналу сільської мережі, порушуючи при цьому права людини. За таких умов обслуговування жителів села практично стало на шлях загрози виконання Державного завдання щодо сімейної медицини.

Ліквідувати чи реорганізувати лікарську амбулаторію чи дільничну лікарню тільки через те, що сільська рада не може наповнити бюджет і забезпечити їх утримання, – це найкоротший шлях до підвищення рівня захворюваності та смертності.

Відповідно статистиці, упродовж 1991 – 2004рр. у сільській місцевості Кіровоградської області на чверть зросла кількість сільських поселень, які не мали ніяких лікарняних закладів. Серед них у 91% (374 од.) не здійснювалося і виїзне медичне обслуговування. Відбулося скорочення лікарів майже вдвічі, фельдшерсько-акушерських пунктів – на 8,3% та значно погіршився стан споруд, у яких вони працюють [12].

Наприклад, за показниками Кіровоградського оргметодвідділу обласної лікарні, в мережі лікувально-профілактичних закладів області протягом 1995 р. відбулися такі зміни: 14 дільничних лікарень реорганізовано в сільські лікарські амбулаторії, одна сільська лікарська амбулаторія закрита.

Залишається низький рівень забезпеченості кадрами сільських лікарських дільниць: на кінець 1995 р. дві дільничні лікарні (Якимівська Маловисківського району і Братолюбівська Долинського району) та шість сільських лікарських амбулаторій (Володимирівська Кіровоградського району, Інгулокам'янська Новгородківського району, Калниболотська, Покотилівська, Тернівська Новоархангельського району, Зеленська Петрівського району) не мають жодної зайнятої лікарської посади, крім стоматолога [8, с.6]. У 2005 р. 14 сільських лікарських амбулаторій не мали жодної зайнятої посади лікаря

Крім того, за 2001 – 2004 рр. у селах Кіровоградської області не було введено в експлуатацію жодного закладу охорони здоров'я [1, с.6].

Проведене нами соціологічне дослідження рівня життя сільського населення центральних областей України (Вінницької, Кіровоградської, Черкаської) показало, що зі 130 сільських жителів з різних районів лише 25,4% мають лікарню у своєму населеному пункті, ще 70,8 % звертаються по медичну допомогу до медичного пункту (фельдшерсько-акушерські пункти), а 6,9% взагалі не мали медичних установ за місцем проживання [2].

Як наслідок, більшість респондентів не мали можливості отримувати якісну медичну допомогу за місцем проживання внаслідок відсутності медичної установи, що пояснює значне скорочення чисельності медпрацівників у сільській місцевості. Це визначило і суб'єктивне відчуття погіршення рівня життя за можливістю отримувати послуги закладів охорони здоров'я. В умовах згортання мережі закладів охорони здоров'я, скорочення чисельності медичних працівників, високої вартості послуг порівняно з доходами, проблематичним стає не тільки зміцнення здоров'я селян, збільшення середньої тривалості їхнього життя, забезпечення високої працездатності, а й навіть його підтримання та недопущення погіршення.

За даними Держкомстату України, на 2000 р. 26,5% сіл по всій території нашої держави (а це 7594) не мали лікарняних закладів та пересувного обслуговування. А кількість станцій швидкої допомоги становила 207 об'єктів.

Слабкою залишалась і мережа аптек: за результатами опитування, 43,1% респондентів підтвердили наявність у своєму селі аптеки з часів проголошення незалежності України, а це означає, що в кожному другому селі люди не мають можливості придбати ліки. На питання "Як вирішується проблема купівлі медикаментів?" більшість відповіли, що їздять по них у сусіднє село (9,2%) та до райцентру (44,6%). Звучали і відповіді про самолікування, оздоровлення природним шляхом, народну медицину та роботу "бабок-цілителів" [2].

Матеріально-технічна база охорони здоров'я медичним устаткуванням, інструментами, інвентарем, медикаментами першої необхідності залишалась низькою навіть в обласних центрах, тоді як про село годі було й мріяти. Сільська медицина розміщувалась у непристосованих приміщеннях, більшість функціонували без мережевого газу та гарячої води.

Офіційно, після проголошення незалежності України, державна політика у сфері охорони здоров'я потребувала здійснення комплексу державних і галузевих заходів та передбачала:

- поетапне збільшення державних асигнувань у сферу охорони здоров'я, їх ефективне використання;
- забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення, переорієнтацією охорони здоров'я на суттєве посилення заходів із запобігання захворюванням, зниження ризиків для здоров'я людини, що пов'язані з забрудненням та шкідливим впливом чинників довкілля;
- вирішення проблем гігієни та безпеки праці, профілактики виробничого травматизму та професійних захворювань;
- створення умов для формування та стимулювання здорового способу життя, вдосконалення гігієнічного виховання і навчання, особливо дітей та молоді;
- посилення боротьби зі шкідливими звичками;
- розвиток фізичної культури і спорту;
- забезпечення раціонального збалансованого харчування населення;
- здійснення активної демографічної політики, спрямованої на стимулювання і зниження смертності, збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я населення, а також соціальної політики підтримки молоді та захисту інвалідів і людей похилого віку;
- удосконалення системи соціального та правового захисту медико-фармацевтичних працівників залежно від рівня їхньої кваліфікації, обсягів, якості, складності, ефективності та умов виконуваної роботи;
- інтенсивний розвиток медичної та фармацевтичної промисловості, в тому числі приладобудування, виробництва лікарських засобів та виробів медичного призначення, здешевлення їхньої вартості [10, с.6].

На жаль, на практиці, майже всі вищеперераховані позиції реалізовувались частково.

Таким чином, з метою покращення демографічної ситуації у сільській місцевості центральних областей нашої держави та України загалом, для стабільності у галузі охорони здоров'я слід звернути увагу на реорганізацію фельдшерсько-акушерських пунктів та їх створення у населених пунктах, де мешкає понад 500 осіб. Має бути реалізовано рівний доступ до надання першої медичної допомоги та забезпечення лікувально-профілактичних заходів необхідними матеріально-технічними засобами. Слід створити сприятливі умови для роботи медичного персоналу в селах та проводити ефективну кадрову політику. Необхідне створення та впровадження Державних цільових програм загальноукраїнського та регіонального рівнів для покращення медицини на селі.

#### Джерела та література

1. Деякі показники здоров'я та діяльності лікувально-профілактичних закладів Кіровоградської області за 2005 р. / Обласний центр медичної статистики – Кіровоград: ОЦМС, 2006. – 10 с.
2. За результатами соціологічного опитування "Побут та дозвілля сільського населення України 1991-2005 рр.", проведеного аспірантом Уманського державного педагогічного університету імені Павла Тичини Шауренко А. В на території Вінницької, Кіровоградської, Черкаської областей.
3. Історія українського селянства: Нариси в 2-х т. / НАН України; Інститут історії України / В. А. Смолій (відп. ред.) – К.: Наук. думка, 2006. – Т.2. – 653 с.
4. Ковпак Л. В. Соціально-побутові умови життя населення України в другій половині ХХ ст. (1945-2000 рр.) / Л. В. Ковпак. – К.: НАН України, Інститут історії України, 2003. – 250 с.
5. Конституція України // Відомості Верховної Ради України. – №30 від 23 липня 1996. – С. 381-417.
6. Медики підбивають підсумки // Медицина Вінниччини. – №2(36) – лютий 1998.
7. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 // Відомості Верховної Ради. – 1993. – № 4. – С.19
8. Показники здоров'я населення та діяльність установ охорони здоров'я Кіровоградської області за 1995 р. / Кіровоградська обласна лікарня – Кіровоград: Обласна лікарня, 1996. – 13 с.
9. Про заходи щодо подолання кризового стану в здоров'ї охорони області. // Медицина Вінниччини – №6 – червень 1996.
10. Розвиток галузей соціально-культурного призначення в сільській місцевості / за ред. М. К. Орлатого. – К.: УАДУ, 2003. – 60 с.
11. Соціально-економічне становище сільських населених пунктів Черкаської області: Статистичний збірник. – Черкаси: ГУС у Черкаській області, 2006. – 227 с.
12. Статистичний бюлетень "Соціально-економічне становище сільських населених пунктів Кіровоградської обл. станом на 1 січня 2001 р. – Кіровоград: КОУС, 2001.

**Шауренко А. В. Проблемы и перспективы развития сельской медицины 1991–2005 гг. (на примере Винницкой, Кировоградской, Черкасской областей).**

*В статье рассматриваются основные проблемы развития сельской медицины 1991-2005 гг. на примере центральных областей Украины. Цель работы заключается в характеристике основных показателей системы здравоохранения сельского сектора и способы их улучшения. На основе впервые введенных в научный оборот документов и материалов рассматриваются общие тенденции изменений в сельской медицине в течение обозначенного периода. Значительное внимание уделяется статистическим данным в разрезе районов. Обобщая подготовленный материал, отмечаем, что трудности экономического характера в системе здравоохранения, которые задержались во времени, отрицательно влияли на здоровье сельских жителей.*

**Ключевые слова:** медицина, здравоохранение, село, население, фельдшарсько-акушерский пункт, аптека, лекарства, здоровье.

**Shaurenko A. V. Problems and perspectives of rural healthcare within 1995-2006 (with examples of Vinnytsia, Kirovohrad and Cherkasy regions).**

*Major problems of development of the rural healthcare system between 1991 to 2005 with examples of central regions of Ukraine are being considered. The objective was to characterise results of activity of the rural health care and ways of its improvement. On the basis of established documents and materials in the scientific circulation, there are considered tendencies in development of the rural medicine during the fore mentioned period of time. The sectional statistic data of districts was regarded. Summarising the material, we can point out the fact that time-expanded economic troubles caused certain effects that have negative influence on the rural community.*

**Keywords:** medicine, health care, rural area, population, first-aid station, chemist's shop, medication, health.

УДК 94(477):323.1(=512.19)"1991/2004"

**В. В. Ширай**

## **ДІЯЛЬНІСТЬ ОРГАНІВ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ УКРАЇНИ ЩОДО ПРАВОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РЕПАТРІАЦІЇ КРИМСЬКИХ ТАТАР У 1991–2004 рр.**

*На основі документальних джерел і досягнень історіографії здійснено аналіз та систематизацію форм і методів діяльності органів державної влади України з репатріації кримськотатарського народу. Розглянуто механізми створення нормативно-правової бази України щодо вирішення проблем облаштування депортованих громадян на території Автономної Республіки Крим. Показано проблеми, що виникали в результаті взаємодії офіційного Києва та влади автономії. Досліджено зусилля Української держави у забезпеченні діалогу з органами самоврядування кримських татар.*

**Ключові слова:** Автономна Республіка Крим (1991–2004), кримські татари, депортовані, репатріація, інтеграція, облаштування.

Однією із найбільш гострих і кричущих етнонаціональних проблем сучасності є становище кримськотатарських татар, спричинене російською окупацією АР Крим, в результаті чого на карту поставлено саме існування народу із унікальною етнічною, мовною та релігійною самобутністю.