



DOI: <http://dx.doi.org/10.12775/EO.2019.008>

Olena Dudnyk  
Anna Szaurenko  
Ludmiła Krywa

(Państwowy Uniwersytet Pedagogiczny  
im. Pawła Tytyny w Humaniu,  
Ukraina)

## Rozwój opieki zdrowotnej na Ukrainie (lata 90. XX– –początek XXI w.)

**Kluczowe słowa:** historia medycyny; opieka zdrowotna; bezpieczeństwo zdrowotne; polityka państwa; reforma

**Keywords:** history of medicine; health care; health security; public policy; reform

Międzynarodowa praktyka i ukraińskie ustawodawstwo definiują opiekę zdrowotną jako system środków skierowanych na zachowanie i rozwój funkcji fizjologicznych i psychologicznych człowieka, stworzenie mu optymalnych warunków do podjęcia pracy i aktywności społecznej. Ten szeroki wachlarz problemów wchodzi w zakres kompetencji państwa i jego różnych instytucji. Tym samym stan systemu ochrony zdrowia jest jednym z priorytetów rozwoju społeczno-gospodarczego kraju i stanowi odzwierciedlenie polityki państwa.

Problem opieki zdrowotnej na Ukrainie na przełomie XX i XXI w. zbadać dotychczas tylko częściowo – fragmentarycznie albo w połączeniu z innymi kwestiami o charakterze społeczno-ekonomicznym lub odnoszącymi się do życia codziennego. Aktualność badania jest uwarunkowana brakiem w historiografii ukraińskiej specjalistycznego opracowania poświęconego wskazanemu problemowi. W niniejszym artykule spróbujemy

przedstawić główne etapy i specyfikę rozwoju opieki zdrowotnej w okresie kształtowania się ukraińskiej niepodległości.

Światowa nauka medyczna ustaliła cztery grupy czynników, które kształtują zdrowie człowieka, oraz ich udział w tym procesie:

- 1) system opieki zdrowotnej – 7–10%;
- 2) genetyka (dziedziczność) – 20%;
- 3) środowisko naturalne – 20%;
- 4) tryb życia – ponad 50%<sup>1</sup>.

Na początku lat 90. XX w. na Ukrainie zaczęło się spowolnienie tempa wzrostu gospodarczego. Tendencja ta negatywnie odbiła się na wszystkich branżach gospodarki krajowej, w tym na systemie opieki zdrowotnej. Ukraińskie niepodległe państwo wymagało stworzenia własnej racjonalnej struktury zakładów i instytucji medycznych na poziomie krajowym i lokalnym. Stanęło przed wyzwaniem poprawienia jakości usług medycznych, znacznego podniesienia skuteczności organizacji systemu opieki zdrowotnej zgodnie z najlepszymi międzynarodowymi standardami. Usprawnienie systemu opieki zdrowotnej stanowiło niezwykle istotną kwestię dla państwa, które w największym stopniu ucierpiało w wyniku katastrofy elektrowni atomowej w Czarnobylu.

Po ogłoszeniu niepodległości Ukrainy w 1991 r. dla polityki państwa w zakresie opieki zdrowotnej konieczne stało się podjęcie szeregu działań, które miały doprowadzić do:

- stopniowego zwiększenia nakładów budżetowych w sferze opieki zdrowotnej i ich efektywnego wykorzystania;
- zapewnienia ludności bezpieczeństwa sanitarnego i epidemiologicznego;
- przekierowania opieki zdrowotnej na działania służące zapobieganiu chorobom, redukcji zagrożeń dla zdrowia ludzkiego wiążących się z zanieczyszczeniem i szkodliwym wpływem czynników środowiska naturalnego;
- rozwiązywania problemów higieny i bezpieczeństwa pracy, profilaktyki urazów i chorób zawodowych;
- stworzenia warunków do kształtowania i propagowania zdrowego trybu życia, doskonalenia higienicznego wychowania i edukacji, zwłaszcza dzieci i młodzieży;

---

<sup>1</sup> „Ваше здоров'я” 21–27.05.1994, s. 3.

- wzmocnienia walki z nałogami;
- rozwoju kultury fizycznej i sportu;
- zapewnienia racjonalnego zrównoważonego żywienia ludności;
- wdrażania aktywnej polityki demograficznej skierowanej na obniżenie poziomu umieralności oraz na zachowanie i wzmocnienie zdrowia reprodukcyjnego ludności, a także polityki socjalnej wspierania młodzieży, opieki osób niepełnosprawnych oraz starszych;
- udoskonalenia systemu ochrony socjalnej i prawnej pracowników branży medycznej i farmaceutycznej w zależności od poziomu ich kwalifikacji, zakresu, jakości, trudności, efektywności i warunków wykonywanej pracy;
- intensywnego rozwoju przemysłu medycznego i farmaceutycznego, w szczególności produkcji sprzętu medycznego, leków i wyrobów medycznych, obniżanie ich cen.

W praktyce jednak prawie wszystkie wymienione założenia zostały zrealizowane jedynie częściowo, gdyż okres reform zbiegł się w czasie z kryzysem gospodarczym i niestabilnością ekonomiczną państwa. Sfera medyczna nie była gotowa do radykalnych zmian i okazała się bezradna w obliczu licznych problemów, co utrudniało wdrażanie reform wprowadzanych przez państwo.

Pogorszenie stanu zdrowia narodu osiągnęło niebezpieczny poziom, który zagrażał nawet skompletowaniu wojska ze zdrowych żołnierzy. Przykładowo, według danych Głównego Zarządu Medycznego Sztabu Generalnego Zbrojnych Sił Ukrainy, tylko w 1993 r. wskutek różnych schorzeń z armii ukraińskiej zwolniono 8307 osób, a w ciągu 10 miesięcy 1994 r. – 5775, w tym w pierwszym roku służby – 3890<sup>2</sup>.

Szerzyła się narkomania, alkoholizm i choroby psychiczne. Obserwano znaczny wzrost poziomu niepełnosprawności, której główną przyczyną tkwiła w skutkach katastrofy w Czarnobylu. Obniżał się wskaźnik urodzeń, rosła ogólna śmiertelność. Szczególnie wzrosła liczba zgonów w wyniku chorób układu krążenia, dróg oddechowych, nieszczęśliwych wypadków, urazów i zatruc. Wzrost chorób zakaźnych, zwłaszcza dyfterytu, gruźlicy, syfilisu, salmonellozy, wirusowego zapalenia wątroby, wymagał skomplikowanej pracy zakładów opieki medycznej, organów władzy wykonawczej, a także odpowiednich nakładów finansowych.

---

<sup>2</sup> Т. К. Кульчицька, Т. С. Грузева, *Особливості захворюваності підлітків*, [w:] *Панорама охорони здоров'я населення України*, Київ 2003, s. 58.

Dane statystyczne wskazywały, że w latach 1995–2000 o 17,2% wzrosła liczba chorych na choroby zakaźne i pasożytnicze, o 22,3% – na choroby układów hormonalnego i odpornościowego, o 24,2% – na choroby wrodzone, o 1,5 raza – choroby krwi i organów krwiotwórczych<sup>3</sup>.

Do palących problemów należał stan opieki medycznej ludności wiejskiej. Brak możliwości świadczenia usług przez placówki opieki zdrowotnej prowadził do pogorszenia poziomu życia mieszkańców wsi. W sytuacji redukcji sieci zakładów medycznych, zmniejszenia liczebności personelu medycznego, wysokich kosztów usług w zestawieniu z dochodami ludności wyzwaniem było nie tylko zachowanie stanu zdrowia mieszkańców wsi, wydłużenie średniej długości ich życia, zapewnienia wysokiej zdolności do pracy, ale także niedopuszczenie do ich pogorszenia.

Baza techniczno-materiałowa, zaopatrzenie w sprzęt medyczny, narzędzia, podstawowe leki pozostawały na niskim poziomie nawet w miastach obwodowych, podczas gdy na wsi można było o tym tylko marzyć. Wiejskie placówki medyczne mieściły się w nieprzystosowanych pomieszczeniach, funkcjonując w większości bez podłączenia do sieci gazowej i gorącej wody. Problemy zacofania technicznego potęgowały się z roku na rok. Z powodu braku odpowiednich narzędzi lekarze ze szpitala rejonowego nie mieli możliwości poprawnego diagnozowania. Nawet jeśli placówka medyczna posiadała stary elektrokardiograf, który mógł być jeszcze przydatny do użytku, to brakowało odpowiedniego papieru do wydruków. Poziom świadczonych usług medycznych nie mógł zatem satysfakcjonować ani pacjentów, ani lekarzy. Państwo przeznaczało środki na wyżywienie chorych, podstawowe leki i materiały, wynagrodzenie personelu. Funduszy jednak brakowało na remont placówek, ich wyposażenie.

Aby zmienić opisaną sytuację, 3 stycznia 2002 r. ukazał się dekret Prezydenta Ukrainy O całościowych działaniach na rzecz poprawy usług medycznych ludności wiejskiej na lata 2002–2005, który wytyczył główne kierunki poprawy jakości opieki zdrowotnej ludności wiejskiej. Jednym z proponowanych rozwiązań było wprowadzenie instytucji lekarzy rodzinnych, jednak w warunkach upadku opieki medycznej na wsi, braku odpowiedniego przygotowania takich lekarzy oraz ogólnego niedofinansowania sektora medycznego szybka poprawa sytuacji budziła jednak poważne wątpliwości<sup>4</sup>.

<sup>3</sup> „Село і люди” 3.11.1995, № 45 (231), s. 4.

<sup>4</sup> Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського

Od pierwszych lat niepodległości Ukrainy dał się zauważyć kolejny problem – zmniejszenie ogólnej liczby ludności. Specjaliści podkreślają, że kryzys demograficzny na Ukrainie cechowała nie tylko depopulacja, ale i równoczesne pogorszenie jakości życia mieszkańców, przede wszystkim stanu ich zdrowia. Trudności procesu transformacji, słabość polityki gospodarczej, społecznej i humanitarnej w pierwszym okresie niepodległości ukraińskiej negatywnie wpłynęły na reprodukcję i rozwój kapitału ludzkiego. Na początku lat 90. średnia długość życia wynosiła 71 lat (66 lat u mężczyzn i 75 – u kobiet). Z tym wskaźnikiem na początku lat 90. ubiegłego wieku Ukraina zajmowała 52 miejsce na świecie<sup>5</sup>. Rozwój demograficzny definiowały m.in. stosunki rodzinne i małżeńskie, a także moralne i fizyczne zdrowie mieszkańców. Cechą badanego okresu było zmniejszenie liczby zawieranych związków małżeńskich oraz zmiana priorytetów młodych rodzin. Jeśli wcześniej wielodzietna rodzina była zjawiskiem powszechnym, to od początku lat 90. nie było to już priorytetem. Rosła liczba par tylko z jednym dzieckiem oraz bezdzietnych, także z powodu stanu zdrowia.

Na początku lat 90. ubiegłego wieku Ukraina zajmowała jedno z pierwszych miejsc w Europie pod względem liczby aborcji (1,5 raza więcej niż porodów). Na jedną rodzinę przypadało 1,5–1,6 dziecka, podczas gdy dla zastępowalności pokoleń wskaźnik ten musi wynosić 2,2 dziecka na rodzinę. Liczba dzieci na 1000 mieszkańców zmalała z 412 w 1989 r. do 403 w 1993 r., na terenach wiejskich stanowiła 797 osób na 1000 mieszkańców<sup>6</sup>. Po upływie czterech lat od uzyskania niepodległości, według wskaźnika rozwoju ludzkiego Organizacji Narodów Zjednoczonych, Ukraina spadła z 46 na 95 pozycję spośród ponad 170 państw, na co niemały wpływ miało pogorszenie stanu opieki medycznej<sup>7</sup>.

Zdrowie i dobrobyt ludności w znacznej mierze zależą od otaczającego środowiska. Ukraina w badanym okresie była najbardziej ekologicznie nieprzyjaznym państwem wśród byłych republik Związku Radzieckiego. Na 40% jej terytorium zanieczyszczenie było 2–3 razy wyższe niż średnio w Europie. Corocznie 110 000 zakładów przemysłowych i środków trans-

---

населення на 2002–2005 рр.: Указ Президента України від 3 січня 2002 р. №8/2002, [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/U008\\_02.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/U008_02.html), 15.12.2019.

<sup>5</sup> *Статистичний щорічник України за 2007 рік*, ред. О. Г. Осауленко, Київ 2008, s. 8.

<sup>6</sup> „Ваше здоров’я” 21–27.10.1995, s. 6.

<sup>7</sup> „Ваше здоров’я” 25.02–03.03.1995, s. 4.

portu emitowało dziesiątki milionów ton szkodliwych substancji. Ogółem na każdego mieszkańca Ukrainy przypadało średnio 300 kg substancji trujących (np. w Jenakijewie – 981 kg, Mariupolu – 1440 kg, Alczewsku – 1876 kg). Z 190 miast, w których monitorowano zawartość atmosfery, w 43 szkodliwe substancje chemiczne w powietrzu przekraczały dozwolone normy o 5–20 razy. Kijów znalazł się wśród 70 najbardziej nieprzyjaznych miast, a pod względem zanieczyszczeń emitowanych przez transport samochodowy zajął pierwsze miejsce. Tymczasem wieś borykała się z innym problemem – zanieczyszczeniem gruntu pestycydami (nawozy mineralne, chemiczne środki obrony roślin). Średni europejski wskaźnik nasycenia gruntu pestycydami wynosił wówczas 0,5 kg na ha, na Ukrainie zaś sięgał 3 kg, a w jej południowych regionach nawet 8–15 kg<sup>8</sup>.

Jednym z najważniejszych czynników niezbędnych do zachowania życia i zdrowia ludności jest zapewnienie pełnowartościowego żywienia oraz dostęp do bezpiecznych źródeł wody. Zmiany w sposobie odżywiania ukraińskiej ludności w latach 90. XX w., które należy wiązać z transformacjami społeczno-ekonomicznymi, obniżeniem stopy życiowej znacznej części społeczeństwa ukraińskiego, problemami ekologicznymi, skutkowały eliminowaniem (lub ograniczeniem) z diety szeregu biologicznie wartościowych produktów, ważnych składników odżywczych.

Rzeczywiste możliwości sektora opieki zdrowotnej nie odpowiadały potrzebom ludności w zakresie pomocy medycznej. Konieczne były poważne zmiany w systemie finansowania, wdrożenia nowych rynkowych metod zarządzania sektorem, szersze zaangażowanie podmiotów publicznych i prywatnych. Branża opieki zdrowotnej potrzebowała głębokich reform, co było niezbędnym warunkiem uzyskania pozytywnych rezultatów.

W realizacji nowych zadań w dziedzinie opieki zdrowotnej w niezależnej Ukrainie istotne znaczenie miało dostosowanie bazy normatywno-prawnej do nowych warunków społeczno-ekonomicznych. Radzieckie zasady, na których był zbudowany system pomocy medycznej na Ukrainie, okazały się już nieaktualne i potrzebowały istotnej korekty. W latach 1991–2009 w omawianej dziedzinie przyjęto 137 aktów normatywno-prawnych. Były to dekrety prezydenta, uchwały Gabinetu Ministrów, ustawy parlamentu, które sprzyjały reformowaniu branży.

Do strategicznych celów polityki państwowej Ukrainy w interesującej nas dziedzinie należy m.in. zachowanie i poprawa stanu zdrowia ludności,

<sup>8</sup> „Здоровье киевлян” июнь 1993, s. 2.

poprawa sytuacji demograficznej, wydłużenie długości życia. Za podstawę funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej uznaje się zapisane w Konstytucji Ukrainy z 1996 r. prawo obywateli do uzyskania dostępnej i jakościowej pomocy medycznej. Zapis ten opierał się na wcześniejszych Założeniach ustawodawstwa o opiece zdrowotnej z 19 listopada 1992 r.<sup>9</sup> W myśl art. 4 dokumentu sektor ten miał kierować się następującymi zasadami:

- uznanie opieki zdrowotnej za priorytetowy kierunek działalności społeczeństwa i państwa, za jeden z głównych czynników przetrwania i rozwoju narodu Ukrainy;
- przestrzeganie praw i wolności człowieka w zakresie opieki zdrowotnej i zapewnienia związanych z nią gwarancji państwowych;
- zapewnienie priorytetu wartości ogólnoludzkich nad interesami narodowymi, grupowymi, klasowymi lub partykularnymi, szczególnie ochrona medyczno-socjalna najbardziej wrażliwych warstw ludności;
- równouprawnienie obywateli, demokratyzacja i powszechny dostęp pomocy medycznej i innych usług medycznych;
- dostosowanie zadań do celów oraz poziomu rozwoju społeczno-ekonomicznego i kulturalnego społeczeństwa, wsparcie naukowe, zabezpieczenie materialno-techniczne i finansowe;
- ukierunkowanie na współczesne standardy zdrowia i pomocy medycznej, łączenie tradycji krajowych z międzynarodowymi osiągnięciami w zakresie opieki zdrowotnej;
- charakter prewencyjno-profilaktyczny, całościowe socjalne, ekologiczne i medyczne podejście do opieki zdrowotnej;
- wielokładowy system zarządzania opieki zdrowotnej i wielokanałowe jej finansowanie, łączenie świadczeń publicznych z demonopolizacją i stymulowaniem rozwoju sektora prywatnego oraz konkurencji;
- decentralizacja zarządzania państwowego, rozwój samorządności ośrodków i samodzielności pracowników medycznych na podstawie kontraktów.

W 1993 r. została uchwalona ustawa, której celem było zapewnienie mieszkańcom Ukrainy bezpieczeństwa sanitarnego i epidemiologicznego. Ustawa przyznawała obywatelom prawa do bezpiecznych dla zdrowia i ży-

---

<sup>9</sup> Основи законодавства України про охорону здоров'я: схвалено постановою Верховної Ради України від 19 листопада 1992 року № 2802-XII, <http://search.ligazakon.ua/ldoc2.nsf/link1/T280100.html> 15.12.2019.



cia artykułów żywnościowych, wody pitnej, warunków pracy, nauki, oświaty, wypoczynku i czystego środowiska naturalnego. W sposób szczególny podkreślono w niej zasadę, że zdrowie człowieka musi być oceniane także w wymiarze materialnym. W prawie bowiem określono zasady odszkodowania w pełnym wymiarze szkody wyrządzonej na zdrowiu człowieka wskutek naruszenia norm sanitarno-epidemiologicznych i higienicznych, a także rekompensaty za zagrożenia dla zdrowia, stwarzane przez działające przedsiębiorstwa lub inne czynniki środowiska naturalnego<sup>10</sup>.

W celu poprawy zdrowia mieszkańców Ukrainy w sytuacji ograniczonych środków finansowych w omawianym okresie opracowano szereg państwowych programów: „Planowanie rodziny”, „Zachowanie zdrowia osób w podeszłym wieku”, „Poprawa sytuacji kobiet, rodziny, ochrona macierzyństwa i dzieciństwa”, „Cukrzyca”, Narodowy program profilaktyki odpornościowej, Narodowy program zapobiegania AIDS i narkomanii itd. Skuteczna implementacja planowanych programów była jednak utrudniona właśnie ze względu na brak wystarczającego finansowania.

Główny instrument realizacji państwowej polityki w zakresie opieki medycznej dzieci w tym czasie stanowił państwowy program celowy „Dzieci Ukrainy”, zatwierdzony dekretem Prezydenta Ukrainy z 18 stycznia 1996 r. Miał on na celu m.in.: ustabilizowanie i dalsze obniżenie poziomu umieralności dzieci w wieku do 1 roku do 12 przypadków na 1000 żywych urodzeń; zwiększenie skali objęcia dzieci szczepieniami profilaktycznymi do 95%, co służyło wyeliminowaniu m.in. przypadków zgonów w wyniku dyfterytu; podniesienie poziomu karmienia niemowląt piersią w wieku do 4 miesięcy do 75%; obniżenie poziomu niepełnosprawności dziecięcej; zapewnienie każdemu dziecku prawa do uzyskania wykwalifikowanej pomocy lekarskiej; zredukowanie poziomu niedożywienia dzieci; połączenie wysiłków centralnych i miejscowych władz wykonawczych, instytucji i organizacji, działających na rzecz ochrony praw dzieci<sup>11</sup>.

Zadania wytyczone w omawianym programie zostały zrealizowane tylko częściowo. Największy postęp udało się osiągnąć w dziedzinie wskaźników immunizacji dzieci. W efekcie przyczyniło się to do ustabilizowania poziomu rozpowszechniania chorób zakaźnych, które udaje się skutecznie

<sup>10</sup> „Відомості Верховної Ради України (ВВР)” 1994, № 27, s. 218.

<sup>11</sup> Національна програма „Діти України”, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/63/96>, 20.12.2019.



zwalczać poprzez środki profilaktyki immunologicznej (w tym polio, dyfteryt, odra).

Sukcesy w walce z chorobami infekcyjnymi wieku dziecięcego były możliwe również dzięki konsekwentnej i systematycznej pracy instytucji publicznych w zakresie opracowania i wdrożenia Narodowego programu profilaktyki odpornościowej ludności na lata 1993–2000, zatwierdzonego uchwałą Gabinetu Ministrów Ukrainy z 21 kwietnia 1993 r.<sup>12</sup> Jednak cele określone w krajowych programach profilaktycznych nie zostały w pełnej mierze zrealizowane. Wśród osiągnięć można wymienić np. fakt, że Ukraina w 2002 r. uzyskała od WHO status państwa wolnego od polio, spadł poziom zachorowalności na dyfteryt, odrę czy wrodzoną różyczkę<sup>13</sup>.

Kryzys, który dotknął wszystkie dziedziny życia na Ukrainie, szczególnie odczuły na sobie osoby niepełnosprawne. Ogólna ich liczba na początku lat 2000 wynosiła 2 317 000 (4,7% ogólnej liczby ludności Ukrainy), w tym 1 300 000 mężczyzn to niepełnosprawni na skutek ciężkich chorób ogólnych, ponad 270 000 – inwalidzi wojenni i byli wojskowi, 237 000 – niepełnosprawni od dziecka. Co roku eksperckie komisje medyczno-socjalne uznawały za osoby niepełnosprawne ponad 200 000 osób, w tym 20% stanowiły osoby w wieku do 39 roku życia<sup>14</sup>. Państwo opracowało całościowy program pomocy dla osób niepełnosprawnych, skierowany na profilaktykę, wdrożenie działań na rzecz rehabilitacji medycznej, specjalnej czy poprzez pracę oraz przewidujący zatrudnienie osób niepełnosprawnych.

Znaczny pozytywny wpływ opieki zdrowotnej na zdrowie ludzkie jest możliwy do osiągnięcia przy zaistnieniu pewnych warunków funkcjonowania służby medycznej. Głównymi spośród nich są: przygotowanie wysoko wykwalifikowanych kadr medycznych, odpowiednie finansowanie i zaopatrzenie placówek medyczno-profilaktycznych w lekarstwa, materiały, sprzęty oraz stworzenie odpowiedniej sieci takich placówek, która gwarantuje ludności optymalny dostęp do opieki medycznej.

---

<sup>12</sup> Про затвердження Національної програми імунопрофілактики населення на 1993–2000 роки. Постанова Кабінету Міністрів від 21 квітня 1993 р. № 288, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/288-93-%D0%BF>, 20.12.2019.

<sup>13</sup> *Вакцинація від поліомієліту – один із пріоритетів громадського здоров'я*, 24.10.2018, <https://phc.org.ua/news/vakcinaciya-vid-poliomielitu-odin-iz-prioritetiv-gromadskogo-zdorovya>, 15.12.2019.

<sup>14</sup> „Ваше здоров'я” 3.12.1997, s. 3.

Wkroczenie Ukrainy w 1991 r. na drogę samodzielnego rozwoju wymagało nowego podejścia, nowych form w kwestii zaopatrzenia, ponieważ państwowy centralny system zaopatrzenia ulegał stopniowemu rozkładowi wskutek braku odpowiednich funduszy w budżecie państwa.

Kryzys gospodarczy z lat 1991–1994, zerwanie powiązań międzypaństwowych i gospodarczych, blokowanie wzajemnych rozliczeń z krajami Wspólnoty Niepodległych Państw (WNP) negatywnie wpłynęły na wyposażenie placówek medycznych. Jeśli przedtem w granicach ZSRR 350 zakładów produkowało sprzęty medyczne, to tylko piąta ich część była zlokalizowana na Ukrainie. Rosja była dostawcą m.in. aparatów rentgenowskich, urządzeń fizjoterapeutycznych, chirurgicznych, stomatologicznych, położniczo-ginekologicznych czy otolaryngologicznych. W październiku 1992 r. uchwałą Gabinetu Ministrów Ukrainy został zatwierdzony całociowy program „Technika medyczna Ukrainy”. Do produkcji sprzętów ortopedycznych, chirurgicznych, stomatologicznych i narzędzi zaangażowano 100 przedsiębiorstw, z których 33 działały w sektorze przemysłu obronnego. Wdrożono produkcję tomografów komputerowych.

W tym okresie na ukraińskim rynku aparatury medycznej dobrą pozycję zdobyły firmy zagraniczne: niemiecki Siemens, japońska Toshiba (aparaty diagnostyki ultradźwiękowej), amerykański Computing (kardiografy).

Od 1992 r. aktywnie działa ukraińskie zrzeszenie Medycyna Komputerowa, do którego należą 64 instytucje naukowo-badawcze, uniwersytety, towarzystwa naukowe, ośrodki medyczne i przedsiębiorstwa. Zadaniem zrzeszenia jest informatyzacja sektora medycznego: opracowanie informacyjno-analitycznych systemów zarządzania różnych poziomów – od rejonowego do krajowego; stworzenie standaryzowanego modułowego medycznego systemu informacyjnego dla instytucji różnych poziomów; opracowanie i wdrożenie specjalistycznych technologii telemedycznych. Pierwszym krokiem na drodze do informatyzacji opieki zdrowotnej było stworzenie krajowego rejestru osób poszkodowanych w wyniku awarii elektrowni w Czarnobylu (ok. 500 000 osób). W ocenie zagranicznych ekspertów ukraiński rejestr jest unikatowy<sup>15</sup>.

Konieczność całociowego podejścia do planowania i wprowadzania reform uzasadniała opracowanie Koncepcji rozwoju opieki zdrowotnej ludności Ukrainy z 2000 r., która określiła zasady i kierunki reformowania

---

<sup>15</sup> „Ваше здоров'я” 1.07.1998, s. 4.

branży na współczesnym etapie i stanowiła strategię rozwoju na przyszłe lata<sup>16</sup>. Po raz pierwszy w historii państwa powstał strategiczny dla branży medycznej dokument, zatwierdzony dekretem Prezydenta Ukrainy z dnia 7 grudnia 2000 r. Uwzględniając rzeczywisty stan zdrowia mieszkańców Ukrainy, dokument określał faktyczne zapotrzebowanie na główne rodzaje pomocy medycznej, precyzował normy kadrowe zakładów leczniczo-profilaktycznych.

Na początku XXI w. zajęto się uporządkowaniem i optymalizacją liczby łóżek szpitalnych, co umożliwiło zmianę struktury wydatków na bezpośredni proces leczniczo-diagnostyczny. Równocześnie uległy poprawie wskaźniki wykorzystania łóżek szpitalnych – całkowicie zasadnie spadł poziom hospitalizacji, wzrósł średni zakres użycia stacjonarnych łóżek, skróceniu uległa średnia długość pobytu chorych w szpitalach, obniżyły się ogólne wydatki sektora. Racjonalizacji wykorzystania łóżek szpitalnych sprzyjał rozwój dziennej opieki zdrowotnej w ambulatoriach, przychodniach i w domu.

Wzrost gospodarczy w drugiej połowie lat 90. ubiegłego wieku stymulował wiele pozytywnych zjawisk w ukraińskiej medycynie. Pojawiła się tendencja spadkowa umieralności dziecięcej. Wskaźnik ten w 1995 r. wynosił 14,7 przypadków na 1000 żywych urodzeń, w 1997 – 14, w 1998 – 12,8, w 1999 – 12,8, w 2000 – 11,9, w 2001 – 10,9 (według wstępnych danych). Przy wsparciu Funduszu Narodów Zjednoczonych na rzecz Dzieci (UNICEF) szeroko wdrażano inicjatywę Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „Szpital przyjazny dziecku”. Jedną z głównych zasad wspomnianego projektu był wspólny pobyt w szpitalu matki i dziecka, który zaprowadzono w połowie placówek położniczych. Fundusz finansował program karmienia piersią, w wyniku czego utworzono centra laktacyjne w Kijowie, Lwowie i Doniecku.

Kolejnym osiągnięciem był spadek wskaźnika umieralności matek – z 34,2 w 1991 roku do 20 (na 1000 żywych urodzeń) w 2001, czyli o 41,5%<sup>17</sup>.

W 2001 r. zatrzymano spadek przyrostu naturalnego ludności. W pięciu obwodach (kijowskim, donieckim, charkowskim, lwowskim i odeskim) współczynnik urodzeń przekroczył poziom umieralności. Inne regiony zbliżały się do tych wskaźników.

<sup>16</sup> „Ваше здоров’я” 12.12.2000, s. 2–3.

<sup>17</sup> „Ваше здоров’я” 15.06.2001, s. 2.

Stopniowo rozwijano wszystkie rodzaje pomocy specjalistycznej. Po raz pierwszy na Ukrainie wykonano transplantacje wątroby, serca, szpiku kostnego, rozpoczęto kardiochirurgiczne leczenie noworodków. Udało się wyhamować proces rozwoju inwalidyzacji, a także ustabilizować wskaźniki chorób onkologicznych, które były najniższe wśród krajów WNP.

Na początku XXI w. na Ukrainie został utworzony Ukraiński Państwowy Instytut Serca, pierwszy specjalistyczny oddział terapii stacjonarnej chorych na HIV/AIDS w Kijowskim Instytucie Epidemiologii i Chorób Zakaźnych im. Hromaszewskiego, Ukraiński Specjalistyczny Szpital Dziecięcy „Ochmatdyt”, neonatalne centra w Kijowie, Charkowie, Dniepropietrowsku.

Na początku lat 90. w wielkich miastach Ukrainy pojawiły się pierwsze prywatne kliniki oferujące płatne usługi medyczne. Pierwszym zwiastunem pod tym względem była klinika chirurgiczna Biofarmtech, utworzona przez spółkę akcyjną Kyjiw-Donbas. Personel kliniki liczył 30 pracowników<sup>18</sup>.

W 1996 r. na Ukrainie pojawiły się pierwsze hospicja: we Lwowie, Iwanofrankowsku i Korosteniu (obwód żytomierski). Zjawisko to łączyło się z nowymi wyzwaniem stojącymi przed młodym państwem. Począwszy od końca lat 90., nieobojętni przedstawiciele wspólnoty zawodowej i społeczeństwa ukraińskiego zaczęli zastanawiać się nad doskonaleniem form pomocy nie tylko pacjentom, ale i członkom ich rodzin. W 1997 r. na zapleczu Drugiego Oddziału Chorób Wewnętrznych Miejskiego Klinicznego Szpitala nr 2 w Kijowie podjęto pierwszą próbę utworzenia hospicjum. W 2000 r. powstała organizacja dobroczynna Hospicjum Świętej Barbary, założona przez miejskie Towarzystwo Czerwonego Krzyża przy wsparciu organizacji Patek.

Rozpoczęto reformowanie podstawowego ogniwa medyczno-sanitarne-go na zasadach medycyny rodzinnej. W 2001 r. na Ukrainie pracowało 1016 lekarzy rodzinnych, w tym 80% w medycynie wiejskiej. Zapotrzebowanie na nich było jednak zdecydowanie większe i sięgało 30 000. W 2000 r. we Lwowie odbył się I zjazd lekarzy rodzinnych, który potwierdził gotowość pracowników medycznych do pracy na tym polu.

Dynamicznie rozwijała się farmacja. W 2000 r. krajowe przedsiębiorstwa (Zdorowja (Charków), Medpreparat (Kijów), Biostymulator (Odessa)

---

<sup>18</sup> „Ваше здоров'я” 4.01.1991, s. 9.

i lwowskie Hałyczyna-Farm) wyprodukowały leki o łącznej wartości 1 700 000 UAH. W efekcie do sieci aptek na Ukrainie trafiało coraz więcej leków produkcji rodzimej, tańszych w porównaniu z importowanymi. Krajowi producenci realizowali jednak tylko piątą część rocznego zapotrzebowania na produkcję farmakologiczną. W sytuacji ograniczonych nakładów finansowych ze strony państwa pozytywną rolę odegrał tu kapitał prywatny.

Znaczne transformacje dokonały się w przemyśle medycznym. Jeśli przed 1991 r. wszystkie przedsiębiorstwa branży należały do państwa, to do 2001 r. 85% z nich zostało sprywatyzowanych lub przekształconych w inny sposób. W wielu przedsiębiorstwach przeprowadzono modernizację techniczną urządzeń do produkcji preparatów medycznych, co sprzyjało zwiększeniu skali produkcji i rozszerzeniu oferty leków<sup>19</sup>.

W latach 90. XX w. zagraniczne firmy farmaceutyczne, po dokładnej i całościowej analizie procesu kształtowania się ukraińskiego rynku leków, rozpoczęły współpracę ze wszystkimi firmami farmaceutycznymi na Ukrainie. Przykładowo w latach 1991–1995 firma Gedeon Richter S.A. działała w Kijowie w ramach spółki Medimpex. W 1997 r. otwarto samodzielne przedstawicielstwo tej firmy. Węgierski producent leków hojnie wsparł finansowo program „Dzieci Ukrainy”, udzielając pomocy szpitalom dziecięcym, internatom, szkołom<sup>20</sup>. W tym samym roku włoska firma Biocine S.A. otworzyła swoje przedstawicielstwo w Kijowie w celu dostarczania szczepionek. W kwietniu 1997 r. otwarto wspólne słowacko-ukraińskie przedsiębiorstwo farmaceutyczne W – Farma, utworzone przez Kyjiwmed-preparat – największy i najstarszy producent antybiotyków na Ukrainie – oraz duże przedsiębiorstwo farmaceutyczne ze Słowacji Slovakfarma. Na ukraiński rynek farmaceutyczny weszła też francuska firma Euromedex, zajmująca się produkcją materiałów biomedycznych i środków wykorzystywanych w badaniach naukowych z dziedziny medycyny.

Ważną rolę w procesie rozwoju branży odgrywał duży potencjał naukowy Ukrainy. W 1993 r. utworzono Narodową Akademię Nauk Medycznych Ukrainy (NAMNU). Aktualnymi problemami medycyny zajmowało się 35 instytutów NAMNU i 22 ośrodki naukowe Ministerstwa Zdrowia Ukrainy. By zwiększyć efektywność potencjału naukowego sektora me-

<sup>19</sup> „Ваше здоров’я” 15.06.2001, s. 2

<sup>20</sup> „Ваше здоров’я” 5.07.1997, s. 9.

dycznego, 18 instytucji naukowo-badawczych podległych Ministerstwu Zdrowia w 2001 r. weszło w skład NAMNU.

Badania naukowe dotyczące aktualnych problemów medycyny i opieki zdrowotnej prowadzono również w szkołach wyższych. Prawie co roku w uczelniach odbywały się na ten temat konferencje naukowe, z udziałem zagranicznych uczonych.

Do strategicznych zadań polityki kadrowej w pierwszej dekadzie niepodległości Ukrainy zaliczono m.in. udoskonalenie systemu zaopatrzenia branży w personel medyczny z uwzględnieniem współczesnych warunków społeczno-ekonomicznych oraz rzeczywistego zapotrzebowania. Zgodnie z nową „Koncepcją reformowania wyższego szkolnictwa medycznego i farmaceutycznego, podyplomowego” z 2000 r. zoptymalizowano zakres szkolenia kadr, dwukrotnie zredukowano zamówienia publiczne, co zrekomensowano przygotowaniem personelu ze środków pozabudżetowych. Wprowadzono też nowe specjalizacje na uczelniach medycznych, stworzono standardy kształcenia i programy przygotowujące lekarzy ogólnych na wydziałach medycznych. W okresie realizacji Programu „Dzieci Ukrainy”, w celu zapobiegania i leczenia wad wrodzonych u dzieci, do programów nauczania na uczelniach medycznych włączono zagadnienia z zakresu genetyki, utworzono też sieć ośrodków medyczno-genetycznych. Rozszerzono zakres przygotowania farmaceutów, rozpoczęto kształcenie lekarzy rodzinnych, utworzono katedry medycyny rodzinnej.

Pomoc finansową, materialną i humanitarną na rozwój opieki zdrowotnej na Ukrainie dostarczały też państwa Europy, Azji i Ameryki. Dla przykładu rząd Szwajcarii przekazał w sumie 6 700 000 CHF 123 szpitalom położniczym, 11 szpitalom dziecięcym oraz pięciu oddziałom dla wcześniaków na zakup urządzeń medycznych. W szwajcarskich szpitalach odbywali staże ukraińscy lekarze i pielęgniarki. W Połtawie pracowała grupa japońskich lekarzy oraz specjalistów medycyny naturalnej. Leczyli oni chorych na cukrzycę i choroby onkologiczne. Japońska firma Basis Association przekazała nieodpłatnie do dyspozycji stołecznej stacji pogotowia ratunkowego nowoczesny system łączności, co stwarzało nowe możliwości w komunikacji. W latach 1996–1997, dzięki wsparciu finansowemu Amerykańskiej Agencji Rozwoju Międzynarodowego przy rządzie Stanów Zjednoczonych, rozpoczęła się aktywna współpraca uczelni medycznych z Ukrainy i USA.

Przedstawiciele ukraińskiej diaspory włożyli wiele starań, wiedzy i pracy w stworzenie organizacji, fundacji, firm, które pomagały Ukrainie. Na

szczególnością uwagę zasługują: Fundacja „Pomagajmy Ukrainie” (tylko w latach 1992–1993 na pomoc ofiarom Czarnobyla przeznaczyła ponad 1 000 000 USD), Społeczna Służba Ukraińców Kanady (tylko w ramach jednej inicjatywy zakupu leków dla czarnobylskich inwalidów zebrano 500 000 000 karbowanów), Towarzystwo Zjednoczonych Kanadyjczyków Ukraińskich (corocznie pomagało zaopatrywać Instytut Eksperymentalnej Patologii, Onkologii i Radiobiologii Narodowej Akademii Nauk Ukrainy w niezbędne odczynniki), Ukraińska Państwowa Organizacja Kanady (ogólna wartość pomocy sięga 15 000 000 USD); Światowa Fundacja Ukraińskich Organizacji Lekarskich (tylko w latach 1995–1997 udzieliła ukraińskim placówkom medycznym i kulturalno-oświatowym pomocy humanitarnej o wartości ponad 400 000 USD).

W 1994 r. Uniwersytet Alberta w Edmonton zainicjował projekt medyczny „Edukacja”. Corocznie 60 kanadyjskich lekarzy uczy i konsultuje ukraińskich kolegów, a 20 lekarzy z Ukrainy (Kijowa, Łucka, Lwowa, Odessa, Połtawy, Symferopola) odbywało staż w placówkach medycznych Kanady. Lekarze różnych specjalizacji – pediatrzy, ginekolodzy-położnicy, endokrynolodzy, neurochirurdzy, neuropatolodzy, genetycy – mieli możliwość poznać najnowsze technologie diagnozowania, leczenia noworodków, planowania rodziny w naukowych ośrodkach medycznych Kanady. W szpitalu nr 1 w Kijowie stale pracowali dwaj kanadyjscy technologowie laboratoryjni, w stolicy także utworzono rozszerzone medyczne centrum informacyjne, z którego mogli korzystać wszyscy chętni lekarze i studenci.

Zostały poczynione pierwsze kroki w dziedzinie ubezpieczeń medycznych. Ustawa O ubezpieczeniu medycznym obywateli z 1996 r. stworzyła prawne, finansowe, ekonomiczne i organizacyjne podstawy ubezpieczenia medycznego mieszkańców Ukrainy. Rozwój systemu ubezpieczeń medycznych na Ukrainie wiązał się ze stworzeniem odpowiedniej infrastruktury. W związku z tym 4 grudnia 1998 r. Gabinet Ministrów Ukrainy przyjął uchwałę O stworzeniu sieci placówek pomocy medycznej Assistance-Ukraina. Stworzenie sieci miało sprzyjać wzrostowi liczby firm ubezpieczeniowych proponujących usługi z zakresu ubezpieczeń medycznych<sup>21</sup>.

Stopa życiowa personelu medycznego była bardzo niska ze względu na bardzo niski poziom wynagrodzeń. Średnia pensja w sektorze opieki zdrowotnej wynosiła 196 UAH, a w przypadku lekarzy – 270 UAH. Pensje

---

<sup>21</sup> Ibidem.



w tej branży nadal pozostawały niskie – dwukrotnie niższe niż w przemyśle i o 32% niższe od zarobków pracowników oświaty. Z kolei w przemyśle medycznym i chemiczno-farmaceutycznym wynagrodzenia były trzykrotnie wyższe. Generalnie pod względem zarobków branża medyczna plasowała się na 22 spośród 25 pozycji.

W okresie tranzycji w realiach przemian społecznych państwo odgrywa aktywną rolę także w sferze opieki zdrowotnej. Tymczasem w ciągu pierwszej dekady niepodległości Ukrainy nie dokonały się głębokie reformy w tym obszarze. Lata 1991–2001 cechowały wysokie wskaźniki zachorowalności, umieralności i niepełnosprawności. Trudna sytuacja finansowa i ekonomiczna w branży medycznej nie sprzyjała świadczeniu dostępnej pomocy medycznej na wysokim poziomie dla szerokich warstw ludności. W warunkach kryzysu gospodarki ukraińskiej i niedofinansowania sektora medycznego szczególnego znaczenia nabierał problem wydajności dostępnych środków. W tym celu państwo podejmowało starania, by wykorzystać wszelkie możliwości mobilizacji niezbędnych funduszy – zarówno z budżetu państwowego, jak i dodatkowych źródeł finansowania.

Niemniej przy wsparciu zagranicznych inwestycji oraz dzięki zmianom w bazie normatywno-prawnej z lat 90. XX w. poziom umieralności ludności Ukrainy stopniowo zaczął się obniżać. Tendencja ta była zauważalna zwłaszcza w grupie osób zdolnych do pracy w wieku od 15 do 59 roku życia. Wyraźnej poprawie uległa również sytuacja z umieralnością niemowląt i osób po 60 roku życia. W 2002 r. współczynnik dziecięcej umieralności stanowił 10,3 przypadków na 1000 urodzeń, a w 2003 – spadł do 9,6. Dane te wskazują na znaczącą poprawę sytuacji w zestawieniu ze stanem z 1994 r. Po 1996 r. na Ukrainie zarysowała się pozytywna tendencja pod względem średniej długości życia, która w interesującym nas okresie wzrosła o 2 punkty procentowe<sup>22</sup>.

W obliczu wspomnianych wyzwań polityka państwa w dziedzinie opieki zdrowotnej w pierwszych dekadach ukraińskiej niepodległości skupiała się wokół szeregu zadań na poziomie państwowym i branżowym. Należały do nich:

- stopniowe zwiększanie środków publicznych dla sektora opieki medycznej, ich efektywne wykorzystanie;

---

<sup>22</sup> С. І. Пирожков, *Демографічний фактор у глобальній стратегії розвитку України*, „Демографія та соціальна економіка” 2004, № 1–2, s. 14–15.

- zapewnienie populacji bezpieczeństwa sanitarnego i epidemiologicznego, skierowanie systemu opieki zdrowotnej na zapobieganie chorobom, dążenie do redukcji zagrożeń dla zdrowia ludzi związanych z zanieczyszczeniem środowiska naturalnego;
- rozwiązanie problemu higieny i bezpieczeństwa pracy, profilaktyki urazowości i chorób zawodowych;
- stworzenie warunków do kreowania i stymulowania zdrowego trybu życia;
- zwalczanie nałogów;
- rozwój kultury fizycznej i sportu;
- zapewnienie ludności racjonalnego i zbalansowanego żywienia;
- realizacja aktywnej polityki demograficznej, skierowanej na obniżenie poziomu umieralności;
- zachowanie i wzmocnienie zdolności reprodukcyjnych populacji, wzmocnienie polityki socjalnej wspierania młodzieży i ochrony osób niepełnosprawnych i starszych;
- poprawa systemu ochrony prawnej i socjalnej personelu medycznego i farmaceutów;
- intensywny rozwój przemysłu medycznego i farmaceutycznego.

## **Streszczenie**

### **Rozwój opieki zdrowotnej na Ukrainie (lata 90. XX–początek XXI w.)**

W artykule podjęto próbę pokazania specyfiki rozwoju opieki zdrowotnej na Ukrainie w pierwszej dekadzie jej niepodległości. Problem jest aktualny, gdyż w dotychczasowej literaturze brakuje oddzielnej pracy poświęconej temu tematowi. Celem artykułu jest charakterystyka głównych wskaźników systemu opieki zdrowotnej, trudności związanych z procesami transformacji, słabością polityki ekonomicznej, socjalnej i humanitarnej na Ukrainie na przełomie XX i XXI w. Artykuł stanowi próbę przedstawienia kolejności i całościowego spojrzenia na rozwój sektora opieki zdrowotnej w kontekście kształtowania się niepodległego państwa ukraińskiego. Podsumowaniem badań jest stwierdzenie, że trudności o charakterze ekonomicznym w systemie opieki zdrowotnej okazały się długotrwałe, co negatywnie wpłynęło na zdrowie mieszkańców Ukrainy.

## Summary

### Health care development in Ukraine (1990s–beginning of 21st century)

In this article we attempted to show the features of health care development in Ukraine during the first decade of its independence. The relevance of the research due to lack of special work in historiography, which is devoted to the identified problem. The purpose of the work is to characterize the main indicators of the health care system, complexity of transformation processes, weakness of economic, social and humanitarian policies in the early 90s–2000s of the XX century. In the article we tried to highlight the sequence and comprehensively demonstrate the features of health care development in the process of formation an independent Ukraine. When summarizing prepared material, we note that economic difficulties in the health care system, which delayed in time, adversely affect the health of residents of Ukraine.

## Bibliografia

### Akty normatywno-prawne

„Відомості Верховної Ради України (ВВР)” 1994, № 27.

Національна програма „Діти України”, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/63/96>, 20.12.2019.

Основи законодавства України про охорону здоров’я: схвалено постановою Верховної Ради України від 19 листопада 1992 року № 2802-XII, [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/T280100.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T280100.html), 15.12.2019.

Про комплексні заходи щодо поліпшення медичного обслуговування сільського населення на 2002–2005 рр.: Указ Президента України від 3 січня 2002 р. №8/2002, [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/link1/U008\\_02.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/U008_02.html), 15.12.2019.

Про затвердження Національної програми імунопрофілактики населення на 1993–2000 роки. Постанова Кабінету Міністрів від 21 квітня 1993 р. № 288, <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/288-93-%D0%BF>, 20.12.2019.

### Prasa

„Ваше здоров’я” 4.01.1991.

„Ваше здоров’я” 21–27.05.1994.

„Ваше здоров’я” 21–27.10.1995.

„Ваше здоров’я” 3.12.1997.

„Ваше здоров’я” 5.07.1997.

- „Ваше здоров’я” 12.12.2000.  
„Здоровье киевлян, июнь 1993.  
„Село і люди” 3.11.1995, № 45 (231).

### **Оpracowania**

- Вакцинація від поліомієліту – один із пріоритетів громадського здоров’я*, 24.10.2018, <https://phc.org.ua/news/vakcinaciya-vid-poliomielitu-odin-iz-prioritetiv-gromadskogo-zdorovya> [20.12.2019].
- Пирожков С. І., *Демографічний фактор у глобальній стратегії розвитку України*, „Демографія та соціальна економіка” 2004, № 1–2, s. 5–20.
- Кульчицька Т. К., Грузева Т. С., *Особливості захворюваності підлітків*, [w:] *Панорама охорони здоров’я населення України*, Київ 2003.
- Статистичний щорічник України за 2007 рік*, ред. О. Г. Осауленко, Київ: Державний комітет статистики України, 2008.

