

УДК 94(477):614.21-022.2«1953/2014»

DOI: <https://doi.org/10.31651/2413-8142-2026-37-Chubina-Fedorenko-Kryshtal>

Tetiana Chubina

Doctor of Historical Sciences, Full Professor, Head at the Department of Social and Humanitarian disciplines, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-3604>

e-mail: chubina@ukr.net

Yanina Fedorenko

Doctor of Historical Sciences, Full Professor, Associate Professor at the Department of Social and Humanitarian disciplines, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5206-0705>

e-mail: yanava@ukr.net

Alina Kryshtal

Candidate of in Pedagogical Sciences (PhD), Associate Professor, Associate Professor of the Department of Social and Humanitarian Disciplines, National University of Civil Protection of Ukraine, Cherkasy, Ukraine

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1818-6603>;

e-mail: sovalina@ukr.net

Bibliographic Description of the Article: Chubina, T., Fedorenko, Ya. & Kryshtal. A. (2026) Historical stages of rural medicine evolution in Ukraine: from soviet modernization to transformations of the early 21st century (1953–2014). *Ukrainskyi Selianyn. [Ukrainian peasant]*, 37, 49–58. (In Ukraine). doi: <https://doi.org/10.31651/2413-8142-2026-37-Chubina-Fedorenko-Kryshtal>

**HISTORICAL STAGES OF RURAL MEDICINE EVOLUTION IN UKRAINE:
FROM SOVIET MODERNIZATION TO TRANSFORMATIONS
OF THE EARLY 21ST CENTURY (1953–2014)**

Abstract. *The aim of the article is to provide a comprehensive study of the historical evolution of rural medicine in Ukraine from 1953 to 2014. It involves identifying and scientifically substantiating the key stages in the transformation of the medical network, as well as assessing the impact of state policy on the quality of healthcare for rural populations.*

The scientific novelty. *The study identifies and substantiates the key stages in the transformation of rural medicine in Ukraine between 1953 and 2014. It is proven that the “optimization” of the medical network during the period of independence was not an autonomous phenomenon but a direct consequence of the exhaustion of the resource potential of the centralized model of the 1970s–1980s. A pattern has been identified wherein the reduction of rural social infrastructure led to the deepening of the demographic crisis and the outflow of labor potential from the agricultural sector. Furthermore, a discrepancy has been established between the regulatory framework of the industry and the actual level of public access to medical care.*

Conclusions. *As a result of the research, a historical periodization has been developed, allowing for the identification of three key stages in the transformation of rural medicine. The first stage (1950s–1960s) was marked by the development of the sector, which ensured basic territorial access to medical care for rural residents. The second stage (1970s–1980s) was characterized by a transition to intensive centralization around district hospitals, which led to a technological decline in the primary care level and a functional gap in service quality between the center and the periphery. The third stage (1990s–2014) is characterized by institutional degradation and a transition to a model of forced patient self-reliance. A key factor of this period was the administrative “optimization” of the early 21st century, which, by ignoring geographical specifics and the state of infrastructure, led to the creation of areas with limited access to medical services. It is substantiated that territorial remoteness became a decisive barrier to the realization of the constitutional rights of rural residents; this factor de facto entrenched social inequality between urban and rural areas and created prerequisites for the deepening of the demographic crisis in Ukraine.*

Keywords: *historical evolution, rural medicine, transformation, district hospital, feldsher-obstetric station, rural social infrastructure, degradation, depopulation.*

Тетяна Чубіна

доктор історичних наук, професор, завідувач кафедри соціальних і гуманітарних дисциплін, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9383-3604>
e-mail: chubina@ukr.net

Яніна Федоренко

доктор історичних наук, професор, доцент кафедри соціальних і гуманітарних дисциплін, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-5206-0705>
e-mail: yapava@ukr.net

Аліна Кришталь

кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри соціальних і гуманітарних дисциплін, Національний університет цивільного захисту України, м. Черкаси, Україна
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1818-6603>
e-mail: sovalina@ukr.net

Бібліографічний опис статті: Чубіна Т., Федоренко Я., Кришталь А. Історичні етапи розвитку сільської медицини в Україні: від радянської модернізації до трансформацій початку XXI ст. (1953–2014 рр.). *Український селянин*. 2026. Вип. 37. С. 49–58. doi: <https://doi.org/10.31651/2413-8142-2026-37-Chubina-Fedorenko-Kryshstal>

ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКОЇ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ: ВІД РАДЯНСЬКОЇ МОДЕРНІЗАЦІЇ ДО ТРАНСФОРМАЦІЙ ПОЧАТКУ XXI СТ. (1953–2014 РР.)

Анотація. *Мета* статті спрямована на комплексне дослідження історичної еволюції сільської медицини в Україні протягом 1953–2014 рр., що передбачає виявлення та наукове обґрунтування ключових етапів трансформації медичної мережі, а також оцінку впливу державної політики на якість медичного обслуговування селян.

Наукова новизна полягає у виокремленні та науковому обґрунтуванні ключових етапів трансформації сільської медицини в Україні протягом 1953–2014 рр. Доведено, що «оптимізація» медичної мережі в період незалежності не була автономним явищем, а стала безпосереднім наслідком вичерпання ресурсного потенціалу централізованої моделі 1970 – 1980-х років. Виявлено закономірність, згідно з якою скорочення соціальної інфраструктури на селі зумовило поглиблення демографічної кризи та відтік трудового потенціалу з аграрного сектору. Також встановлено диспропорцію між нормативно-правовим забезпеченням галузі та реальним рівнем доступу населення до медичної допомоги.

Висновки. У результаті дослідження розроблено історичну періодизацію, що дозволила виокремити три ключові етапи трансформації сільської медицини. Перший етап (1950–1960-ті рр.) позначений розбудовою галузі, що забезпечила базову територіальну доступність медичної допомоги селянам. Другий етап (1970–1980-ті рр.) супроводжувався переходом до інтенсивної централізації навколо районних лікарень, що призвело до технологічного занепаду первинної ланки та функціонального розриву в якості послуг між центром і периферією. Третій етап (1990-ті – 2014 рр.) характеризувався інституційною деградацією та переходом до моделі вимушеного самозабезпечення пацієнтів. Ключовим чинником цього періоду стала адміністративна «оптимізація» початку XXI ст., яка через ігнорування географічної специфіки та стану інфраструктури призвела до утворення територій з обмеженим доступом до медичних послуг. Обґрунтовано, що територіальна віддаленість стала визначальним бар'єром у реалізації конституційних прав селян; цей чинник де-факто закріпив соціальну нерівність між містом і селом та створив передумови для поглиблення демографічної кризи в Україні.

Ключові слова: історична еволюція, сільська медицина, трансформація, дільнична лікарня, фельдшерсько-акушерський пункт, соціальна інфраструктура села, деградація, депопуляція.

Постановка проблеми

Якість медичних послуг у сільській місцевості залишається одним із найскладніших для України завдань протягом багатьох десятиліть. Сучасні проблеми сільської медицини: закриття лікарень, нестача кваліфікованих кадрів, застаріле обладнання, – не є епізодичними явищами, вони мають тривалий генезис і є наслідком накопичених протягом останніх десятиліть системних структурних диспропорцій. Щоб зрозуміти, чому сільська медицина опинилася в незадовільному стані, необхідно проаналізувати, як змінювалися підходи держави до охорони здоров'я селян у різні часи.

Тривалий період розвиток галузі тримався на розбудові мережі лікувальних закладів безпосередньо у селах, часто із залученням коштів місцевих колективних господарств. Це дозволило зробити медичну допомогу ближчою до людей. Проте згодом ситуація змінилася: курс на «оптимізацію» призвів до масового закриття дільничних лікарень та амбулаторій. Як наслідок, медицина стала географічно віддаленою від пацієнта, а мешканці сіл втратили можливість швидко отримати необхідну допомогу.

Ключова проблема полягає у тому, що між офіційними державними реформами та їхнім реальним наслідком: жалюгідним станом медицини в селах, особливо віддалених від районних й обласних центрів, – утворився системний розрив, який закріпив нерівність у доступі до базових медичних потреб сільських і міських жителів. З огляду на цей факт, історичний аналіз того, як відбувалася трансформація медичної мережі, є вкрай важливим. Це допоможе не лише зрозуміти помилки минулого, а й знайти реальні шляхи для налагодження ефективного медичного обслуговування в українських селах у майбутньому.

Аналіз останніх досліджень і публікацій

Питання історичної трансформації сільської соціальної інфраструктури та медичної мережі в Україні перебуває у центрі уваги низки сучасних науковців. Зокрема, окремі аспекти правового регулювання та загальної динаміки сфери охорони здоров'я досліджили І. Бухтіярова та П. Кирилович¹, тоді як сучасний стан та демографічні наслідки дефіциту медичних кадрів на селі стали об'єктом наукової уваги І. Кондратьєвої². Проблематику еволюції охорони здоров'я на всеукраїнському рівні ґрунтовно опрацювали Л. Зав'ялова та Л. Кобріна³. Хоча авторки проаналізували функціонування медичної допомоги загалом по країні, вони приділили належну увагу й трансформаційним процесам, що вплинули на медицину в сільській місцевості. Стаття є продовженням наукових розвідок Я. Федоренко⁴, що стосуються трансформаційних процесів в українському селі періоду Незалежності. Разом із тим, попри наявність фахових напрацювань, потребують предметного аналізу етапи розвитку сільської медицини крізь призму трансформації державної соціальної політики, що дозволить простежити накопичення системних проблем, починаючи від радянської моделі централізації й до «оптимізації» медичної мережі в умовах вже незалежної України.

Мета статті

Метою статті є комплексне дослідження історичної еволюції сільської медицини в Україні протягом 1953–2014 рр., що передбачає виявлення та наукове обґрунтування ключових етапів трансформації медичної мережі, а також оцінку впливу державної політики на якість медичного обслуговування селян.

Виклад основного матеріалу

Доленосною подією початку 1950-х рр. в Україні стала смерть диктатора Йосипа Сталіна. Вона спричинила зміну внутрішньополітичного курсу Радянського Союзу та започаткувала процеси лібералізації й десталінізації. Ці трансформації лягли в основу нового періоду, відомого як хрущовська «відлига». Зміна вектору державного управління зорієнтувала владу на вирішення задованих гуманітарних проблем, які роками ігнорувалися сталінською системою. Зокрема, у фокусі соціальної політики радянського керівництва опинилося доволі гостре питання, яке потребувало негайного вирішення, – покращення умов життя у багатостраждальному українському селі.

Особлива увага нового очільника партії та держави Микити Хрущова до аграрного сектору актуалізувала хронічні проблеми сільського населення. Однією із них було низьке

1 Бухтіярова І. Г., Кирилович П. М. Історичний розвиток сфери надання медичної допомоги в Україні. *Юридичний електронний журнал*, 2020. 1. С. 146–148. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34>

2 Кондратьєва І. М. Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022. №2. С.118–127. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>

3 Зав'ялова Л. В., Кобріна Л. В. Україна: медицина та охорона здоров'я новітньої доби. Велика українська енциклопедія. 2022. URL: <https://vue.gov.ua/Україна: медицина та охорона здоров'я новітньої доби>.

4 Федоренко, Я. А. Особливості трансформації соціальної інфраструктури українського села в кінці XX – на початку XXI століття: історичний аспект. *Сумська старовина*. 2013. №XL. С. 57–65. Федоренко Я.А. Стан сільської медицини та аптек в кінці XX – на початку XXI століття. *Гуманітарний вісник. Серія: Історичні науки*. 2018, Число 29. Вип. 13. С.60 – 65.

медичне обслуговування, що своєю чергою провокувало високий рівень смертності селян. Станом на початок 1950-х років дефіцит лікувальних закладів у сільській місцевості набув загрозливих масштабів. Мережа сільських медичних установ була вкрай обмеженою і нараховувала лише 380 одиниць, які територіально не могли забезпечити медичною допомогою все сільське населення Української РСР. Згідно з дослідженням В. Панченка та О. Шмарчука, ситуація з технічним оснащенням сільських амбулаторій була критичною: клініко-діагностичні лабораторії функціонували лише у 88 закладах, а рентгенологічне обладнання мали лише 56 із них. До того ж, гострий кадровий голод унеможлилював роботу вузькопрофільних спеціалістів: хірургів, педіатрів, стоматологів та акушерів-гінекологів⁵. Це позбавляло селян можливості отримати кваліфіковану медичну допомогу за місцем проживання, змушуючи їх звертатися до районних лікарень. Однак в умовах незадовільного стану дорожньо-транспортної інфраструктури та браку засобів пересування подолання відстані до районного центру ставало для багатьох нездоланим бар'єром. Як наслідок, значна частина пацієнтів, які потребували екстреного втручання, так і не отримувала вчасної допомоги, що призводило до високих показників смертності, яких можна було б уникнути за належної організації медичної мережі.

Проте дефіцит кваліфікованих кадрів був лише одним із аспектів кризи. Значно загострилася проблема елементарного побутового та матеріального забезпечення. Стан матеріально-технічної бази сільських лікарень був незадовільним, що виявлялося у гострому дефіциті стаціонарних місць, відсутності належного оснащення та недостатньому забезпеченні медикаментами⁶.

Соціальна дискримінація сільського населення виявлялася навіть у таких аспектах, як організація харчування хворих. Державні нормативи витрат початку 1950-х рр. на денний раціон пацієнта демонстрували кричущу нерівність: якщо в міських лікарнях на харчування виділялося 7 крб. 42 коп., то в сільських закладах ця сума була на 20% меншою і становила лише 5 крб. 94 коп.⁷. Усвідомлення критичного стану здоров'я сільського населення змусило радянське керівництво переглянути пріоритети фінансування. Починаючи з 1953 р., спостерігається поступова інтенсифікація розбудови медичної мережі та покращення її ресурсної бази. Важливим кроком у подоланні дефіциту кадрів стало запровадження з 1956 р. практики цільового спрямування випускників медичних інститутів. Щорічно близько 800 молодих лікарів направлялись для роботи безпосередньо в сільську місцевість⁸.

У другій половині 1950-х рр. динаміка оновлення медичної інфраструктури українського села набула нової динаміки. Аналіз регіональних даних свідчить про значні темпи цих робіт. Зокрема, лише у Вінницькій області у 1956 р. медичну допомогу селянам уже надавали 196 стаціонарів та 174 амбулаторії⁹.

Вагому роль у розбудові медичної мережі відіграло залучення до фінансування економічно міцних колгоспів, які фактично взяли на себе значну частку державних функцій із соціального забезпечення. Так, лише протягом 1957 р. за рахунок коштів колективних господарств було збудовано 36 нових медичних закладів, розрахованих на стаціонарне лікування 935 хворих. У наступні роки зазначена тенденція лише посилювалася: мережа сільських лікарень, зведених зусиллями колгоспів, дозволила забезпечити кваліфікованою медичною допомогою понад 15 тисяч пацієнтів¹⁰. У західноукраїнському регіоні була поширеною практика, коли декілька колективних господарств об'єднували кошти та зусилля для спорудження одного потужного медичного закладу. Діяльність Тартаківської амбулаторії на Львівщині продемонструвала ефективність такого підходу. Збудована у 1963 р.

5 Панченко П.П., Шмарчук В.А. Аграрна історія України. [підруч. для студентів вищих навч. заклад.] К.: Знання, 2000. С.250.

6 Там само. С.250.

7 Келембетова В.Ю. Побут і релігійні пережитки. К.: Наукова думка, 1974. С.51.

8 Пропозиції щодо поліпшення житлових умов і медичного обслуговування сільського населення. Центральний державний архів вищих органів влади і управління України (далі – ЦДАВО України). Ф. 2. Оп. 9. Спр.2649. Арк 51.

9 Короткий витяг із річного звіту про мережу, діяльність та кадри медичних закладів за 1956 рік. Державний архів Вінницької області. Ф. р-2355. Оп.11. Спр. 38. Арк. 9.

10 Історія Української РСР: У 8-ми т. 10 кн. К.: Наукова думка, 1979. Кн. 1. 1979. С. 271.

сімома економічно міцними господарствами, вона стала центром медичного обслуговування для мешканців 25 сільських населених пунктів із загальною чисельністю понад 11 тис осіб. Багатофункціональність закладу забезпечувалася роботою стоматологічного, хірургічного, гінекологічного та рентгенологічного кабінетів. Це фактично перетворювало амбулаторію на комплексний медичний осередок, підсилений власними поліклінікою, стаціонаром та аптекою¹¹.

Для більш повноцінного забезпечення фаховою медичною допомогою селян було також запроваджено систему регулярних виїзних консультацій. Щомісяця групи вузькопрофільних лікарів відвідували периферійні амбулаторії. Також у другій половині ХХ ст. з'явилися і мобільні форми обслуговування. Зокрема, у Білопільському районі Сумської області успішно функціонували так звані пересувні медичні амбулаторії, які надавали оперативну медичну допомогу та консультативні послуги колгоспникам безпосередньо в місцях їхньої виробничої діяльності.

Покращення економічного стану окремих господарств у другій половині ХХ ст. дозволило спрямувати кошти на розбудову рекреаційної інфраструктури на Півдні України та в Криму, що яскраво ілюструє приклад санаторію «Колгоспник», зведеного неподалік Алушти. Його будівництво стало можливим завдяки об'єднанню коштів 120 колективних господарств Сімферопольського та Мелітопольського районів, що перетворило заклад на потужний оздоровчий комплекс, де лише за 1959–1964 рр. медичну реабілітацію отримали понад 26 тисяч аграріїв¹².

Характерною рисою тогочасної архітектурної та організаційної політики була універсальність використання приміщень. Прикладом такої гнучкості слугувало «курортне містечко» на річці Лозова, створене зусиллями колгоспів Мар'їнського району Донецчини. Сучасна на той час інфраструктура зі світлими корпусами та ігровими майданчиками була розрахована на цілорічну експлуатацію. Змістовне наповнення закладу змінювалося відповідно до сезону: в літній період тут працював міжколгоспний табір, що забезпечував відпочинок 500 дітям щосезону, тоді як в осінньо-зимовий період база перепрофілювалася на будинок відпочинку для дорослих працівників села¹³.

Водночас, попри динамічне розширення рекреаційної мережі, доступ до санаторного оздоровлення для пересічного працівника села залишався суттєво обмеженим, порівняно з міським населенням. Визначальним чинником обмеженого доступу до санаторно-курортного лікування була специфіка соціального забезпечення сільського населення, зумовлена відсутністю обов'язкового державного страхування для колгоспників до другої половини 1960-х рр. Зважаючи на це, право на відпочинок безпосередньо залежало від рівня прибутковості конкретного господарства та наявності вільних коштів у його фондах, тоді як робітники міст отримували путівки за рахунок загальнодержавних ресурсів. Крім того, реалізація права на оздоровлення була детермінована специфікою аграрного виробничого циклу. Селяни могли претендувати на поїздку до санаторію переважно у міжсезоння (пізньої осені чи взимку), оскільки літні місяці залишалися часом пікових трудових навантажень. Така вимушена сезонність, а також вибірковий підхід у розподілі путівок у колективі господарств (як правило, пріоритет надавався адміністративному персоналу або «передовикам виробництва»), засвідчували системну нерівномірність у забезпеченні доступу до медичних та оздоровчих послуг між сільським та міським населенням.

До кінця 1960-х рр., незважаючи на екстенсивне зростання мережі закладів, глибока диференціація якості медичних послуг між містом і селом продовжувала зберігатися. Одним

¹¹ Маланчук В. А. Нове в культурі і побуті колгоспного селянства. К.: Наукова думка, 1970. С. 134.

¹² Історія Української РСР: У 8-ми т. 10 кн. К.: Наукова думка, 1979. Т8. Кн. 1. 1979. С. 275.

¹³ Інформація РАТАУ про курортне містечко Мар'їнських колгоспів. ЦДАВО України. Ф. 5111. Оп. 1. Спр. 286. Арк.90.

із найбільш деструктивних чинників була логістична ізолюваність периферії. Гострий дефіцит спеціалізованого санітарного транспорту призводив до того, що госпіталізація важкохворих та породіль із віддалених сільських населених пунктів часто здійснювалася непристосованими засобами, зокрема гужовим транспортом. Таким чином, інфраструктурні проблеми призводили до фактичної ізоляції сільських громад від системи екстреної медицини. Не менш загрозливою проблемою залишався низький професійний рівень медичного персоналу на місцях. Системні помилки у діагностиці, зумовлені як браком кваліфікації, так і відсутністю сучасного обладнання, часто призводили до летальних наслідків¹⁴.

У 1970-х – 1980-х рр. стратегія розвитку сільської медицини зазнала суттєвої трансформації, змістившись у бік інтенсивної централізації та спеціалізації. Пріоритетним напрямом стало зміцнення матеріально-технічної бази Центральних районних лікарень (ЦРЛ), які перетворилися на головні лікувально-профілактичні центри¹⁵. Загалом у 1970 – 1980-ті рр. в Україні розпочали функціонувати 70 центральних районних лікарень¹⁶. Така концентрація ресурсів дозволила забезпечити районні центри сучасним на той час обладнанням та профільними фахівцями, що значно підвищило якість спеціалізованої медичної допомоги. Крім того, активне постачання санітарного автотранспорту підвищеної прохідності до сільських населених пунктів частково зняло гостроту проблеми транспортування хворих, поступово витісняючи використання непристосованих засобів.

Проте політика укрупнення мала і негативні соціальні наслідки. Пріоритетність розвитку районних центрів призвела до поступового занепаду первинної ланки на периферії. Мережа дільничних лікарень у малих селах почала скорочуватися, а їхні функції зводилися до надання долікарської допомоги. Хоча у сільській місцевості на той час функціонувало близько 17 тис. фельдшерсько-акушерських пунктів¹⁷, їхня кількість вже не могла забезпечити належний рівень медичного обслуговування.

Загалом політика укрупнення лише поглибила територіальну нерівність, оскільки мешканці віддалених населених пунктів опинилися у ще більшій залежності від якості доріг та оперативності роботи районних служб. На тлі цих інфраструктурних труднощів паралельно загострилися і кадрові проблеми. Попри формальне поліпшення соціального статусу селян, сільська медицина залишалася непривабливою для молодих спеціалістів. Система обов'язкового розподілу випускників медичних інститутів не вирішувала проблеми плинності кадрів: зважаючи на відсутність належної соціальної інфраструктури та професійну ізоляцію, лікарі намагалися будь-яким чином повернутися до міст. Як наслідок, значна частина сільських амбулаторій укомплектовувалася персоналом за залишковим принципом, що унеможливлювало належну діагностику та обмежувало можливості профілактичної медицини на місцях, оскільки через відсутність сучасної апаратури сільським лікарям доводилося витрачати на надання допомоги хворим у 3–4 рази більше часу, ніж їхнім міським колегам, що фактично нівелювало переваги медичного обслуговування на селі¹⁸.

Загалом сформована в радянський період модель сільської медицини, попри масштабну розбудову інфраструктури, залишалася надмірно централізованою та цілком залежною

14 Панченко П.П., Шмарчук В.А. Аграрна історія України. [підруч. для студентів вищих навч. заклад.] К.: Знання, 2000. С.251.

15 Бухтіярова І.Г., Кирилович П.М. Історичний розвиток сфери надання медичної допомоги в Україні. *Юридичний електронний журнал*. 2020. №1. С.148. DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34>.

16 Зав'ялова Л. В., Кобріна Л. В. Україна: медицина та охорона здоров'я новітньої доби // *Велика українська енциклопедія*. 2022. URL: <https://vue.gov.ua/Україна: медицина та охорона здоров'я новітньої доби>.

17 Там само.

18 Рибак І.В., Сковцова І. А. Соціально-культурна та побутова інфраструктура подільського села на завершальному етапі радянського будівництва: проблеми та труднощі розвитку (60–80-ті роки XX ст.). *Освіта, наука і культура на Поділлі*. 2013. Т. 20. С. 539. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Onkr_2013_20_57.

від ресурсів колгоспної системи. Закономірним результатом такого стану справ стало функціональне виснаження первинної ланки та прихована кадрова криза 1980-х рр., що створили передумови для швидкої деградації сільської медицини в нових економічних реаліях. Із розпадом радянської економічної моделі на початку 1990-х рр., лікарняна мережа села увійшла в період глибокої системної кризи.

Трансформаційні процеси 1990-х рр. – першого десятиліття XXI ст. позначилися стрімким скороченням інфраструктурного потенціалу сільської медицини. Статистичні показники свідчать про масштабну деградацію мережі: якщо на кінець 1990-х рр. функціонувало понад тисячу сільських лікарень із загальним фондом у 20,2 тис. ліжок, то до 2011 р. їхня кількість скоротилася втричі – до 333 одиниць (7,5 тис. ліжок)¹⁹. Аналогічна регресивна динаміка спостерігалася і в системі екстреної допомоги та первинної ланки. Зокрема, кількість станцій швидкої медичної допомоги зменшилася у 1,5 рази, а мережа фельдшерсько-акушерських пунктів втратила понад 3,6 тис. об'єктів²⁰. Повністю нівельованою виявилася система колгоспних пологових будинків, яка ще у 1990 р. налічувала понад пів тисячі установ, що фактично позбавило сільське населення спеціалізованого акушерського супроводу²¹.

Єдиним сегментом, що демонстрував формальне зростання, стали самостійні амбулаторії та поліклініки, чисельність яких на кінець першого десятиліття XXI ст. зросла до 2956 одиниць. Втім, навіть така позитивна тенденція не дозволила досягти європейських стандартів забезпечення (2,4 установи на 10 тис. населення в Україні проти 4,9 у країнах ЄС). При цьому спостерігалася гостра регіональна асиметрія: якщо на Сході країни, зокрема, у Харківській області показник забезпеченості амбулаторіями сягав 4,3 одиниці, то на Заході (Волинська область) він був утричі нижчим (1,53 на 10 тис. осіб)²².

Однак за показниками загальнодержавного «формального зростання» часто приховувалися руйнівні процеси на рівні окремих регіонів, де наслідком оптимізації стало розширення зон з дефіцитом медичного забезпечення. Зокрема, на прикладі тільки однієї Кіровоградської області простежується типова для періоду незалежності тенденція: за середніми цифрами розбудови амбулаторій ховалося поступове вимирання первинної ланки у віддалених селах. Протягом 1991 – 2005 рр. частка населених пунктів без жодного медичного об'єкта зросла на 6%, причому переважна більшість таких сіл (88%) була позбавлена навіть виїзних форм обслуговування²³.

Суттєвим деструктивним чинником початку XXI ст. стала невідповідність між нормативними вимогами та фактичним ресурсним забезпеченням сільських медустанов. Попри встановлені стандарти, рівень укомплектованості лікарських посад на селі ледь сягав 76,6%, що провокувало аномальне навантаження на персонал: один фахівець первинної ланки був змушений обслуговувати до 5–6 тис. пацієнтів, що втричі перевищувало аналогічні показники в українських містах. З кожним роком така негативна тенденція лише поглиблювалася. Станом на 2014 р. склалася критична ситуація: у 535 сільських фельдшерсько-акушерських пунктах жодна посада не обіймалася кваліфікованим персоналом²⁴. На думку Інни Кондратьєвої, дефіцит медичних кадрів на селі призвів до закриття фельдшерсько-

19 Державна служба статистики України. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України в 2011 році: Статистичний бюлетень (І. Качалова, відп. за вип.). Київ, 2012. С. 8.

20 Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка. Нац. ін-т стратег. дослідж. Київ, 2013. 10 квіт. URL: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/schodo-problem-rozvitku-socialnoi-infrastrukturi-silskikh>

21 Федоренко Я.А. Стан сільської медицини та аптек в кінці XX – на початку XXI століття. *Гуманітарний вісник. Серія: Історичні науки*. 2018. Число 29. Вип. 13. С. 61.

22 Щодо проблем розвитку соціальної інфраструктури сільських населених пунктів: аналітична записка / Нац. ін-т стратег. дослідж. Київ, 2013. 10 квіт. URL: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/schodo-problem-rozvitku-socialnoi-infrastrukturi-silskikh>

23 Головне управління статистики у Кіровоградській області. Характеристика сільських населених пунктів Кіровоградської області станом на 1 листопада 2005 р.: Статистичний збірник. Кіровоград, 2006. С.113.

24 Стан надання медичної допомоги сільським жителям на фельдшерсько-акушерських пунктах за 2014 рік. Центр громадського здоров'я МОЗ України. URL: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata/dovidniki-statistichnikh-pokaznikov>

акушерських пунктів, а також опосередковано вплинув на поглиблення демографічної ситуації, посприяв відтоку молоді із сільської місцевості у пошуках кращих можливостей працевлаштування²⁵.

Критична зношеність лікарняного автопарку (на рівні 80%) та хронічний дефіцит пального призвели до фактичного демонтажу системи екстреної допомоги. У багатьох регіонах, зокрема в Тернопільській та Івано-Франківській областях, рівень забезпеченості спецтранспортом був у 4 рази нижчим за показники Харківщини, що змушувало населення самостійно фінансувати логістику госпіталізації²⁶.

Реформаторські ініціативи держави перших десятиліть XXI ст., спрямовані на впровадження інституту сімейної медицини, мало враховували географічну специфіку та інфраструктурні обмеження периферії. Модель сімейного лікаря як універсального фахівця широкого профілю на початку виявилася малопродуктивною з точки зору забезпечення вузькоспеціалізованої якості допомоги, оскільки шестимісячна перепідготовка не могла замінити повноцінної інтернатури. Як наслідок, замість підвищення якості послуг відбулося територіальне віддалення медицини від споживача: закриття локальних лікарень та їх трансформація у малопотужні амбулаторії чи ФАПи. Враховуючи, що відстань понад 10 км знижує доступність допомоги у тричі, реформа де-факто спровокувала ізоляцію соціально вразливих верств сільського населення. Яскравим прикладом негативних наслідків такої «оптимізації» була ліквідація Бірківської дільничної лікарні на Харківщині. Попри первинне обслуговування майже 15 тис. мешканців трьох громад, заклад було методично понижено у статусі до амбулаторії, вилучено діагностичне обладнання та скасовано цілодобовий стаціонар²⁷. Показовим для тогочасних реалій став прецедент передачі приміщень колишньої державної лікарні під приватний діагностичний центр, що зафіксувало пріоритет комерціалізації над соціальними гарантіями. Втрата пунктів невідкладної допомоги у селах змусила пацієнтів долати значні відстані до районного центру за умов вкрай незадовільного транспортного сполучення та недотримання часових нормативів прибуття бригад швидкої допомоги.

Загальний підсумок цього етапу реформування виявився регресивним: замість модернізації первинної ланки відбулася її інституційна деградація, що заклало підвалини для подальшої демографічної кризи в українському селі.

Висновки

Історична ретроспектива розвитку медичного забезпечення сільського населення України дозволяє виокремити три ключові етапи трансформації галузі. Перший етап (1950–1960-ті рр.) характеризувався екстенсивною розбудовою стаціонарної мережі та формуванням широкого кола дільничних лікарень, що дозволило забезпечити базове охоплення сільських територій медичною допомогою. Проте жорстке державне планування та надмірна ієрархічність цієї моделі вже тоді заклали ризики її майбутньої інертності.

Протягом другого етапу (1970–1980-ті рр.) відбувся перехід до стратегії інтенсивної централізації, де пріоритетне зміцнення матеріальної бази районних лікарень сприяло розвитку спеціалізованих відділень, але водночас призвело до технологічного занепаду закладів нижчої ланки. Це поглибило функціональний розрив у якості допомоги, оскільки дільничні лікарні поступово втрачали діагностичне обладнання, а медичні послуги ставали дедалі більш концентрованими у районних центрах, територіально віддалених від мешканців периферії.

Третій етап (1990-ті–2014 рр.), що розпочався з проголошенням незалежності, був періодом глибокої інституційної кризи та системної деградації. Колапс радянської економічної моделі спричинив масштабне скорочення мережі вже в період незалежності

25 Кондратьєва І. М. Розвиток сільської медицини в Україні в сучасних умовах. *Державне будівництво*. 2022. № 2 (32). С. 123. DOI: <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>

26 Федоренко Я. А. Стан сільської медицини та аптек в кінці XX – на початку XXI століття. *Гуманітарний вісник*. Серія: Історичні науки, 2018. Число 29. Вип. 13. С. 61.

27 Федоренко Я. А. Особливості трансформації соціальної інфраструктури українського села в кінці XX – на початку XXI століття: історичний аспект. *Сумська Старовина*. 2013. № XL. С. 63.

держави: кількість сільських лікарень зменшилася втричі, а спеціалізована акушерська допомога на селі була ліквідована. Зміна економічного укладу призвела до втрати стабільних механізмів підтримки стаціонарів, що де-факто переклало фінансовий тягар логістики на селян, закріпивши перехід до моделі вимушеного самозабезпечення.

Завершальна фаза цього етапу, пов'язана з реформаторськими ініціативами влади початку другого десятиліття ХХІ ст., продемонструвала критичне ігнорування географічної специфіки сільської місцевості. Адміністративна «оптимізація», прикладом якої стала ліквідація порівняно потужних сільських медичних закладів, призвела не до модернізації, а до формування зон з дефіцитом надання медичної допомоги. Такі кроки лише поглибили нерівномірність розвитку українських міст і сіл, зробивши територіальну віддаленість визначальною перешкодою в отриманні медичної допомоги. Ігноруючи потреби сільських громад у медичному обслуговуванні, влада по суті створила передумови для подальшого погіршення демографічних показників у сільській місцевості, які стали більш відчутними у другому десятилітті ХХІ ст.

References:

1. Bukhtiyarova, I. H., & Kyrylovych, P. M. (2020). Istorychnyi rozvytok sfery nadання medychnoi dopomohy v Ukraini [Historical development of the sphere of medical care provision in Ukraine]. *Yurydychnyi elektronnyi zhurnal*, (1), 146–148. Retrieved from: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34> DOI: <https://doi.org/10.32782/2524-0374/2020-1/34> [in Ukrainian]
2. Central State Archive of Higher Authorities and Administration of Ukraine. *Informatsiia RATAU pro kurortne mistechko Mariinskykh kolhospiv* [RATAU information about the resort town of Maryinka collective farms]. F. 5111. Op. 1. S. 286. Ark. 90. [in Ukrainian]
3. Central State Archive of Higher Authorities and Administration of Ukraine. *Propozytsii shchodo polipshenniu zhytlovykh umov i medychnoho obsluhovuvannia silskoho naselennia* [Proposals for improving housing conditions and medical services for the rural population]. F. 2. Op. 9. S. 2649. Ark. 217). [in Ukrainian]
4. Derzhavna sluzhba statystyky Ukrainy. (2012). *Zaklady okhorony zdorov'ia ta zakhvoriuvanist naselennia Ukrainy v 2011 rotsi: Statystychnyi biuleten* [Health care institutions and morbidity of the population of Ukraine in 2011: Statistical bulletin] (I. Kachalova, Ed.). Kyiv. [in Ukrainian]
5. Fedorenko, Ya. A. (2013). Osoblyvosti transformatsii sotsialnoi infrastruktury ukrainskoho sela v kintsi XX – na pochatku XXI stolittia: istorychnyi aspekt [Features of the social infrastructure transformation of the Ukrainian village in the late 20th – early 21st century: Historical aspect]. *Sumska starovyna*, (40), 57–65. [in Ukrainian]
6. Fedorenko, Ya. A. (2018). Stan silskoi medytsyny ta aptek v kintsi XX – na pochatku XXI stolittia [The state of rural medicine and pharmacies in the late 20th – early 21st century]. *Humanitarnyi visnyk. Seriia: Istorychni nauky*, 13(29), 60–65. [in Ukrainian]
7. Holovne upravlinnia statystyky u Kirovohradskii oblasti. (2006). *Kharakterystyka silskykh naselenykh punktiv Kirovohradskoi oblasti stanom na 1 lystopada 2005 r.: Statystychnyi zbirnyk* [Characteristics of rural settlements in the Kirovohrad region as of November 1, 2005: Statistical collection]. Kirovohrad. [in Ukrainian]
8. *Istoriia Ukrainskoi RSR: U 8-my t., 10 kn.* [History of the Ukrainian SSR: In 8 vols., 10 books] (Vol. 8, Book 1). (1979). Kyiv: Naukova dumka. [in Ukrainian]
9. Kelembetova, V. Yu. (1974). *Pobut i relihiini perezhvytky* [Everyday life and religious survivals]. Kyiv: Naukova dumka. [in Ukrainian]
10. Kondratieva, I. M. (2022). Rozvytok silskoi medytsyny v Ukraini v suchasnykh umovakh [Development of rural medicine in Ukraine in modern conditions]. *Derzhavne budivnytstvo*, (2), 118–127. <https://doi.org/10.26565/1992-2337-2022-2-11>. DOI: [https://doi.org/10.33146/2307-9878-2024-4\(106\)-159-168](https://doi.org/10.33146/2307-9878-2024-4(106)-159-168) [in Ukrainian]
11. Malanchuk, V. A. (1970). *Nove v kulturi i pobuti kolhospnoho selianstva* [New things in the culture and everyday life of the collective farm peasantry]. Kyiv: Naukova dumka. [in Ukrainian]
12. National Institute for Strategic Studies. (2013). *Shchodo problem rozvytku sotsialnoi infrastruktury silskykh naselenykh punktiv: Analitychna zapyska* [On the problems of social infrastructure development in rural

-
-
- settlements: Analytical note]. Retrieved from: <https://www.niss.gov.ua/doslidzhennya/socialna-politika/scho-do-problem-rozvitku-socialnoi-infrastrukturi-silskikh> [in Ukrainian]
13. Panchenko, P. P., & Shmarchuk, V. A. (2000). *Ahrarna istoriia Ukrainy: Pidruchnyk dlia studentiv vyshchykh navchalnykh zakladiv* [Agrarian history of Ukraine: textbook for students of higher educational institutions]. Kyiv: Znannia. [in Ukrainian]
14. Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine. (2015). *Stan nadannia medychnoi dopomohy silskym zhyteliam na feldshersko-akusherskykh punktakh za 2014 rik* [The state of providing medical care to rural residents at feldsher-midwife stations for 2014]. Retrieved from: <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata/dovidniki-statistichnikh-pokaznikiv> [in Ukrainian]
15. Rybak, I. V., & Skvortsova, I. A. (2013). Sotsialno-kulturna ta pobutova infrastruktura podilskoho sela na zavershalnomu etapi radianskoho budivnytstva: problemy ta trudnoshchi rozvytku (60–80-ti roky XX st.) [Socio-cultural and everyday infrastructure of the Podillian village at the final stage of Soviet construction: problems and difficulties of development (60–80s of the 20th century)]. *Osvita, nauka i kultura na Podilli*, 20, 535–547. Retrieved from: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Onkp_2013_20_57 [in Ukrainian]
16. State Archives of Vinnytsia Region. (1956). *Korotkyi vytyah iz richnoho zvituv pro merezhu, diialnist ta kadry medychnykh zakladiv za 1956 rik* [Brief extract from the annual report on the network, activities, and personnel of medical institutions for 1956]. F. R-2355. Op. 11. S. 38. Ark. 9. [in Ukrainian]
17. Zavalova, L. V., & Kobrina, L. V. (2022). *Ukraina: medytsyna ta okhorona zdorovia novitnoi doby* [Ukraine: Medicine and healthcare of the modern era]. Velyka ukrainska entsyklopediia. Retrieved from: https://vue.gov.ua/Україна:_медичина_та_охорона_здоров'я_новітньої_доби [in Ukrainian]

Надійшла до редакції / Received: 11.01.2026

Схвалено до друку / Accepted: 21.03.2026

Опубліковано / Published: 30.04.2026