



56

Катерина АМОСОВА:  
«Низка положень реформи  
теоретично корисні,  
проте під час їх запровадження  
ефект буде протилежний»



**Якщо США за видатками на медицину посідають перше місце в світі, а на розбудову цієї галузі витрачають щороку мільярди доларів, то в нашій країні охорона здоров'я за весь період незалежності так і не стала пріоритетом державної політики. Звісно, спроби реформувати цю соціально незахищену галузь за більш як 20 років були. Напрацьовували плани, створювали концепції, проводили експерименти, однак, як і два десятиліття тому, медицина фінансується за залишковим принципом. А це приблизно 4% ВВП. На лікування ж пацієнта в стаціонарі виділяють п'ять гривень на добу.**

**Кілька місяців тому у владних кабінетах знову заговорили про потребу реформування медичної галузі, аби істотно підвищити якість медичної допомоги, поліпшити фінансування охорони здоров'я, піднести статус лікаря. Від цього зрештою виграв би пацієнт. Прогнози оптимістичні. Та попри бравурний тон чиновників, «маленький» українець перебудови в медицині сприймає з пересторогою, якщо не з острахом. У чому ж суть реформи, яких змін слід очікувати в суспільстві після запровадження новацій, розповідає член-кореспондент Національної академії медичних наук, доктор медичних наук, професор Катерина АМОСОВА.**

**– Катерино Миколаївно, про невідповідність системи охорони здоров'я потребам суспільства не говорив хіба лінєвий. Спроби покращити медичне обслуговування були й раніше. Чи вдасться нині щось змінити й коли слід очікувати практичного початку реформ?**

– Наріжним каменем реформи є перехід до сімейної медицини як основної ланки медичної допомоги. Усупереч тріскучим фразам, що це істотно покращить якість медичної допомоги українцям за рахунок ефективного профілактики, скажу одразу: головна перевага такої моделі у світі – її дешевизна. Завдяки різкому обмеженню доступу хворого з власної ініціативи до вузьких спеціалістів і дорогих методів обстеження за бюджетні гроші. Це – лише за направленням сімейного лікаря, який в українських реаліях, очевидно, «ділитиме» між хворими даний йому бюджет. При цьому спеціалізована медична допомога для українців буде ще менш доступною. Добре, якщо родині пощастить зі своїм лікарем. А якщо ні? Проголошена можливість вибору сімейного лікаря – сумнівний позитив. Практичну реалізацію цього в наших реаліях дуже важко уявити, особливо з огляду на менш як 50-відсоткове забезпечення дільничними терапевта-

ми в містах, не кажучи вже про село. Реалізація диференційованої оплати таких лікарів – також утопія. А що буде з тими, кого ніхто не обере? Як їм годувати родини?

Тепер про підготовку лікарів. У сімейні лікарі йдуть найгірші зі студентів, ті, хто не зміг улаштуватися в стаціонари й вузькими спеціалістами. З них 99,99 відсотка після інтернатури отримують сертифікат – треба ж виконувати держзамовлення. Проте, з урахуванням обсягу необхідних знань, умінь і якості «контингенту», півтраву в життя з першої спроби мають одержувати не більш як половина інтернів. І не від «своїх» викладачів, а від незалежної комісії, включаючи представників громадськості. А що робити з поліклінічними лікарями, які вже працюють? Правильно, підготувати, з наступною об'єктивною незалежною атестацією. У реальному житті це лічені дні формальних лекцій – і 100 відсотків поліклінічних лікарів, більшість із яких пенсійного та передпенсійного віку, одержать «папірець» автоматично, а на районній поліклініці змінитись вивіска.

Тепер про зарплатню, яка набагато менша за середню по країні. Із цікавістю прочитала нещодавно у ЗМІ, що пані міністр прихильно ставиться до одержання грошових і то-

варних «подарунків» від хворих медикам, лише б останні їх декларували й податки державі сплачували. Цікаво буде прочитати проект такого закону на папері.

Низка положень реформи теоретично корисні, проте під час їх запровадження ефект буде протилежний. Укрупнення лікарень, що дасть змогу покращити їх обладнання та кваліфікацію співробітників, – позитив, але в тому разі, якщо держава реально забезпечить хворих медикаментами, доглядом і харчуванням. Нині ж усе перекладено на родинців. І що ж, їм тепер щодня їздити до недужого в міжрайонну лікарню за 100 км? Чим? За які кошти? Роботу кидати?

Наступний приклад: кількість госпіталізацій у стаціонари зменшити, а обстежень та лікування хворих в амбулаторних умовах – збільшити. Чи заощадить це бюджетні гроші? Безперечно! Однак на практиці це неможливо. Поліклініки, даруйте, амбулаторії сімейного лікаря обладнані ще гірше за стаціонари, у них ще менше кваліфікованих лікарів, бо зовсім не престижно й не грошовито, пацієнти-користувачі не мають машин і коштів на таксі. Так, ми можемо сьогодні виписати додому половину хворих з інфарктом міокарда на 1–2 тижні раніше, як на Заході.

Якщо йдеться про забезпечених і розумних хворих, ми так і чинимо. Але такі пацієнти лікуються здебільшого в приватних структурах, і слава Богу, бо більше бюджетних копійок залишається малозабезпеченим. А як останніх доліковувати амбулаторно? Малорухомих хроніків в квартирах на четвертому поверсі без ліфта? Де і як проводити регулярний контроль ЕКГ та аналізи? Чим до них їздитиме амбулаторний лікар? Щодо так званої санаторної реабілітації, то тут у нас порівняно із Заходом «концепція» прямо протилежна. Там у санаторіях лікуються зовсім хворі, а в нас за рахунок профспілки – «найміцніші», які працюють, і за чималі кошти. До речі, вартості путівки вистачило б на коронарографію й один непокритий стент за ціною, втричі меншою, ніж та, яку платить держава по той бік західного кордону України. І останній приклад. Політики різних мастей дружно закликають: час припинити оплачувати «койку» замість хворого. І це правильно, але знову ж теоретично. Практично з бюджетних «копійок», що їх виділяють на 10 ліжок, можна так-сяк забезпечити мінімальним медикаментозним лікуванням одного хворого, якщо він не дуже «важкий», звісно. Наприклад, самотнього пенсіонера.

І таких прикладів можемо навести чимало.

Загалом розраховувати на серйозне поліпшення державної медицини, доки можновладці та члени їхніх родин не лікуватимуться, як усі пересічні українці, не доводиться. Так само, як і на покращення освіти.

### **– Але ж ми всі, раптом щось зі здоров'ям, прагнемо натрапити на хорошого лікаря...**

– Не даватиму визначення поняття «хороший лікар». А якщо говорити про «затребуваних» громадянами лікарів, то їх не поменшало. Частково тому, що громадянам нема з ким порівнювати, а хороший лікар – це не лише кваліфікований лікар. Якщо ж серйозно, то, звісно, низька зарплатня неабияк знижує мотивацію до роботи, навчання й підвищення кваліфікації. Як і неможливість реалізувати себе в цій професії в Україні з огляду на наявні обладнання, ліки та умови роботи. Утім, справжній лікар не може по-різному лікувати «за гроші» і «безплатно» (за зарплатню від держави), бо він не може інакше. Хіба що розмовлятиме з хворим і родичами значно менше. Звісно, відтік хороших лікарів за кордон і у приватну українську медицину, а також у навколomedичний бізнес триває, але, на мою думку, останнім часом не зростає.

### **– А чим може похвалитися наша країна в галузі медицини?**

– Здебільшого тим, що медицина не «завалилася». Проте є поодинокі високопрофесійні заклади, наприклад, Інститут серцево-судинної



Коли вона страждає і не має доступу до сімейного лікаря, вся її сім'я страждає (Квебекська федерація сімейних лікарів)

хірургії, Інститут кардіології, окремі класні фахівці. З вітчизняною медичною наукою в істинному розумінні цього слова (маю на увазі не кількість дисертацій, книжок і статей в українських журналах), звісно, не все гаразд. Наука потребує великих коштів. А коли половині громадян недоступна повноцінна медична допомога, що рятує життя, наприклад, штучна нирка, збільшувати фінансування науки, на мою думку, аморально.

Хочу зауважити: позитив – це визнання якості роботи окремих українських клінік і спеціалістів, які беруть участь у міжнародних багаточентрових дослідженнях. Шкода, що цих фахівців систематично ганьблять у ЗМІ. Виконання таких досліджень дозволило за останні 10 років зробити воістину прорив: створити так звану доказову медицину, що дає нам безцінну інформацію про те, які методи лікування й ліки (порівняно з «пустушкою») не лише покращують показники, наприклад, крові, а й продовжують життя і знижують ризик тяжких ускладнень, а які, навпаки, можуть успереч очікуванням погіршити результат. Хочу чітко наголосити: протоколи всіх досліджень міжнародні й пройшли ретельну експертизу провідними спеціалістами Західної Європи, США та їхньою громадянською щодо етичності та забезпечення захисту прав пацієнтів. Українські пацієнти – це лише маленька частка включених у ці дослідження хворих, інакше їх результат як підставу для реєстрування тих чи інших показань для застосування препаратів не визнали б Західна Європа та США. При цьому українські пацієнти одержують безплатні, часто на тисячі доларів, медикаменти, які їхня батьківщина неспроможна надати. Аналізи цим хворим роблять за кордоном безплатно, а «ведуть» їх протягом багатьох років найкра-

щі лікарі. Участь українських клінік у таких міжнародних програмах – це престиж України, а лікарі-учасники, так би мовити, – «параолімпійці».

### **– Катерино Миколаївно, хотілося б знати вашу думку щодо страхової медицини. Чи буде її запроваджено в Україні?**

– Модель, безперечно, оптимальна. За нею працює весь цивілізований світ. Проте я не впевнена, що її буде найближчим часом реалізовано в нашій країні. Страхова медицина можлива лише за умови реального зростання економіки, піднесення рівня життя громадян, ліквідації оплати праці «у конвертах». На жаль, цього всього не спостерігається. І мій прогноз несприятливий.

Розмовляла  
Віра ТКАЧЕНКО.



Катерина АМОСОВА – науковець у галузі кардіології, член-кореспондент Національної академії медичних наук України (2000), доктор медичних наук (1988), професор (1990), лауреат Державної премії України в галузі науки і техніки (2000).

Народилася 8 лютого 1956 року в Києві. У 1978-му закінчила Київський медичний інститут. 1983 року захистила кандидатську, а 1988-го – докторську дисертацію. З 1990 року – завідувачка кафедри внутрішньої медицини № 2 Національного медичного університету імені академіка О. О. Богомольця.

Головний редактор журналу «Серце і судини», шеф-редактор журналу «Терапія. Український медичний вестник», член редколегії багатьох профільних науково-практичних журналів.

WHEN SHE  
SUFFERS AND  
DOESN'T HAVE  
ACCESS TO  
A FAMILY DOCTOR,  
HER WHOLE  
FAMILY SUFFERS 57

