

# Якби я стала міністром охорони здоров'я...

АВТОР: Ира Остроушко <[ira03071995@gmail.com](mailto:ira03071995@gmail.com)>

Доброго дня, шановні колеги, та всі ті, кому майбутнє української медицини та України в цілому небайдуже! Мене звати Ірина Остроушко, я лікар-невролог. Відразу ж хочу подякувати всім організатором цього чудового та неймовірно цікавого конкурсу за прекрасну можливість долучитися до створення в Україні медицини нового рівня – прогресивної, пацієнтоорієнтованої, доказової, направленої на благополуччя та розвиток українського суспільства.

Коли я вперше прочитала повідомлення про конкурс від ГК Мед Експерт, яке прийшло мені на електронну пошту, без перебільшення скажу – я була в ЗАХВАТІ!!!! Нарешті, НАРЕШТІ є люди, які бажають дізнатися думку звичайного лікаря, які розуміють, що без взаємодопомоги, співпраці країна ніколи не зможе вийти на адекватний рівень розвитку. А нагальних питань, які так хочеться вирішити, безліч!

Спочатку хочу коротко розповісти свою історію. Я навчалася в Запорізькому державному медичному університеті за спеціальністю “лікувальна справа”. Під час навчання довелося попрацювати в психіатричній лікарні, де я отримала величезний досвід. Після закінчення університету в 2018 році я проходила інтернатуру за спеціальністю “Неврологія” на базі кафедри нервових хвороб та нейрохірургії Дніпропетровської медичної академії. І, починаючи, з лютого 2020 року я почала працювати лікарем-неврологом поліклінічного відділення Новоархангельської Центральної районної лікарні (Кіровоградська область). Пропрацювала я тут рік, і, у зв'язку зі зміною сімейного статусу, я переїхала на постійне місце проживання закордон. Одна із умов участі в конкурсі – постійне проживання та лікарська практика в Україні, - мене трішки схвилювала, адже зараз я не можу цим похвалитися, однак я все ж вирішила брати участь в конкурсі, не дивлячись на це. Чому? Тому, що є дуже важливі питання, які “наболіли”. Тому, що вся моя родина, для якої я бажаю найкращого, проживає тут. Тому, що я - Українка, і цього ніколи і нікому не змінити. Тому, що нарешті є ті, кому небайдуже, хто має бажання вислухати та підтримати!

Починаємо, друзі!

Перше питання, перша ідея – **СТВОРЕННЯ ПРОГРАМИ АДЕКВАТНОЇ ЦІЛОДОБОВОЇ ЮРИДИЧНОЇ ДОПОМОГИ** для медичних працівників, повністю координованої МОЗ України. Що це значить? Працюючи лікарем-неврологом в державній лікарні, юридично я була повністю незахищеною. Відсутність в ЛЗ юриста зобов'язувала мене вирішувати складнощі в моїй повсякденній роботі з пацієнтами, паперами, тощо або разом з головним лікарем, або самотійно. Де-факто це виглядало так: “Маєте проблему – вирішуйте її самотійно”. Я не маю юридичної освіти, тому як я – некомпетентний в даній області працівник практично повинна це вирішувати? Чому в практично в кожному ЛЗ повсюди розвішані телефонні номери для звернень пацієнтів у випадку неправомірних дій з боку медичних працівників, а у випадку фізичного чи емоційного насильства з боку пацієнтів для працівників охорони здоров'я – НІЦ! Хочеться відчувати себе комфортно та захищено на робочому місці, надавати якісну допомогу, допомагати людям. В Інтернеті зараз є безліч сайтів та спеціалістів, які добре розуміються в медичному праві та готові надати допомогу, однак рідко якісна допомога буває безкоштовною. Хочеш бути захищеним – плати! Зі своєї мізерної зарплати молодого лікаря. Добре, якщо тобі пощастить, і керівник ЛЗ, в якому ти працюєш – людина, яка

організовує роботу закладу належним чином та піклується про власних працівників. Але така ситуація – теж не часта. Як вчинила би я? На мою думку, повинна бути дієва постанова, яка **ЗОБОВ'ЯЗУВАЛА** Б кожен ЛЗ мати у штаті **ЮРИСТА** для надання компетентної правової допомоги. І це повинно контролюватись досить жорстко на загальнодержавному рівні: немає юриста – немає ЛЗ. До того ж необхідне створення загальноукраїнської безкоштовної цілодобової телефонної служби для надання юридичних консультацій медичним працівникам, якою би опікувалися МОЗ та МінЮст України. Чесно і справедливо! Бо чомусь в нашій країні складається досить цікава ситуація: медичні працівники – ніби найбільш принижена та безправна ланка суспільства. Стоп цьому!

Друге нагальне питання – **СТОП ВІДТОКУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЗАКОРДОН!** Так, я спеціально не почала засекавати інформацію про себе та правдиво вказала, що зараз постійно проживаю закордоном. Можливо хтось може подумати: “І як же це вона має право обговорювати цю тему, якщо сама вже не в Україні?” В мене по-іншому складається життя – південні вітри принесли із собою моє кохання і забрали в свої обійми) Однак мені сумно, що в Україні роками знецінювався розум та професійність. Вибачте, експерти, колеги, що пишу таким чином. Я усвідомлюю, що все неоднозначно і так не повсюдно в Україні. Але така тенденція квітла в нашій країні роками. Як це зупинити? Якби я була б міністром, я би дала спеціалістам перспективи і не просто на словах. По-перше, зобов'язала би вищі медичні навчальні заклади проводити для усіх студентів оплачувану практику в ЛЗ, фармацевтичних закладах, заводах тощо. Навчання та робота під час навчання не повинні бути конкурентами одне одному. Це розумно, адже в такому випадку студент обов'язково отримуватиме дуже сильну мотивацію – і професійну, і грошову. І я впевнена, що якість навчання підвищилася б в декілька разів. До того ж, вищі медичні навчальні заклади орієнтуються на контроль знань студентів за допомогою тестування. Це тенденція, яка веде до деградації. Можливо, Болонська система і має власні позитивні сторони, але в Україні вона перетворилася в химеру, яка приходиться до студентів ночами та змушує їх “зубрити” ці ненависні (та чесно кажучи, не надто й корисні тести). Я не маю бажання змінювати світовий порядок та підлаштовувати під свої бажання всі країни, однак хочеться, щоб в Україні система медичної освіти була “як у людей” ( маю на увазі, США, Німеччину, Австралію...). Більше практики, більше зацікавленості в науковій праці. Що стосується молодих лікарів, які після навчання в інтернатурі починають своє самостійне професійне життя. Для мене, як для міністра, є три **головні ЗАДАЧІ**: 1. Перші три роки роботи –забезпечення безкоштовним житлом, повна оплата комунально-житлових послуг, незважаючи на те, в якій місцевості працюватиме молодий лікар. Здається безглуздя? Зовсім ні! До того часу, перш ніж лікар не зміцніє професійно, турбуватися про нього повинна держава. Чому це важливо? Після інтернатури я приїхала працювати в сільську місцевість. Але всі мої прохання про допомогу щодо оплати житла та комунальних послуг, з якими я зверталася до керівництва ЛЗ та району, зійшли на нівець. Такого не повинно бути! До того ж, я заохочувала б сімейні пари лікарів до роботи в сільській місцевості **обов'язковою** одноразовою виплатою 150 тис. грн, для самотніх – 75 тис. грн. Ви можете сказати, що в Українському законодавстві вже є схожі моменти. Так, це лише моменти на папері. Нажаль. Знаю на власному досвіді. В такому разі держава має право вимагати від лікаря відпрацювання на місці тієї кількості років, яку вона вважатиме рівноцінною, однак не більше 5-ти років. 2. Створення всеукраїнського безкоштовного онлайн-ресурсу, в якому для медичних працівників буде доступ до найсучаснішої спеціалізованої літератури. Важливо, бо молодому лікарю купувати книги за 2 – 3 – 5 тис. грн ну зовсім якось...**НЕМОЖЛИВО!** І

знайти їх у вільному доступі теж практично неможливо.3. І звісно ж, адекватна зарплата. Тяжко спланувати зараз, якою же вона повинна бути, однак це надзвичайно важливе питання.

Що стосується старших колег, питання складніше. Адже маючи величезний професійний багаж за плечима, часом вони теж бажають змінити місце проживання. Єдина умова – потрібно відпрацювати в Україні не менше 5-ти років, однак при цьому він повинен бути забезпечений всім необхідним для нормального життя та чесної праці.

Третє питання – **СТРАХОВА МЕДИЦИНА**. Так, звісно, це і було заплановано державними урядовцями, коли вони планували та розробляли програми медичної реформи первинної та вторинної медичної допомоги. Але процес дійсно крокує дуже повільно. Тим не менш вже зараз є десятки, сотні тисяч малозабезпечених, соціально незахищених українців, котрим потрібна допомога. Я не експерт в питаннях, пов'язаних зі страховою медициною, тому, чесно кажучи, мені не так просто обговорювати дану тему. В моєму розумінні є незахищені прошарки населення, як от люди старечого віку, які хворіють або перенесли тяжкі, інвалідизуючі захворювання, травми, тощо та котрі проживають самотньо; інші категорії українців різного віку (в тому числі молодого), котрі внаслідок інвалідизуючого захворювання, перенесених травм тощо, не мають змогу знайти гідну працю; я опираюсь в свої розповіді саме на них, тому що як правило, вони складають левову частку неадаптованих до звичайних суспільних умов осіб, котрі потребують додаткового захисту. Якби страхова медицина працювала б вже зараз в повній мірі, для цих людей життя стало б набагато простішим. Однак зараз вони дійсно незахищені. До чого я веду? Що стосується людей похилого та старечого віку, у яких розвинулися інвалідизуючі захворювання та стани, та котрі потребують постійної адекватної медичної допомоги – потрібно створити мережу медичних закладів для надання геріатричної та хоспісної допомоги. Саме вони повинні брати на себе роль піклування та лікування даної категорії пацієнтів. Мені доводилося часто зустрічатися із ситуаціями, коли хворий, котрий живе самотньо чи родичі якого замучилися доглядати за ним вдома, лікувався в лікарні стаціонарно, не маючи в такому лікуванні необхідності (однак зайнятість ліжок в таких стаціонарних відділеннях була стовідсотковою). Я вважаю, що ЛЗ геріатричного та хоспісного профілю повинні бути в кожному районному центрі. Якщо не створити дані ЛЗ, величезний прошарок населення буде повністю незахищеним, плюс до того ж “з’їдатиме” значну частку бюджетних коштів. Це повинні бути ЛЗ, які надаватимуть не лише медикаментозну допомогу, а й психологічну, фізичну реабілітацію тощо. Що стосується дезадаптованих людей молодого віку, це дуже сумна ситуація. На жаль, з практики знаю – такі люди залишені на призволяще. Їм не надається в повній мірі адекватна реабілітаційна допомога. Проходять роки – і з молодих, перспективних чоловіків та жінок вони перетворюються на беззахисних людей. В цьому випадку теж дуже важливим є питання реабілітації – необхідно розробити програму по створенню сучасних розвинених державних реабілітаційних центрів (спочатку хоча б обласних центрів, в подальшому через короткий період – їхні філіали в районних центрах, адже транспортування дезадаптованих осіб часом для них самих та родичів буває дуже складним питанням. В кожному ЛЗ потрібно **ОБОВ'ЯЗКОВО** запровадити посаду **РЕАБІЛІТОЛОГА**, який зможе надавати різні види фізичної реабілітації для населення. А також розробити план створення робочих місць для осіб із інвалідністю, активно співпрацюючи із службою зайнятості та службою соціального захисту. Цей план повинен бути не лиш на папері, а й активно впроваджуватися в життя країни.

Четверте питання стосується роботи державних ЛЗ. Кожен ЛЗ повинен дотримуватися низки умов: по-перше, всі ЛЗ починаючи від центральних районних лікарень в сільській місцевості повинні бути забезпечені КТ-діагностикою (однак закупівля КТ-апаратів не повинна бути покладеною на місцеву владу). Міркуючи над цим питанням, я розумію, скільком людям я могла би надати адекватну медичну допомогу при підозрі на інсульт, після отримання ЧМТ, при травмах хребта тощо! Що казати вже про інших! КТ-діагностика важлива для всіх – починаючи від терапевта й закінчуючи хірургом. По-друге, створення в кожній лікарні обов'язкових навчальних симуляційних кабінетів, де як молоді лікарі, так і їхні старші колеги могли би відточувати свою майстерність в наданні реанімаційних заходів пацієнту, або ж в проведенні оперативних втручань. Такі кабінети – теж величезна рідкість, особливо в невеличких лікарнях. Нажаль, не всі мають змогу їздити на навчання в провідні клінічні центри або стажуватися закордоном. Хочеться мати можливість навчатися практично постійно. По-третє, мені як неврологу “боліло” те, що в лікарні повністю відсутня можливість надавати психологічну та інші види немедикаментозної допомоги людям з когнітивними порушеннями різної етіології. Необхідне обов'язкове створення в кожному ЛЗ мультидисциплінарної бригади медичних працівників для роботи з даною категорією пацієнтів та спеціальних кабінетів для цього. Теж може здатися, що немає в цих словах жодної нової думки, однак важливі не лише слова, а й дії. Не в усіх лікарнях є психолог, логопед, реабілітолог тощо для роботи з такими пацієнтами – і це факт. Четвертий нюанс – програми для забезпечення хворих хворобою Паркінсона безкоштовними ліками. Циклодол, який застосовується лікарями дуже довго та має досить мізерну ціну, практично не допомагає пацієнтам. А коштів, щоб оплатити дороге лікування, у них практично немає. Більшість із пацієнтів хворобою Паркінсона починають хворіти у віці 50-60 років, тобто це люди, які ще довгий час можуть бути активними та повноцінними. Також надзвичайно важливе питання – ФАП в сільській місцевості. Так, створюються пункти надання первинної медико-санітарної допомоги, однак як правило лише в районних центрах. Величезна кількість населення фізично не має змоги дістатися до свого сімейного лікаря чи до вузьконаправленого спеціаліста через постійні проблеми із транспортним сполученням, інвалідизуючими станами, які не дозволяють нормально пересуватися. Неодноразово пацієнтам, котрі чекали на допомогу біля мого кабінету, доводилося йти геть, так і не дочекавшись консультації, адже автобус до села, яке знаходиться за 30 км від районного центру та лікарні, ходить один раз на добу 1-2 рази на тиждень. Це надзвичайно сумно, що через такі здавалося б мізерні деталі люди не мають змогу отримати медичну допомогу. А у випадку ургентних ситуацій все ще складніше. А ще одне неприємне питання, яке постало зараз у зв'язку з проведеною реформою первинної медичної допомоги – підвищення рівня захворюваності жінок на онкологічні захворювання, які були вперше виявлені на пізніх стадіях. В моїй практиці було декілька випадків, коли жінки 40-50-ти років приходили на прийом з різко виниклими неврологічними скаргами різної вираженості, а в подальшому, після детального огляду виявлялося, що в них рак молочної залози 3-4 ст., який спричинив різного роду паранеопластичні неврологічні синдроми. Звісно, працюючі жінки щорічно чи кожні 6 міс. проходять обов'язковий медичний огляд, але як бути із непрацюючими жінками, або тими, хто в пошуках кращого життя їздить закордон на заробітки? Мало хто з них звертається за медичною допомогою вчасно, а потім обласні онкологи звинувачують онкологів районних ЛЗ в непрофесійності та в пізньому виявленні захворювань. Як на мене, цим питанням повинні активно займатися сімейні лікарі. Не дивлячись на скарги, з якими пацієнтка завітала до сімейного лікаря, він (вона) повинні провести огляд молочних залоз та задати питання з приводу функцій репродуктивної системи. А взагалі, сімейні

лікарі повинні активно спілкуватися зі своїми пацієнтами. Не тільки дивитися на них, як на джерело можливого прибутку. На прикладі ЦНПМСД, що знаходиться в лікарні, де я працювала, я добре знаю, як проходило становлення реформи. Як змушували сімейних лікарів набирати необхідну кількість пацієнтів, як вони записували людей навіть без їхнього відома, як потім вони не могли розібратися, “хто чий пацієнт”. Чи не схоже це на звичайну гонитву за грошима, колеги? Однак я бачила, наскільки від всього цього знизився рівень та якість надання медичних послуг. Лікарю не стільки цікаво, як правильно розробити схему для лікування свого пацієнта, як те, щоб вірно оформити електронну документацію та отримати кошти за пролікований випадок. З повною впевненістю на прикладі своєї лікарні можу сказати, що сімейні лікарі виступали радше менеджерами чи секретарями, які не провівши достатню діагностику, відразу ж направляють пацієнтів до вузьких спеціалістів. А ще сімейні лікарі, як на мою думку, обов’язково повинні проводити бесіди зі своїми хворими, детально пояснюючи необхідність профілактики захворювань, показувати їм шляхи первинно та вторинного попередження основних захворювань серцево-судинної, ендокринної та інших систем. Звісно, в час, коли Covid забирає життя, це не першочергове завдання, але щоб мати позитивні результати реформи, потрібно вчити лікарів цьому вже зараз. Якщо серед експертів виявляться також лікарі ЗГ – СМ, будь ласка, не беріть мої слова на свій рахунок. Працюючи, я дійсно зустрілася лиш з декількома сімейними лікарями, які дійсно виконують свої професійні обов’язки сумлінно. Один цікавий факт: я зараз проживаю у величному та красивому місті Стамбул, в Туреччині. В Туреччині не так давно була запроваджена страхова медицина, сімейна медицина. Можливо, також ви знаєте, що тут надзвичайно розвинена приватна медицина. До сімейних лікарів туркам ходити страшно( Навіть маючи величезну частку державного фінансування сімейна медицина тут не популярна, адже на думку місцевих жителів, сімейні лікарі надають не надто кваліфіковану та якісну медичну допомогу. До того ж хворим доводиться вичікувати в багатогодинних чергах. Цього ніхто не бажає. Чому я привела даний приклад? Лікарів потрібно мотивувати працювати над підвищенням своєї професійної компетентності, потрібно посилювати рівень конкуренції між лікарями та ЛЗ, виділяти додаткові суми коштів лише в тому випадку, якщо лікарня відповідатиме певним високим критеріям по технічному та професійному забезпеченню кадрами. В такому випадку медичні працівники працюватимуть командно над вирішенням нагальних питань і думка кожного спеціаліста буде важливою. Але держава нині створює умови апатичності, виживання та низької конкурентноспроможності. Лікарні та їх керівників поставили в такі умови, щоб жорстко стояло лиш питання виживання. Але не навчання, розвитку та мотивації. Бо лікар зі стажем в 30 років важливіший за молодого, хоч і розумного лікаря. Бо лікарям не обов’язково очно проходити курси по підвищенню кваліфікації – можна лиш заплатити “потрібній людині” та провести цей час вдома. Бо ніхто не бажає обговорювати проблеми ЛЗ відкрито та конструктивно. Бо спеціалісти зі стажем вважають, що вони й так вже знають всі нюанси своєї спеціальності.

Взагалі, як на мене, в кожному ЛЗ потрібно запровадити щомісячні зібрання медичних працівників ЛЗ – так звані дебати, під час яких кожен із медичних працівників пропонував би свій план або ідеї для покращення роботи лікарні. Можливо, в деяких ЛЗ – це звичайна практика, однак в багатьох – це зовсім не так. Однак проведення таких дебатів-обговорень повинні бути соціально відкритими та контрольованими вищими державними органами управління. Можна створити та запровадити дієву програму реформування всіх ланок медицини, однак якщо не буде активно працюючих, непідкупних державних контролюючих органів, - на успіху можна відразу ж ставити хрест!

Ще одним важливим питанням на мою думку є створення на місцях локальних, чітко сформульованих алгоритмів та маршрутів для надання екстренної медичної допомоги у випадку гострих станів (ГІМ, інсульти, ЧМТ тощо). Неодноразово стикалася з такими ситуаціями, коли за рахунок відсутності в деяких лікарнях чітко сформульованих та прописаних алгоритмів надання екстренної допомоги та постійний контроль за цим, пацієнти гинули. Поки-що ні одна контролююча державна інстанція не вимагає обов'язкової наявності в кожному ЛЗ локальних протоколів надання ургентної допомоги. А так повинно бути – немає часу на те, щоб обдумувати ситуацію – потрібно відразу ж знати, як діяти. Тобто потрібно сформулювати локальні протоки для кожного ЛЗ + постійно навчати персонал навичкам надання ургентної допомоги. Наприклад, коли на приймальний покій лікарні, в якій я працювала, швидка привозила пацієнта з підозрою на ішемічний інсульт, я усвідомлювала, що адекватну допомогу надати я ніяк не зможу. По-перше, в ЛЗ немає нейровізуалізаційних методів діагностики; по-друге, часто такі пацієнти прибували в лікарню вже поза межами терапевтичного вікна; а також, внаслідок того, що ЛЗ не підписало з НСЗУ пакет послуг на надання допомоги хворим на інсульт, я взагалі не мала права лікувати такого хворого. З приводу таких ситуацій, я вважаю було б доцільніше організувати адекватну взаємодію бригад ШМД з Центрами надання вторинної спеціалізованої медичної допомоги, які мають змогу надання цілодобової нейровізуалізаційної діагностики. Як це повинно працювати? Наприклад, на швидку надходить виклик про підозру на мозкову катастрофу в пацієнта Н. Швидка оперативно виїжджає на виклик до хворого, на місці підтверджує мозкову катастрофу методом попереднього огляду, в телефонному режимі відразу ж зв'язується зі Спеціалізованими медичними центрами, і відразу ж доставляє такого хворого туди. Це означає, що кожна районна лікарня повинна бути оснащена хоча б двома повністю укомплектованими, сучасними реанімобілями та добре навченим персоналом. В Україні наявність чітко сформованого та налагодженого маршруту ургентного пацієнта є в одиничних ЛЗ. А це дуже велике упущення! Набагато простішим та ефективнішим шляхом буде саме такий шлях – час, витрачений ефективно та мінімально призведе до швидшого надання спеціалізованої медичної допомоги, до меншого рівня смертності та інвалідності, до швидшої реабілітації даних пацієнтів та менших затрат на їхнє лікування від держави. Взагалі країна повинна орієнтуватися також на покращення транспортного забезпечення лікувальних закладів. Як і в одному із попередніх параграфів цієї програми, я теж наголошувала на даному аспекті. Життя людини набагато цінніше за транспорт та дороги. Витрачається дуже багато часу на доставку пацієнта до необхідного ЛЗ (застарілий медичний транспорт, практично повна відсутність авіаційного сантранспорту, поганий стан доріг). Над цим також потрібно працювати.

Наступне питання, як на мою думку, теж важливо розглянути – в багатьох ЛЗ немає достатньої кількості або повністю відсутні антирабічні вакцини, імуноглобуліни, вакцини та імуноглобуліни від укусів отруйних змій та павуків. Всі питання та проблеми, які я зараз описую в своїй програмі, теж прийшли завдяки практичному досвіду. Неодноразово доводилося зіштовхуватися з ситуаціями укусів даних тварин, однак в таких випадках лікарні чомусь завжди не готові до надання адекватної допомоги. У зв'язку з відсутністю достатнього контролю та боротьби з хижакими, зміною природних умов та аграрними інноваціями, популяції безпритульних собак, вовків, лисиць, а також отруйних змій та павуків за останні роки збільшуються. Деякі з отруйних тварин навіть розширили ареал свого проживання по території України (як от, наприклад, гадюки Нікольського, каракуртів). Також потрібно навчати медичний персонал надання правильної, адекватної та швидкої медичної допомоги в таких випадках.

Також під час реформи вторинної ланки медичної допомоги постало таке питання: чому оплата послуги, а саме консультацій спеціалістів вторинної ланки в декілька разів відрізняються одне від одного. Наприклад, чому ціна за консультацію лікаря-невролога – 36 грн, а лікаря офтальмолога – 68 грн? В чому різниця? І в кожній лікарні все по-різному. Чи не схоже це на професійну дискримінацію окремих спеціалістів, якою активно займаються керівники ЛЗ, виправдовуючись тим, що “спеціалісти з Києва так порахували”? На мою думку, ціну за консультацію потрібно зробити такою, щоб вона не відрізнялася більше ніж на 10-15%. Тоді мова йтиме про рівні відносини та відсутність професійної дискримінації в ЛЗ.

Ще одне із важливих питань – аптеки та аптечні ціни. Болюча тема для багатьох з пацієнтів, адже як правило також, ціни в аптеках розрізняються колосально. Особливо це стосується ФОП, які являються власниками аптек, та мережевих аптек. Чому в кожній із цих аптек ціни на одні й ті ж лікарські засоби часом дуже відрізняються? Чому не має адекватного контролю за ціноутворенням? Чому місцева влада деяких з районних центрів не дозволяє мережевим аптекам працювати в даних територіальних центрах? Я була щиро здивована, коли почала вивчати цінову політику кожної з аптек, які знаходяться на території ЛЗ, де я працювала, та усвідомила, що ціни на один і той же препарат тієї ж компанії можуть відрізнятися в декілька разів! І як правило набагато вищі ціни саме в аптеках, власниками яких являються ФОП. Чому так? Чому Сектор контролю за регульованими цінами працює не на повну потужність? Питання стоїть серйозне – адже величезні суми коштів хворого населення йдуть в кишені невідомо кому. На мою думку, потрібно врегулювати державний контроль за ціноутворенням на фармацевтичному ринку та розширення мереж соціальних аптек (з дещо зниженими цінами на основні лікарські засоби).

Хочу продовжити тему фармацевтичної ланки. А саме – розширена мережа активно працюючих представників фармацевтичних компаній. Активна взаємодія представників окремих фармкомпаній та лікарів призводить часом до формування потужних комерційних відносин між ними, які впливають на якість надання медичної допомоги. Просуваючи ін-тереси фармкомпанії, в якій вони працюють, інколи вони сприяють активному застосуванню ліків без доведеної ефективності. Деякі з лікарів у зв'язку з матеріальними труднощами готові до співпраці, однак я вважаю, що це в рази погіршує терапевтичний процес, призводить до необґрунтованих витрат коштів населення, недовіри до медичних працівників. Адже, часом, дивлячись на список ліків, котрі лікар призначив хворому для лікування, пацієнт, прочитавши про них в Інтернеті, може дійти думки, що лікар захотів на ньому нажитися. Після цього й мови не може йти про високий комплаєнс пацієнта до лікування, призначеного лікуючим лікарем. Ще на мою думку, необхідно заборонити відкриту рекламу лікарських засобів в ЛЗ (постери, халати для медичного персоналу з позначенням фармацевтичної компанії, додаткові матеріали для роботи). Все це формує у населення думку, що єдина задача лікаря “впарити” їм вигідні препарати, які зовсім не допоможуть. Не хочеться бачити дійсність такою, як вона є, однак населення дійсно не довіряє медичним працівникам, особливо лікарям. Тому, щоб мінімізувати подальше загострення ситуації, потрібно мінімізувати взаємодію лікарів із фармацевтичними корпораціями та їхні інтереси в формуванні таких стосунків.

І на останок з приводу фармацевтичного ринку – потрібно запровадити повну заборону безрецептурної купівлі антибактеріальних препаратів в аптечних пунктах. Ситуація з безконтрольним використанням антибіотиків вже зараз показує свої негативні наслідки – швидкий приріст числа антибіотикорезистентних штамів мікроорганізмів просто вражає.

Така тенденція може спричинити катастрофічні наслідки для всього населення в найближчому майбутньому. Однак все ж величезна кількість лікарів не відноситься до цього досить серйозно та розуміюче. І таки й тому, що більшість фармацевтичних компаній – виробників антибактеріальних препаратів зацікавлена в активному призначенні лікарями даної групи ліків безконтрольно. Та й пацієнти мають до них надзвичайно простий доступ. Потрібно запровадити обов'язкові рецепти на купівлю антибактеріальних препаратів та сформувати національну електронну аптечну систему, в якій кожна коробка антибактеріального препарату жорстко контролювалася б.

Також питання, яке стосується обов'язкової наявності банку донорської крові в кожному ЛЗ. Чому це важливо? Невідкладні оперативні та інші стани, які потребують швидкого переливання компонентів крові чи плазми крові пацієнту – ситуація досить часта. Однак часом ЛЗ або недостатньо забезпечена кров'ю донорів або взагалі не має банку крові. Тому доводиться діставати її в інших ЛЗ. А це час та кошти, які можуть вартувати життя людині. Також потрібно активно залучати здорове населення до донорства крові, надаючи пільги (в т.ч. матеріального характеру).

Дорогі колеги, експерти та всі, хто дочитав цю програму. Для мене написання даної програми стало корисним досвідом та цікавим питанням для міркування. Я рада, що є українці, котрі вірять в українську медицину, бажаючи зробити її по-справжньому якісною, доступною та доказовою. Я теж вірю в українську медицину та хочу в такому варіанті долучитися до її поліпшення. Щиро вдячна вас за час, який ви витратили на мою програму, на підтримку та розуміння. **Давайте разом створимо сильну, розумну та здорову Україну!**

З найкращими побажаннями

лікар-невролог Ірина Остроушко.