

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" на тему:

"Робота системи екстреної медичної допомоги України:
проблеми та шляхи вирішення"

28 лютого 2017 року

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, будемо починати наш сьогоднішній "круглий стіл". Я рада всіх вітати. Дуже приємно, що ініціатива проведення "круглого столу", яка була мною ініційована, одержала такий великий відгук від експертного середовища, від представників зі всієї України. Тому я вам всім дуже рада.

Вітальне слово я хочу надати голові комітету Ользі Вадимівні Богомолець. Будь ласка, пані Ольго.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дорогі друзі, шановні колеги! Надзвичайно приємно бачити сьогодні тут практично всю Україну, ту Україну, якій болять, якій болять і зміни в системі охорони здоров'я, і неможливість бути реалізованими так, як хотілося б, як потрібно, і неможливість надавати своєчасну якісну допомогу - це дуже болять. Болять і вам, болять і нам, оскільки невідкладна допомога і, власне, екстрена медицина є дуже важливою ділянкою в тому, щоб ми могли зберігати більше життів.

І, власне, коли ми говоримо слово "реформа", яке вже всім просто, мабуть, збрідло, ми насправді говоримо про те, яким чином держава може опікуватися своїми громадянами, яким чином держава може дати впевненість, що якщо в людини інфаркт, що бригада доїде до неї своєчасно. Яку гарантію може дати держава в тому, що в тій машині, яка доїде, будуть необхідні медикаменти. Які гарантії може дати держава, власне, людям в тому, що їх життя буде врятовано. І саме в цьому я бачу сенс держави. Тому що якщо держава не може гарантувати людям безпеку, це означає, що ми

будуємо якусь не ту державу і не зрозуміло для чого ми сплачуємо податки. А податків ми з вами сплачуємо чимало. І, безперечно, сьогодні в системі охорони здоров'я катастрофічно не вистачає грошей. І хто б і що не казав, що в межах того фінансування, яке виділяється, можна зробити якісну реформу, я з цим категорично не погоджуюся. Але є проблеми у нас не тільки фінансові, а, власне, для того, щоб система охорони здоров'я розвивалася, має розвиватися вся держава, має бути змінена економічна політика на розвиток, на сприяння малому, середньому бізнесу для того, щоб бюджет наповнювався. Тому що охорона здоров'я і соціальний захист - є те, що потребує фінансування. І без того, щоб наша держава розвивалася, зрозуміло, що ми не відбудуємо ідеальну систему. Але в межах того, що у нас сьогодні є, ми максимально маємо ті кошти, які у нас є, максимально ефективно розподілити. Саме тому зараз відбуваються певні зміни. Я думаю, що ці певні зміни кожен з вас відчуває на собі, хтось більш болісно, хтось менш болісно, хтось з бойовим настроєм, хтось із занепадницьким настроєм, але здаватись нам ні в якому разі не можна. І хочу запевнити вас, що Комітет охорони здоров'я і я як голова цього комітету, і депутатський склад, який сьогодні присутній, ми готові максимально стояти на захисті інтересів не тільки лікарів, а й всіх громадян України, тому що в даному випадку лікарі є тільки інструментом для того, щоб своєчасно надати допомогу, а ми з вами можемо бути як пацієнтами у своєму житті і кожен з вас це знає, можемо бути і лікарями, і пацієнтами.

Тому я вдячна пані Ірині, власне, за її ініціативу щодо проведення цього "круглого столу". Я зараз надам слово для привітання нашим колегам: пані Оксані Корчинській, пану Ігорю Шурмі.

Я хочу також сказати, що дещо залежить від законів, але закони, які стосуються невідкладної допомоги, у нас не такі погані. Стоїть інше питання, що вони не виконуються. Не буду зараз називати одну область, мною дуже шановану, в якій ще досі не можуть об'єднати "швидку допомогу" міста і області для того, щоб правильно розподіляти навантаження. Це ганьба, це

сором і законом це не зміниш. Це потрібно зробити на місцях. І нам потрібно навчитись працювати заради нашої держави, бо зірок в Україні дуже багато і гетьманів дуже багато, і керівників дуже багато, мало тих, які готові кожного дня помаленьку, по цеглинці будувати нашу державу.

Власне, я дуже сподіваюсь, що результатами цього "круглого столу", власне, всі ваші пропозиції будуть внесені в резолюцію і ця резолюція дасть нам можливість підготувати необхідні зміни до законодавства і рекомендації профільному міністерству, представники якого тут присутні, і зробити так, щоб наша робота була скоординована.

Зараз надаю слово пані Ірині Сисоєнко.

СИСОЄНКО І.В. Я вітаю ще раз всіх присутніх. Я хочу зазначити ще раз про те, що саме розвиток служби екстреної медичної допомоги має бути пріоритетом сьогоднішньої державної політики і особливо це стосується роботи Міністерства охорони здоров'я. Чому ми маємо так робити? На жаль, але ми всі знаємо, що Україна займає перше місце по смертності серед європейських країн. На жаль, 70 відсотків людей, життя їх ми втрачаємо на моменті того, як швидка медична допомога не приїжджає або приїжджає несвоєчасно. І саме ці цифри мають стати підставою для того, щоб керівництво нашої держави, в першу чергу це уряд, який безпосередньо формує політику держави і формує державний бюджет, має визначити це в пріоритеті.

На жаль, в державному бюджеті на 2017 рік не передбачена окрема державна програма саме на розвиток служби екстреної медичної допомоги. Під час голосування в першому читанні за державний бюджет України моя поправка була з голосу саме за те, щоб включити і створити таку державну програму і передбачити хоча б мінімальне фінансування на створення єдиних диспетчерських для всіх областей України в розмірі 372 мільйона. І хоч ця поправка одержала 220 голосів народних депутатів, але, на жаль, не вистачило всього-на-всього 6 голосів. 6 голосів не вистачило для того, щоб ці

кошти були закладені в державний бюджет. І, ви знаєте, мені особисто це було дуже прикро.

І саме тому я буду продовжувати боротись далі за те, щоб в державному бюджеті з'явилися відповідні кошти. Тому що, якщо говорити в пріоритеті, чи потрібні сьогодні якісь серйозні зміни до законодавства для того, щоб відбувся розвиток і робота екстреної медичної допомоги, ні, ми розуміємо, що є прийнятий закон 2013 року, який просто має виконуватися. Але на його виконання мають бути кошти! Тож пріоритетом сьогодні є в першу чергу не зміни до законодавства, а виконання законодавства України.

Сьогодні ми будемо обговорювати багато різних питань, і зараз я просто хочу назвати основні речі, які ми будемо обговорювати і відповідно по яким сформовані доповіді, і по яким за результатом сьогоднішньої зустрічі ми маємо сформувану чітку позицію. Перше, ми розуміємо, що надзвичайно важливим є, щоб в кожній області були сформовані й ефективно працювали оперативні диспетчерські служби центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф. Тому що саме від оперативності й якості цієї роботи диспетчерських залежить життя людей, яке безпосередньо пов'язано з функціонуванням машин швидкої допомоги, координації викликів і безпосередньої госпіталізації до медичних закладів.

Другим важливим питанням є питання автотранспорту. Ми знаємо, що, на жаль, дуже застаріла матеріально-технічна база. Машини швидкої допомоги, є такі навіть випадки, які я бачила, де вік машин старший, ніж деякі присутні тут народні депутати. І ми розуміємо, що це дає підстави до того, що виконати терміни доїзду до 10 хвилин, до 20 хвилин просто технічно є неможливим.

Третє питання. Мабуть, найбільш важливе, яке турбує майже усіх, це заробітна плата працівників екстреної медичної допомоги. На жаль, цей рік, прийняття Державного бюджету, збільшення мінімальної заробітної плати показують те, що, в першу чергу, в катастрофічному становищі сьогодні є працівники Служби екстреної медичної допомоги, тому що саме вони

сьогодні не мають достатнього фінансування фонду оплати праці на ці додаткові і гарантовані законом надбавки, які передбачені в законодавстві, і які мають бути виконані, але на яких немає просто коштів. Тож я вважаю, що це питання, яке також терміново ми маємо вирішувати. І сьогодні питання того, що саме певна зрівнялівка по заробітній платі це є певними соціальними обуреннями, в першу чергу, для цієї категорії медичних працівників. Тому що за результатами січня ми маємо заробітну плату лікаря невідкладних станів майже таку саму, як одержує санітарка, як одержує сторож, і така несправедливість також є неприпустимою.

Наступне питання. Це законопроект 1164. Це також питання, яке стосується заробітних плат і надбавок, і соціальних захист, це безпосередньо водіїв машин швидкої допомоги. Цей законопроект у нас в комітеті пройшов друге читання, але другий рік ми від імені всього комітету, всі народні депутати вимагаємо, щоб уряд дозволив парламенту поставити цей законопроект на розгляд, і щоб ми його прийняли, а відповідно за цим законопроектом мають бути надані фінанси на міста для того, щоб водії швидкої допомоги так само одержували відповідні виплати за свою роботу.

Четверте питання. Це питання координації і взаємодії у форматі створення госпітальних округів, які зараз відбуваються по всій території України, і безпосередньо затвердження критеріїв, вимог до лікарень інтенсивного лікування першого рівня та до лікарень інтенсивного лікування другого рівня. Це також сьогодні є незрозумілим. Критеріїв поки що немає, і я вважаю, що якраз координація медичних закладів, надання допомоги між другим рівнем медичних установ у форматі обов'язкового створення відділень екстреної медичної допомоги при багатопрофільних лікарнях, які є зараз, також сьогодні мають бути чіткими, пріоритетними, і найголовніше, фінансово гарантованими зі сторони держави.

Далі. Дуже важливе питання, яке я також хотіла, щоб сьогодні ми розглянули, це питання захисту прав медичних працівників екстреної медичної допомоги. Ми знаємо, що дуже часто бригади швидкої допомоги:

лікарі, фельдшери, водії приїжджають до пацієнтів, які мають певні психічні розлади. Також є ситуації, які потребують певної координації разом із службами поліції, і також це на рівні закону це може бути цією ініціативою, яку ми, як народні депутати профільного комітету, маємо підтримати і ініціювати в змінах до законодавства.

Це основний такий план питань, які сьогодні ми будемо всі разом обговорювати. І найголовніше – не просто обговорювати, а дуже важливо, щоб ми це все змогли вирішити.

Я дуже рада, що сьогодні присутні на нашому заході представники Міністерства охорони здоров'я. І я знаю, що є великий виклик, щоб ми обговорювали ініціативи, які пропонуються Міністерством охорони здоров'я. Це запровадження парамедицини, здобуття нових спеціальностей, таких, як парамедик, і також ми всі разом маємо обговорити і вирішити, а чи доречно це сьогодні для нашої держави. І якщо це доречно, то коли саме ми маємо це запроваджувати. І багато-багато запитань, які, я знаю, що є у кожного з вас, і після наших виступів я думаю, що ми також надамо слово всім бажаючим по декілька хвилин, щоб у нас був такий саме діалог, діалог на вирішення всіх тих проблем, які стосуються роботи служби екстреної медичної допомоги нашої держави.

Дякую усім за увагу. І наступні слова – від народних депутатів нашого комітету. Ви знаєте, це перший "круглий стіл", і це, мабуть, показує те, що це найбільш актуальна тема, на розгляд якої прийшли дуже багато членів профільного Комітету з питань охорони здоров'я. І я дуже всім рада.

Корчинська Оксана Анатоліївна, будь ласка, наступне ваше слово.

КОРЧИНСЬКА О.А. Доброго дня. Сьогодні я у депутатському корпусі представляю фронтову медичну екстрену ланку. Ще раз наполягаю: фронтову, фронтову. Тобто я безпосередньо координатор по евакуації поранених із зони АТО, діючи два з половиною роки. Будучи парамедиком, мені довелося очолювати, бути начмедом у свій час сектора "Маріуполь". І

будучи далі діючим координатором, я дійсно до вас звертаюсь зараз від імені Міністерства оборони, позаяк у нас зараз є єдиний штаб, котрий на даному етапі називається "Координаційно-цивільний військовий штаб з медицини", котрий координує в першу чергу медицину по АТО. А по нашому оборонному бюлетеню у нас переходить і по рішенню Кабінету Міністрів цей штаб зараз реформується, разом з Міністерством охорони здоров'я ми реформуємося в штаб, координаційний єдиний штаб при Кабінеті Міністрів. Вся ланка у нас лишається. Це міжвідомчий штаб, все, що стосується в тому числі, в першу чергу, екстреної медицини. Для нашого штабу принципово важливо, щоб цей пункт про затвердження і впровадження нових спеціальностей – "інструктор з надання медичної допомоги", "парамедик" і "екстрений медичний технік" – для нас важливий, особливо зараз для ланки Збройних Сил України, тому що якраз у цій доктрині, котра перша затверджена Президентом і випрацювана якраз профільним нашим комітетом, Комітетом Верховної Ради з питань охорони здоров'я, це була перша доктрина, воєнно-цивільна військова доктрина, котра затверджена була Президентом у 2015 році. Якраз у межах цієї доктрини і в межах оборонного бюлетеня, котрий затверджений Кабінетом Міністрів, для нас надзвичайно важливо, щоб ця термінологія була введена і ці спеціальності були введені. Це я до вас офіційно звертаюсь зараз від Цивільно-військового штабу і в першу чергу від Збройних Сил України, від МВС, від СБУ, від тих, хто бере участь на даний момент в АТО, і від тих, хто формує зараз оборонний бюлетень. Ми зараз формуємо єдиний план разом з Міністерством охорони здоров'я по евакуації мирного і військового населення в разі війни і прошу вас не забувати про те, що ми воююча країна, про те, що ми хочемо миру, але ми повинні бути готові до війни і це стосується, в першу чергу, екстреної ланки медицини.

Сьогодні мова буде іти більше про цивільну медицину, без сумніву, і в більшості тут зібрались спеціалісти безпосередньо з екстреної цивільної медицини, але прошу вас враховувати все ж такі фронтові потреби, прошу

вас враховувати те, що в нас є найбільший периметр з будь-яких європейських країн з країною, котра є окупантом території України, і що ми повинні з вами бути готові надати допомогу в разі війни. Для цього нам принципово, ще раз наполягаю, потрібно забезпечити запровадження цими спеціальностями.

Тому в даному разі я вас прошу враховувати ці спеціальності і підтримання їх в резолюції "круглого столу" не так, як для цивільної медицини, як для військової ланки. Для нас це принципово важливо, тому що ми готуємо зараз з Збройними силами України та з нашими силовими відомствами кілька підготовчих полігонів, де буде працювати кілька одночасних міжнародних центрів по підготовці з тактичної медицини. Це буде рівень як медичних, тобто військових медиків, так і парамедиків і тому для нас іншого виходу немає, як рухатись в цьому напрямку. Військова медицина не може розраховувати виключно тільки на контракти фельдшерів і тільки на контракти з медиками. Військова медицина повинна готувати парамедиків і інструкторів з домедичної допомоги. Тому прошу піти нам назустріч, тому що це важливо в найближчий час для забезпечення медиками фронту.

Дуже вдячна за увагу. Надіюсь, що тепер ви зрозуміли, чому це в резолюції стоїть і чому і для нас, і для Міністерства охорони здоров'я, як і для Міністерства оборони це принципові важливі поняття. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Оксана Анатоліївна. Передаю слово Шурмі Ігорю Михайловичу, будь ласка.

ШУРМА І.М. Шановні колеги, я тільки два речення скажу. У 2008 році в Харків приїхав заступник міністра, тут присутній Володимир Дмитрович Юрченко, він був у 2008 році весною на відкритті роботи екстреної медичної допомоги, коли ще не було закону. Ідеальна модель, яка була, він можливо це скаже, бо він буде виступати, але це вже було зроблено, це був 2008 рік.

Я зараз перед початком "круглого столу", відверто кажучи, я прийшов сюди на роботу по проблемах і шляхах вирішення роботи системи екстреної медичної допомоги, я не прийшов вас вітати, вітати нас немає з чим. Я сьогодні прийшов вислухати про проблеми, хто має які здобутки, а в кінці, коли всі виступлять і ви мені дозволите, я би не як народний депутат, а як експерт, який впроваджував цю систему без законів, і ми її впровадили, скажу, що там на сьогоднішній день є, я би зробив деякі поради, що потрібно робити. Тому що сьогодні, якщо цей "круглий стіл", це є оголення проблем і причин, чому сьогодні п'ятий рік уже існує фактично Закон про екстрену медичну допомогу, а фактично він не працює.

Дякую. Я в кінці попрошу ще слова.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Ігорю Михайловичу. Будь ласка, Кириченко Олексій, вам слово.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую усім присутнім. Я вважаю, що це дуже важлива тема, тому що насправді я працював фельдшером медичної допомоги в 1993-1994 роках, я точно знаю, як вона працювала. І до мене протягом вже останніх півроку звертається багато працівників "швидкої медичної допомоги" з дуже таким наполегливим питанням: а навіщо ламати те, що й так добре працює? І я не можу відповісти на ті питання, які мені задають. Так, ми абсолютно правильно кажемо про те, що треба на лінії зіткнення, на лінії фронту робити парамедиків і, можливо, ще якісь спеціальності. Але треба точно розуміти, що нам робити з нашими лікарями "швидкої допомоги", які працюють, пропрацювали все життя, бачать сенс цієї роботи, люблять цю роботу і хочуть далі працювати на "швидкій допомозі".

У нас є досить ефективно працююча система "швидкої медичної допомоги", яку, так, можна покращити, можна зробити централізовані диспетчерські, зробити їх адаптованими до МВС, до МНС, щоб ми бачили по

всій країні це. Це буде краще. Можна краще їх оснастити, можна дати кращу заробітну плату. Але навіщо ламати те, що вже й так добре працює? І я дуже радий, що тут є представники Міністерства охорони здоров'я, які, я сподіваюсь, дадуть відповідь, що ми намагаємось зараз реформувати. Це перше питання.

По-друге, у нас, з моєї точки зору, катастрофічна ситуація з кадрами, в першу чергу з лікарями. Рівень оплати праці спонукає високоінтелектуальних людей міняти професію, тому що рівень оплати абсолютно не конкурує з рівнем оплати в інших сферах української промисловості і навіть вже вчителі заробляють більше. Я вважаю, що це треба теж змінити.

Тому я прошу вас, можливо, я десь помиляюсь, але дайте відповіді, чи правильно я думаю, чи помиляюсь я, чи, може, нам не треба зараз "ламати дрова", а зберігати те, що є? *(Оплески)*

ШУРМА І.М. Шановні колеги! У мене тільки одна ремарочка коротенька, якщо ми себе поважаємо і ми сьогодні прийшли говорити про службу, забудьте слова "швидка допомога". Це минуле. Немає. Ми говоримо сьогодні про екстрену медичну допомогу. Ну хоч себе поважайте, є ж закон. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги! Я би хотіла трішки повернутись назад і сказати, що так само, як серед вас, так і серед народних депутатів немає однозначної визначеної позиції. І це дуже добре. Нам потрібно навчитись культурно, ефективно дискутувати і саме в правильному пошуку знаходити правильне те краще, що буде для нашої країни.

Я хотіла би вам пояснити зараз, от слова "парамедики, медичні техніки" у вас викликають обурення. Я би хотіла зараз, щоб ми "не викинули дитяtko" випадково. Тобто є різні дві системи і два різних бачення. Бачення Міністерства охорони здоров'я сьогодні одне, і вони бачать парамедиків і медичних техніків в бригаді швидких допомог.

Але є зовсім інша система, коли парамедиками в європейських країнах є пожежники, поліцейські, ті люди, які працюють в метрополітені, водії-далекобійники, вчителі фізкультури в школах і велика кількість контингенту тих людей, які зобов'язані своєю посадовою інструкцією вміти надати допомогу тому, хто постраждав, стабілізувати і допомоги дочекатись приїзду "швидкої".

Я зі свого боку також не вважаю, і це моя особиста позиція, не позиція комітету, що нам потрібно іти на поводу у американської моделі, де в швидких допомогах не їздять лікарі, бо там немає такої зарплати, яку можна заплатити лікарю, щоб після того, як він 10 років навчається і витратив мільйон доларів, щоб він сів в "швидку". У нас немає догоспітального етапу, у нас краще! Тому що у нас до людини з гіпертонічним кризом приїздить лікар, який надає їй консультацію.

Также хочу зазначити ту проблему, з якою ми ще не зіткнулися, яку я бачила півроку тому в Румунії. Там, де вони зробили реформу приблизно таку, як хоче зараз зробити Міністерство охорони здоров'я первинної ланки. Де сімейні лікарі на своєму з'їзді прийняли рішення, що вони працюють в п'ятницю до четвертої години. І до понеділка о дев'ятій годині всі пацієнти, у яких виникають проблеми - температура у дітей, інфекційні хвороби, переломи – вони всі спрямовуються у відділення невідкладної і екстреної медицини. І те, що там відбувається з четвертої години п'ятниці до дев'ятої години понеділка – це англійське слово "nightmare", тобто страшно на це дивитись, що там відбувається! І мені дуже хотілось би, щоб ми не попали в ту саму ситуацію і не зробили гірше, тому що зараз у нас краще, як би не дивно це звучало.

І перед тим, як пані Ірина надасть зараз слово нашому наступному доповідачу – пані Тетяні Тімошенко, я думаю, що ви всі з нею знайомі і знаєте, я хочу зараз попросити пані Тетяну піднятися і вручити їй тут диплом.

Ми разом з нею працюємо в програмі НАТО, яке допомагає Україні створювати тренінговий центр для парамедиків, в яких немає медиків, які не їздять в "швидких": мова іде про поліцейських, про пожежників, про водіїв. І цей тренінговий центр буде створено в Україні.

І, власне, це диплом від програми НАТО, який я зараз вручаю пані Тетяні Тімошенко.

Тому прошу вас не боятись слова "парамедики", воно має право на життя. Дякую. *(Оплески)*.

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, переходимо до нашої програми. І якраз передаю слово безпосередньо представникам Міністерства охорони здоров'я. Пані Тетяно Тімошенко, будь ласка.

ТІМОШЕНКО Т.В. Дякую.

Я, напевно, трошки скорочу свій виступ. І я думаю, що до статистичних даних, які подаються щороку відповідно до роботи центрів екстреної медичної допомоги, які включаються у форми 22, я дуже швидко пробіжуся по основних цифрах, щоб ви розуміли, що зараз відбувається з екстреною медичною допомогою в Україні.

На сьогодні у нас працює 2945 бригад, з них є лікарських 997 бригад, 1812 фельдшерських і 136 спеціалізованих бригад. Хочу сказати, що з лікарськими бригадами в нас стан на рівні 2015 року. І ми говорили про те, що в багатьох областях України, якщо ви будете подорожувати, будете бачити, еволюційно склалося так, що лікарів дуже мало на бригадах швидкої допомоги. І от питання щодо роботи лікарів, я би хотіла все ж таки зауважити. Якщо система до цього часу 25 років не була спроможною створити виключно лікарські бригади, які могли би їздити на виклики, і ми еволюційно зараз втрачаємо щороку лікарів з догоспітальної ланки, то ми маємо подумати про те, а хто ж буде їздити завтра. І тому те слово "парамедик", яке дуже сильно всіх лякає, але по факту, якщо ми беремо

парамедика і нашого фельдшера медицини невідкладних станів, ну майже те саме по навчанню, єдине, що парамедик має трошки більше компетенції в Америці. І я думаю, що якраз в напрямку цього ми рухаємося, щоб ми могли абсолютно спокійно мати систему, яка буде надавати якісну екстрену медичну допомогу на догоспітальному етапі, навіть якщо ми втратимо майже всіх лікарів. Так працюють багато систем, в тому числі в розвинутих європейських країнах. І ми говоримо про те, що лікар не піде із системи екстреної медичної допомоги.

Я думаю, що наші шановні депутати дуже багато подорожують, ми з Іриною особисто їздили по Київській області, я хочу сказати, що ми маємо велику проблему, коли ми привозимо людину у невідкладному стані в лікарню, де у нас в приймальному відділенні працюють або терапевти, або дерматологи, або інфекціоністи, або ще якісь лікарі, які, на жаль, не можуть надати екстрену медичну допомогу. І тоді ми втрачаємо час нашої бригади екстреної медичної допомоги, тому що ми заміщуємо роботу госпітального етапу працівниками догоспітального етапу.

Якщо ми мали б реальну статистику смертності, роботи, втрати часу, то повірте мені, багато хто з нас вже давно би думав, як змінити систему на краще.

Далі ми говоримо про забезпечення – про забезпечення автомобілями. Це, по суті, наш ресурс, з яким ми працюємо. На сьогоднішній день у нас працює 3118 автомобілів. На жаль, ми маємо зниження цього ресурсу, тому що багато з цих автомобілів, а ви бачите на слайді, у нас є два типи, які ми використовуємо в своїй роботі, деякі центри екстреної допомоги досі використовують інший тип – це тип "А", який взагалі мав би працювати на невідкладній допомозі. Трошки розділяємо екстрену і невідкладну допомогу. Але так як ми не змогли забезпечити стовідсотково потреби, то деякі центри екстреної допомоги працюють ще на класі "А", автомобілі типу "А". Але тим не менше, ми бачимо, що на сьогодні ми не забезпечені: 80 відсотків від нормативу ми маємо типу "В" і 28 відсотків ми маємо типу "С".

Хоча я як людина, яка дуже багато аналізує, хочу сказати, якщо б з системи екстреної медичної допомоги пішли би виклики непрофільні, то швидше за все та закупівля, яку ми плануємо і яку ми планували, вона була би набагато меншою, тому що зараз ми використовуємо неефективно ресурс, я можу це з відвертістю сказати. Ми деколи використовуємо тип "С" на випадках, які не потребують цього. Чому ми це робимо? Тому що ми не маємо, тому що інші машини поїхали на інші виклики. Я вважаю це неефективним використанням ресурсу.

Наступний слайд, будь ласка. А цей слайд показує нам, скільки автомобілів застаріло. Це те, про що говорила пані Ірина, що ми працюємо на застарілих автомобілях. Коли я бачила в наших областях автомобілі, вони дуже хороші, можливо, базово, вони проїзdnі, вони проїжджають реально в ті точки, куди не проїжджають "Рено", "Пежо" і так далі, але, вибачте, їхати в стані коми і "пригати" на наших дорогах, то це просто, я вважаю, неможливо і нереально, хоча це реально фактично. Тому ми маємо звернути на це увагу і ті зміни до Бюджетного кодексу, які ми подавали, і ті зміни до бюджету, і ми просили, щоб держава все ж таки.

Ми бачимо, що деякі області є дотаційними, вони не можуть забезпечити себе хорошим ресурсом, тому вони звертаються до Міністерства охорони здоров'я. Ми включили в державну програму закупівлю автомобілів, на жаль, її не було підтримано. Тому я звертаю увагу як губернаторів областей, якщо ви маєте ресурс поновити автомобілі центрів екстреної допомоги, будь ласка, зробіть це, або ми маємо тоді підтримати цільову програму закупівлі автомобілів екстреної медичної допомоги через державу.

Наступний слайд, будь ласка. Далі це медичне обладнання. Якщо ви бачите теж цю картину, ми маємо недозабезпеченість певним обладнанням в системі. Що ми говоримо? Ми говоримо про якість надання допомоги. Я як лікар або фельдшер, приїжджаючи на виклик, не маю думати, чим мені там працювати, я маю думати, як завдячуючи забезпеченому медичному

обладнанню, надати екстрену медичну допомогу. На жаль, не всі бригади забезпечені на 100 відсотків.

Наступний слайд, будь ласка. Тепер, що стосується укомплектованості працівниками. Лікарі на сьогодні складають 77 відсотків, тобто забезпеченість лікарями 77 відсотків, молодші спеціалісти – 92 відсотки, молодший медичний персонал – 89, інший персонал – 83 відсотки. Тобто ми бачимо теж недоукомплектованість. Але я більше скажу, коли ти починаєш аналізувати більш глибоше систему, і коли ти дивишся на те, як відбувається планування системи, давайте говорити відверто, ми бачимо недоукомплектованість бригадами на сьогодні в областях, у нас одна бригада на 10 тисяч населення. Тобто якщо центр екстреної медичної допомоги потребує 150 бригад, то вони мають бути в області і тоді ми можемо говорити про якість надання медичної допомоги. Якщо ми із 150-и маємо тільки 130, то значить, що 200 тисяч людей у нас вже недоотримують допомогу. Тому і про це потрібно говорити. І потрібно говорити про те, що губернатори мають про це знати. І коли ми плануємо системи екстреної медичної допомоги і падаємо цифри 100 відсоткової потреби, то непотрібно їх різати на рівні області. Ми хочемо бачити реальну потребу в системі екстреної допомоги.

Наступний слайд, будь ласка.

Кількість звернень до екстреної допомоги у 2016 році склала 10 мільйонів 90 тисяч, що більше, ніж у 2015 році, але ці звернення, які були до оперативно-диспетчерської служби, або фізично люди інколи приходять до нас на наші станції екстреної медичної допомоги за консультативною допомогою. Я, чесно кажучи, фізично, дуже важко мені зрозуміти ці приходи до станції, хоча ми бачимо, якщо не розвинена первинна ланка, то, звичайно, будуть звертатися куди завгодно люди, і вони праві в цьому.

Так от, якщо ми беремо кількість звернень за екстреною медичною допомогою, то відмовлених необґрунтованих викликів – це що значить? Це те, що ми в телефонному режимі зрозуміли, що це не є екстрений випадок. І

як показує, наприклад, система міста Києва, яка вже давним-давно працює з чітким розподілом на екстрені і не екстрені виклики, вони передаються на первинну ланку, на невідкладну допомогу. І от, як ми бачимо із цього слайду, 554 тисячі викликів – це є необґрунтовані, які мали б дзвонити, можливо, до іншого кол-центру, проконсультуватися. Я була сама свідком у вінницькому центрі, коли подзвонила бабуся і запитує: "А котра зараз година?" Це нереально. Фактично є, але це немає бути так. Ми маємо це змінювати.

Наступний слайд, будь ласка.

Далі. Загальна кількість виїздів. Тобто це звернення були – 10 мільйонів. Конкретно ми виїхали на 8 мільйонів 983 виклики, але навіть попри те, що цих 8 мільйонів було, майже 9 мільйонів, ми бачимо, скільки з них є не викликами екстреної медичної допомоги. Виїзди на непрофільні виклики складають 273, це 3 відсотки.

Далі. Безрезультативні виклики – 3 відсотки, 299. Технологічні виїзди – 1,3 відсотка. Тобто це те, над чим ми, Міністерство охорони здоров'я і наші центри мають працювати – ми маємо зменшувати ці цифри за рахунок того, що ми будемо працювати в екстреній допомозі. Звичайно, коли буде розбудована вся система, включаючи первинну ланку, тому що зараз відмовити ми не маємо права – це людські життя, і ми не знаємо поки що що там трапилося, на тій стороні дроту, але тим не менше ми маємо працювати над зменшенням тих викликів, які не є профільними для екстреної медичної допомоги.

Наступний слайд, будь ласка.

Кількість виїздів бригад екстреної медичної допомоги на випадки, що закінчилися летально, 135, 1,5 відсотка викликів у нас закінчилося летально. Це не за рахунок системи екстреної допомоги. Ми бачимо, що більшість з них, це 94 відсотка, це смерть до приїзду. Повірте мені, я впевнена, 70 відсотків з цих виїздів могли би, напевно, і врятувати життя людини, якщо б була побудована система, як ми говоримо, від First Responder до лікарні. Тому що коли приїздить, ви бачили відео, яке "гуляло" в YouTube, коли

приїздить поліція на виклик біля нашого торговельного центру "Україна", і 7 хвилин ми чекаємо екстрену допомогу, 7 хвилин. Але ми нічого не робимо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Пані Тетяно, вибачте, одну хвилинку. Шановні колеги! Я хочу вам нагадати, ми знаходимося в прямому ефірі, вас транслює телеканал "Рада" на всю Україну. Прошу, будь ласка, щоб було тихо, тому що доповідача погано чути. Дякую.

ТИМОШЕНКО Т.В. І якщо би ми мали можливість нашими поліцейськими надавати допомогу, першу допомогу, яка трапляється на місці подій, то я думаю, що ці життя можна було б врятувати.

Будь ласка, наступний слайд. Статистичний слайд. Я його називаю статистичним, виключно статистичним. До 10 хвилин у нас доїжджає 93 відсотки. До 20 хвилин – 87. Шановні колеги! Статистика може витерпіти все. Люди не витерплять цього. Тому, будь ласка, я звертаюсь до керівників Центрів екстреної медичної допомоги про правдиві цифри на наших "круглих столах", на доповідях, які ми маємо.

Я сподіваюся, що впровадження саме оперативно-диспетчерських служб, які не дозволяють викривляти цифри, а які автоматично фіксують виклики наших бригад, все ж таки дозволить змінити нам цю статистику. І якраз це те, що буде давати нам можливість аналізувати як керівникам і приймати вірні управлінські рішення. І обґрунтовувати для наших губернаторів, чому саме мають вкладати гроші в екстрену медичну допомогу.

Будь ласка, наступний слайд. І це вже якраз конкретні кроки, які ми плануємо зробити, тобто розбудова оперативно-диспетчерських служб. На сьогодні Луганська і Одеська області навіть не виділили приміщення. Про що це говорить? У 2013 році був прийнятий закон, відповідно до якого мали бути створені Центри екстреної медичної допомоги і побудовані оперативно-диспетчерські служби. Немає приміщень. Звертаюся до губернаторів цих двох областей розглянути це питання і все ж таки виділити приміщення для

центрів, для розбудови оперативно-диспетчерських служб. На сьогодні в 19 регіонах вже проведено ремонтні роботи, тобто уявляєте: вкладені гроші державою, є приміщення – на жаль, немає обладнання, на жаль, немає програмного забезпечення. І коли ми подали бюджетну програму на закупівлю обладнання, програмного забезпечення, тих же самих радіостанцій, повірте мені, це теж дуже важливі є питання, до бюджету це не було прийнято. Тобто ми завжди десь там, далі. Тому я звертаю увагу на це.

Дуже багато регіонів зараз підняли це питання перед своїми губернаторами. І регіональні програми дозволяють робити і закінчувати розбудову оперативно-диспетчерських служб. На сьогодні ми будемо корегувати той наш бюджетний запит, тому що якщо виділено в регіонах, ми їх виключимо просто з того бюджетного запиту. І ведуться роботи на сьогодні в Хмельницькому.

Будь ласка, наступний слайд. Я хочу подякувати цим областям за те, що вони вже впровадили оперативно-диспетчерські служби в своїх регіонах. На жаль, у нас Вінницька, Полтавська, Сумська і Запорізька області - тільки впровадили поки що місто і райони. Ну, це дуже класно, що це зроблено, але ми сподіваємося на те, що далі буде розбудовано і все ж таки всю область охопить оперативно-диспетчерська служба.

Будь ласка, наступний слайд. В 2017 році якраз таки за кошти вже регіональні планується відкриття: Волинська, Донецька, Київська, Миколаївська, Тернопільська області. Я теж дуже вдячна і керівникам центрів, і губернаторам, що звернули увагу на це питання.

Будь ласка, наступний слайд. Тепер все ж таки щодо розвитку парамедичної служби, яку ми так сильно боїмося, і 20 чи 25 років не можемо впровадити. Парамедик – це людина, яка навчається в медичному коледжі. Навчається вона так само, як і наш фельдшер – 3 роки, але з нуля вона навчається роботі в системі екстреної медичної допомоги. Тобто це людина, яка може приймати швидкі рішення в критичних станах. Тому що ми знаємо,

що екстрена медична допомога, вона не працює в якихось планових речах, вона працює в екстрених умовах.

Ми буквально нещодавно повернулися зі змагань в Тернопільській області. Я хочу сказати, що там декілька днів потрібно для того, щоб зробити аналіз роботи бригад, які були виставлені на міжнародні змагання, купа помилок, просто критичні помилки! Добре, що це був манекен. Людина би померла. Про що це говорить? Про те, що ми, навчаючи наших людей, на жаль, ми не навчаємо їх працювати в системі екстреної допомоги. На жаль! Тому ми хочем це змінити. Вони будуть вчитися в системі екстреної допомоги. На жаль, ми не маємо практичних навичок. На жаль! Ми не маємо хороших симуляційних центрів. От якраз центр, про який говорила пані Ольга, ми бачили такі центри, вони дійсно дають можливість людині набувати практичних навичок. Декілька таких центрів є в Україні. Ми були в Тернопільському університеті, який має такий центр. Якщо ми будемо це робити і далі, повірте мені, в систему буде приходити не фельдшер, який поки що не може працювати, 2 місяці прикріплений, але, на жаль, він не може працювати самостійно в системі. Тому ми маємо це змінити. Він має сідати на машину і працювати. Лікар має приходити і працювати, а не ще декілька місяців стажуватися. Так не має бути.

Ми говоримо про зміну системи підготовки. Ми говоримо про зміну навчання цих людей. Ми говоримо про те, що ці люди будуть мати певні вимоги і критерії до роботи в системі екстреної допомоги.

Повірте мені, коли я бачила дівчат, які теж були на змаганнях, їм було поставлено завдання: зі всіма своїми речами взяти постраждалу людину і декілька хвилин її нести. Я сама особисто одягла рюкзак, взяла все, що в руках фельдшера в цей час, повірте, це дуже важко, дуже важко фізично. Тому це маємо змінювати теж. Мають працювати люди, які в змозі це робити. І ми маємо звертати на це увагу, не мовчати про це.

Далі ми говоримо про систему реєстрації цих людей. Вони навчилися, далі вони мають постійно підвищувати свою кваліфікацію, вони мають бути

zareestrovanimi v bazi, de mi chitko znajemo, xto cja ludina, jak vona navchajetsja, jki vona maє navichki i kompetenckii dla roboti v sistemі ekstrenoj medichnoj dopomogi.

I ще гірше те, що в нас, на жаль, немає іміджу ні лікаря медицини невідкладних станів на сьогодні, ні фельдшера медицини невідкладних станів в системі охорони здоров'я. І це біль.

Коли я спілкуюся з головними лікарями лікарень швидкої допомоги, вони кажуть: "Про що ти говориш? Лікар медицини невідкладних станів – хто це є?". Це зневага. Хоча це людина, яка перша рятує життя.

Тому ще раз кажу, ми маємо підняти імідж працівників системи екстреної медичної допомоги, і ми будемо працювати над цим, як лікаря медицини невідкладних станів. І те, що ми говоримо, лікар медицини невідкладних станів, наші плани – розбудова відділень екстреної медичної допомоги в тому вигляді, як вони є за кордоном, і врятування життя людини не тільки на до госпітальному етапі, а й на госпітальному етапі теж. І от якраз там мають працювати лікарі медицини невідкладних станів. Звичайно, деякі системи мають лікарів на до госпітальному етапі. В Німеччині, наприклад, лікарі інколи виїжджають. Вони не виїжджають на всі виклики 100 відсотків, та інколи вони виїжджають. І це правильно.

Будь ласка, наступний слайд. Це якраз побудова самої системи, те, що ми говорили, від першої допомоги, яку можуть зробити рятувальники, пожежники, поліцейські – і далі вже до госпітального етапу. Ми говоримо про парамедичну систему, яка включає в себе інший склад бригад. Ми не виключаємо із бригад лікарів до тих пір, поки не буде система працювати якісно і ефективно. До цього часу в нас будуть. Ми планували, що це може бути за 10 років. Це такий план наш. Я сподіваюсь, що це можна буде зробити і швидше, якщо буде підтримка з усіх сторін цього питання.

Будь ласка, наступний слайд. Це порівняльна інформація, те, що є зараз, наприклад, в навчанні. Я вже багато чого казала, тому я не буду повторюватися. Система сертифікацій. Ви отримуєте диплом на все життя.

Цього немає ні в одній країні світу. Ви отримали диплом, ви маєте його підтверджувати. І те, що ми говоримо про курси підвищення кваліфікації, і те, що ми говоримо зараз про тематичні удосконалення, продажі – вибачте, продажі - навіть не знань, навіть не знань, розумієте, це не є ефективна система підготовки навчання. І ми маємо про це дбати.

Далі ми говоримо про підтримку компетенції. Якщо я навчилася і маю цю компетенцію після навчання, якщо я її не використовую протягом хоча б одного року, повірте мені, ви її втратили. І тому ми маємо ці компетенції постійно підтверджувати. Далі ми говоримо за контракт. Ми маємо контракувати з цими людьми. Вони мають знати, що ми маємо їх мотивувати. Ми маємо змінити систему оплати. Не хоче? Вибачте, ну дійсно, лікар, який отримує після, ми були з пані Іриною в Центрі, скільки отримує зараз лікар, який провчився майже 7-8-9 років, він отримує 2,5 тисячі гривень, навіть, попри всі доплати, 3200 – на рівні з водієм, який пропрацював в системі 20 років. Я вважаю, що це ганьба. Не може людина, лікар, яка вчилася, яка має відповідні знання, яка дійсно рятує життя людини, отримувати на рівні водія, який пропрацював 20 років у системі, тому що у нього є добавки, в нього є за вислугу років і так далі.

Будь ласка, наступний слайд. Закінчення. Ми маємо закінчити створення оперативно-диспетчерських служб, ми маємо 100 відсотків забезпечити системи екстреної медичної допомоги як працівниками, так і матеріально-технічними ресурсами. Ми маємо змінити доступність до 8 хвилин. Я взагалі не розумію, чому в селі люди мають чекати "швидку" 20 хвилин, а в місті 10 хвилин?

(Шум у залі).

ТІМОШЕНКО Т.В. Тому ще раз кажу, це наша мета. Якщо ви не ставите собі за мету зміни до покращення, то, шановні колеги, про що ми

можемо говорити? Поставте мету і пропишіть, як дійти до цієї мети, як робить увесь світ. І ми маємо робити тільки так і ніяк інакше. Тому 8 хвилин.

Далі ми говоримо про підготовку працівників First Responder. На сьогодні із Міністерства охорони здоров'я вже виходить програма First Responder, яка буде дозволяти все ж таки працювати за єдиним протоколом надання допомоги. Поліцейські, рятувальники, пожежники мають також надавати допомогу до приїзду "швидкої", яка їде в нас інколи до 45 хвилин.

Далі, розробка навчальних програм для фахівців з надання екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі, тобто екстрений медичний технік і парамедик. Подано до Міністерства соціальної політики зміни до класифікатора професій, ми вводимо професію "екстрений медичний технік", "парамедик" і "інструктор з домедичної допомоги".

Далі, створення у лікарнях відділень екстреної медичної допомоги, які дозволять нам на догоспітальному етапі все ж таки працювати і якісно надавати допомогу.

Я дякую всім за увагу. Якщо будуть до мене запитання, думаю, що наприкінці ми вже тоді задамо ці запитання.

ШУРМА І.М. Пані Ірино, можна я своє слово візьму? Тому що у мене від'їзд.

СИСОЄНКО І.В. Пані Тетяно, я вам дякую за ваш виступ. Ви озвучили позицію Міністерства охорони здоров'я, яка стосується якраз подальшого розвитку служби екстреної медичної допомоги.

Але я хочу сказати про те, що сьогодні ви і пан Олександр Лінчевський як заступник міністра, ви сьогодні маєте дуже високі державні повноваження. Ви сьогодні маєте посади, які надають можливість боротися з усіма тими проблемами, які ви озвучили тільки що. І ми повністю вас підтримуємо, особливо в питаннях заробітних плат, по престижу медиків.

Але це все хто має робити? Це має робити в першу чергу держава. Хто сьогодні від імені держави це робить? Це робить орган виконавчої влади, який має відповідні повноваження відповідно до діючого законодавства.

Тож я би хотіла би, щоб за результатами вашого виступу, який зараз всі почули, щоб ми домовились про те, що за державну програму про збільшення державного фінансування на розвиток служби екстреної медичної допомоги, за збільшення фонду заробітних плат, тому що не може збільшений бути імідж медичного працівника, якщо держава не створює йому елементарних умов для роботи – за все це ми маємо боротись разом!

Не лише депутатам під час голосування за бюджет із місця поправки вставляти, а Міністерству охорони здоров'я наполягати на цьому і вимагати, стояти першими біля Прем'єр-міністра України, називати оці жахливі цифри по смертності в нашій державі і вимагати в першу чергу цього державного фінансування! Тому давайте ми домовимось, що ми будемо не лише фокусуватись на проблемах, а ми будемо зразу приймати рішення тут усі разом, як ми будемо їх вирішувати. Дякую.

ШУРМА І.М. Пані Ірино, можна? Я хочу задати цьому "круглому столу" трошки іншої тональності.

Для мене після виступу міністерства стало очевидним, чому не реалізується Закон України про екстрену медичну допомогу. Я маю моральне право про це говорити, оскільки я був одним із тих, хто його впровадив у Харківській області, яка працює сьогодні практично, ну не без недоліків, але практично ідеально.

Введення цього закону в 2008 році призвело сьогодні, знаєте, до чого? Що сьогодні виконується норма закону, сьогодні 98% викликів по місту Харкову – великий мегаполіс, який треба по діагоналі перетнути, майже 28 кілометрів, до 10 хвилин. Сьогодні в області по бездоріжжю і в сніговій середній доїзд до 20 хвилин – це є 97%. Сьогодні заробітна плата лікарів станів невідкладної медичної допомоги, ви помиляєтесь, така спеціальність є,

вона на сьогоднішній день проплачується державою, і є категорійність, середня зарплата лікарів 7,5 тисячі гривень реально. Сьогодні середній медперсонал отримує 5,5 тисяч гривень. Це ж все можна перевірити, це ж міністерство мало би знати і говорити як приклад. Так, сьогодні водій і сьогодні молодший медперсонал – це є 3,5 тисячі гривень, але це враховуючи з виплатою надбавок, без сумніву – 20 + 20 там виконується.

А тепер я вам скажу, сьогодні я переконався, чому ми нічого не маємо. Та вся справа в тому, якби я був зараз викладачем, я б зараз зробив іспит: хто читав Закон України "Про екстрену медичну допомогу"?

ІЗ ЗАЛУ. Я!

ШУРМА І.М. Ви читали? Мені дуже соромно. От, я вам мушу сказати, у мене таке враження, що сьогоднішній склад міністерства прийшов на неоране поле, і ніхто нічого не робив. Розповідають такі речі. Я вам би порадив, я, наприклад, на екстреній допомозі (ще була "швидка") пропрацював 3 роки. Підіть одного дня з журналістами і подивіться, як працює система.

Я вам можу сказати, що в цьому законі, якщо би ви читали, в статті 1 пункт 4 написано що таке "домедична допомога", її надають люди, хто її надає. Ви тоді будете розуміти, що тема парамедиків, це не є нова, вона прописана в законі. Якби ви прочитали закон далі, я вам рекомендую, стаття 12: "Особи, які зобов'язані надавати домедичну допомогу – це є рятувальники аварійно-рятувальних служб, працівники Державної пожежної охорони, поліцейські, фармпрацівники і так далі". А далі є дуже цікаво. Пункт 2...

ТИМОШЕНКО Т.В. Це закон...

ШУРМА І.М. Я вас не перебивав.

Порядок підготовки та підвищення кваліфікації з надання домедичної допомоги, які зобов'язані її надавати, визначаються Кабінетом Міністрів. Так, будь ласка, ваш виконуючий обов'язки міністра ходить на Кабінет Міністрів – запропонуйте систему освіти. Для того, щоб щось зробити, я підтримую свого колегу Кириченка, не ламайте того, що є, ідіть паралельним курсом. З одного боку, забезпечте повноцінне функціонування системи відповідно до Закону України "Про екстрену медичну допомогу". 3 роки закон не вводиться.

Більше того, мені прикро, що ви вводите сьогодні тут в оману людей, тут є представники Запоріжжя, якщо вони це підтвердять, вони скажуть хто правий: я чи ви. Не введена екстрена медична допомога в місті Запоріжжі, і тимчасово виконуючий обов'язки...

(Загальна дискусія).

ШУРМА І.М. Я вас не перебивав.

Диспетчерська не введена, вона проходить сьогодні тестовий режим. Не обманюйте людей. Я вам можу сказати, тому що я...

(Загальна дискусія).

ШУРМА І.М. Ну, це ж не дискусія, пані Тимошенко, я народний депутат, я прошу, щоб ви свої емоції прибрали, тим більше ви перебрали...

(Загальна дискусія).

ШУРМА І.М. Я би вам рекомендував трошки підбирати риторику.

Я ще раз кажу. Тому величезна проблема. Закон на сьогоднішній день потрібно впроваджувати. І чому закон не впроваджується, це є запитання до міністерства, тому що третій рік поспіль до реформаторів задається

запитання: на сьогоднішній день чому не впроваджується Закон України "Про екстрену медичну допомогу"? Я вам можу сказати, що на сьогоднішній день ви маєте приклад.

В мене час такий самий як у депутата мав би бути, як у представника міністерства.

Для того, щоб впровадити Закон про екстрену медичну допомогу у 2008 році, у Харкові не потребували ні однієї копійки з держбюджету. Ні однієї. Впровадили. Там пан Юрченко сидить, він вам підтвердить. Ви говорите, що в Луганській області немає диспетчерської, а я вам скажу: "А скажіть, будь ласка, на сьогоднішній день Луганськ – це Україна? Це Україна чи ні?"

ІЗ ЗАЛУ. Україна!

ШУРМА І.М. Україна. А ви знаєте, що там по сьогоднішній день функціонує Центр екстреної медичної допомоги?

(Загальна дискусія).

ШУРМА І.М. Я не буду "пререкається". Це не дебати. Дебати – це є іменник, а не дієслово. Тому я вас дуже прошу мене не перебивати. І якщо ми хочемо говорити сьогодні про введення екстреної медичної допомоги, то ми повинні зрозуміти одну річ, що до тих пір, поки не буде політичної волі на регіональному рівні, розраховувати на впровадження Закону про екстрену медичну допомогу не доводиться. Третій рік поспіль обіцяють реформи – і ні копійки не дають на матеріально-технічну базу впровадження Центру екстреної медичної допомоги. Більш того, не слухайте дурниць про те, що треба виділяти гроші на будівництво центрів екстреної медичної допомоги. Він може бути в одній кімнаті. Все залежить від технічного обладнання. Яскравий приклад, Запоріжжя підтвердить: "Запоріжсталь" виділила

позабюджетних 13 мільйонів ще тамтій владі. Вони не вклали це в обладнання, вони не вклали це в систему, вони побудували будинок, і сьогодні "віз і далі там". І добре, що на сьогоднішній день політична воля є оснастити це і запустити в тестовому режимі. А далі, я вам мушу сказати, ще гірше: ви ще стикнетеся з проблемою того, що люди, які працювали в старій системі, вони в новій не захочуть працювати. А знаєте, чому? Тому що це постійний моніторинг. На першому році введення цієї системи у Харківській області економія в пробігу, щоб ви зрозуміли, не списувати з виписів, один мільйон кілометрів. Це за один рік. Це означає, що кожен виклик, хто куди їде, це все фіксується. І дуже багатьом це не подобається. Тому будете мати справу ще й з профспілками, не з такими, а з тими вільними і всілякими, які будуть ставити палки в колеса.

І якщо ви хочете ввести Закон про екстрену медичну допомогу, я не буду забирати час, моя вам рекомендація, все, як по нотах, розписано: ввійдіть, будь ласка, і прочитайте статтю, вона в мене отут виведена. Є досвід перехідного періоду реформування екстреної медичної допомоги в Харківській області. Тут по пунктах розписано, які рішення сесії треба приймати. Прочитайте. Це як методичка. А далі я, знову ж таки, не розумію: якщо міністерство повинно забезпечити виконання закону, а це є на медпросвіті прописано, звідки береться норма 8 хвилин? Звідки беруться новації, що поліцейські і пожежники будуть надавати, що це ініціатива міністерства? Та є Закон України, люди добрі! Тому моя порада: прочитайте закон і працюйте в себе з обласними радами і з обласними адміністраціями.

А до міністерства буде прохання: все, що в законі написано, що має розробити Кабінет Міністрів, це є їхня чорнова робота.

Я вас повністю підтримую, коли ви говорите, що якщо хтось отримав диплом, його треба підтвердити. Так от, поки ваш міністр не підтвердить свій диплом лікаря, звертатися до цих людей є некоректним. Дякую. *(Оплески)*.

СИСОЄНКО І.В. Ігорю Михайловичу, дуже дякуємо вам за виступ. Дійсно, я хочу сказати, що ми разом з фахівцями Київської області їздили до Харківської області і дивилися, як там функціонує робота екстреної медичної допомоги. Ви є прикладом, ваша область, в якій ви безпосередньо багато всього зробили. Тому дякую вам. І я думаю, що цей приклад має бути впроваджений на рівні всіх інших областей України.

Репліка, 2 хвилини, пан Олексій Кириченко. І переходимо до нашої програми.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Я перепрошую за російську мову. Но я хотел бы четко сформулировать и четко услышать ответ. В прямом переводе с греческого языка приставка "пара" означает "возле, мимо, вне, около". Если вы говорите о людях, которые учатся 3-4 года, потом в течение жизни должны несколько раз подтверждать свою квалификацию, то почему они парамедики, а не медики? И почему вы несколько раз говорите, или водители являются парамедиками, дальнотбойщики и все остальные – парамедики, или все-таки это профессионально обученные люди, которые занимаются неотложной помощью?

В вашем докладе я слышу разночтение. Все-таки дайте ответ, кто такие парамедики?

Мы не говорим про квалификацию. Квалификация действительно должна быть – "невідкладні стани". Но почему они парамедики, если они профессионально работающие в медицине люди?

(Шум у залі).

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, давайте тихіше! Я розумію, що дуже жвава дискусія, дуже багато емоцій.

ТИМОШЕНКО Т.В. Я не знаю, можливо, ви недочули мене. Ми говорили про водіїв, це є екстрений медичний технік. Це людина, яка вивчає базові навички рятування життя, яка може надавати допомогу, навіть інколи самостійно, в певних обставинах. Він навчається 160 годин приблизно.

Парамедик – це людина, яка вчиться в медичному коледжі. За кордоном вони навчаються в медуніверситетах, трошки інша система. І вони навчаються мінімум 3 роки і рік ще мають практичної роботи. Тобто це людина, яка є медичним працівником.

Ще раз кажу, що стосується деяких європейських систем, давайте говорити, по-перше, парамедик в Америці має декілька рівнів підготовки і вони можуть мати різні компетенції: є базовий рівень і так далі. Але якщо ми говоримо про нашу систему, то це людина, яка навчається 3 роки в медичному коледжі з нуля і отримує спеціальність парамедик.

КИРИЧЕНКО О.М. Пані Тетяно, я зрозумів вашу відповідь. Але я кажу про те, що ви некоректно використовуєте термін. Це некоректне використання терміну, з моєї точки зору.

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, припиняємо жваву дискусію і переходимо до заслуховування наступних доповідей, які передбачені в нашій програмі. З повагою до кожного виступаючого я дуже прошу, багато людей в залі, дуже важко говорити. Ми не будемо продовжувати, поки не буде тиші в залі. Дякую.

До наступної доповіді я запрошую Віталія Валентиновича Багнюка – заступника голови медичної комісії Київської обласної ради - обговорити питання об'єднання екстреної та невідкладної медичної допомоги в єдину службу. Будь ласка, ваша точка зору.

БАГНЮК В.В. Доброго дня, шановні колеги, запрошені! В Київській області в 2013 році була створена система, розділені повноваження між

екстреною і невідкладною, вона була тяжкою. Поділили, хто як міг: частину віддали до центрів, а частина залишилась як невідкладна медична допомога. При одних районах це при первинних центрах, при інших районах це при районних лікарнях, при інших – самі по собі. Інколи одні працюють добу, інколи інші працюють до чотирьох годин, субота і неділя вихідні. Телефони у них або мобільні, або стаціонарні, диспетчерів, як правило, немає. Тому, коли хворий звертається на швидку, вони дзвонять на всі телефони і до одного того самого хворого інколи приїжджають по три швидких, а до іншого, до якого не встигають, тому що така ситуація. Приїжджають, як інфаркт, а там немає інфаркту, викликають потім "невідкладку", хай далі займаються і так далі.

Знаєте, у 2012-2013 роках, коли ми передавали, було на невідкладних багато бригад та машин. За три роки практично навчання немає, ніхто не займається, є самодостатні міські громади і районні громади, де можуть і машину укомплектувати і відремонтувати, і обладнання, і ліки, а в інших немає нічого, дуже мало з чим вони можуть виїхати. Дуже багато людей, частина пройшла в Київ, бо це столична область, пішли в Київ на роботу, поповнили ряди, а люди, які працювали в Київській області, їх все менше і менше, але вони ще є.

Тому, проаналізувавши їхню роботу і те, які там кадри і механіки, там вони по півставки і старші фельдшери по півставки на чотири чоловіки, там старший, комісія по охороні здоров'я обласної ради провели слухання, зібрали представників районів і міст та головних лікарів та виступили з такою пропозицією, щоб об'єднати в одну систему, так як у нас в Київській області, в Білій Церкві обласна рада виділила в минулому році кошти. Є відремонтована будівля, зараз оснащується диспетчерська і в цьому році вона буде запущена, це за рахунок обласних коштів, недержавних, обласних, місцевих громад.

Тому, на нашу думку, треба приєднати в одну систему, де буде одна диспетчерська, де можна буде чітко розібратись, кого куди направити,

поставити GPRS навігацію, щоб вони десь не їздили, "наматували" кілометри та зливали бензин і так далі, щоб могли доїхати. Тому практично всі керівники місцевих громад Київської області проголосували за те, створена робоча група, і ми хочемо з цією ініціативою вийти на обласну раду, і щоб це питання ми закрили і перевели, об'єднали невідкладну і екстрену медичну допомогу в одне ціле. Це і люди, і ресурс, деякі автомобілі, і головне, що це буде єдина диспетчерська, яка може чітко аргументувати і прибрати ці зайві ставки, на які витрачає гроші держава, ті люди, які практично не виїжджають і нічого не роблять.

Тому, я думаю, що це є не тільки на рівні Київської області, це на рівні інших областей, бо практично невідкладна допомога, вона поступово вмирає.

Тому ми виступили з такою пропозицією, щоб на рівні інших областей це питання об'єднати, щоб була одна диспетчерська, щоб вона співіснувала, і виробити такий алгоритм роботи, щоб і ця служба була – надання допомоги, і ці люди, які не кидали цю роботу, тому що залишилися вони практично один на один з хворими. Це є великою проблемою. Я думаю, що її потрібно було обговорити і винести рішення по цьому питанню.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам, Віталіє Валентиновичу.

Дійсно, питання, яке дуже важливо для пацієнта, це щоб його як футбольний м'яч не використовували і не відправляли з однієї служби в іншу. Тож яким чином це зробити, щоб екстрена медична допомога була ефективна, то я думаю, що одна з тих пропозицій, яку ви щойно зазначили, вона є доречною.

До наступної доповіді я запрошую Олександра Васильовича Курмишева – виконуючого обов'язки головного лікаря Центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф Київської області. Про заробітні плати та стан оплати праці медичних працівників. Будь ласка.

КУРМИШЕВ О.В. Дякую.

Я спробую швидко доповісти ситуацію, яка склалася в Київській області. Я вважаю, що ця ситуація зразкова, тому що це стосується, я вважаю, інших областей. Я думаю, що колеги мене підтримають.

Отже, лімітною довідкою про бюджетне асигнування Київський обласний центр екстреної медичної допомоги отримав на оплату праці в 2017 році 131 мільйон 705 тисяч гривень. При цьому за розрахунками, проведеними на підставі затверджених штатних розкладів закладів, що входять до складу нашого центру, ця сума складає з урахуванням обов'язкових доплат, надбавок, матеріальної допомоги, необхідної для оплати праці працівників, 225 мільйонів 531 тисячу. Тобто дефіцит кошторисних призначень складає майже 115 мільйонів гривень.

В разі незабезпечення необхідним фондом оплати праці працівників унеможливаються виплати встановленим працівникам відповідно до Постанови Кабінету Міністрів № 199 "Деякі питання оплати праці працівників" і є порушенням статті 11 Закону України "Про екстрену медичну допомогу". Тобто не забезпечуються нарахування 20 і 20 відсотків, матеріальної допомоги, які надають екстрену медичну допомогу.

Ця ситуація склалася тому, що профінансовано було не по принципу штатного розпису, яке складається в центрі 3 тисячі 640 осіб, а по фактично зайнятим посадам – 2 тисячі 400 осіб. Тобто, якщо створювати додаткові пункти постійного базування, щоб привести до норми 10 хвилин і 20 хвилин, створення єдиної диспетчерської, про яку доповідав Валентин Віталійович, а це майже 160 працівників, унеможливується ситуація щодо приведення до норми Закону про екстрену медичну допомогу.

Тому пропонується, як ми вважаємо, варіанти, по-перше, це все ж таки намагатися здійснювати оплату праці працівників згідно штатного розпису в повному обсязі, з урахуванням усіх надбавок. Або оплата по кількості закріпленого населення. Тобто, якщо в Київській області мільйон 700, майже 2 мільйона, то по кількості бригад це складає майже 170 бригад.

Дякую за увагу. Я швидко.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам, Олександрє Васильовичу.

Я особисто звернулась вже і до губернатора, і до голови обласної ради Київської області для того, щоб найближчим часом врахувати це питання і змінити, і дофінансувати саме служби екстреної медичної допомоги Київської області.

КУРМИШЕВ О.В. Так, я взяв як приклад Київську область, але я вважаю, що і в інших областях ця ситуація теж є.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам.

До наступної доповіді запрошую Юрченка Володимира Дмитровича – голову громадського об'єднання "Екстрена медицина України", будь ласка. "Роль служби екстреної медичної допомоги при формуванні госпітальних округів".

ЮРЧЕНКО В.Д. Дякую, шановна Ірино Володимирівно. Доброго здоров'я всім, колеги.

Ми підготували цю доповідь у зв'язку з тим, що це єдина служба в державі – екстрена медицина, яка буде виконувати у формуванні госпітального округу головну роль.

Я приведу вам цифри, а ви подивіться на слайдах там. Загальна кількість виїздів машин 8 мільйонів 530 в рік. Із них 2 мільйона 180 тисяч госпіталізованих швидкою допомогою за екстреними показниками! В лікарні вони з формою 044 і направленням лікаря сімейного. Тобто один житель по екстреним показанням із 20 жителів, які проживають на території держави! Це навантаження екстреної швидкої допомоги.

На прикладі Полтавської області. 351 тисяча виїздів було в минулий рік. 80 тисяч 800 госпіталізовані, що становить 23% від загального числа

госпіталізованих і від загального числа, що звернулися за допомогою в числі виїздів. Кількість бригад у Полтавській області 99. На 14 тисяч 200 одна бригада. 80 тисяч 800 викликів кожна бригада обслужить два рази, відвозячи хворого до лікарні інтенсивного лікування в добу.

Повинні всі свідомо собі зафіксувати, можуть одночасно бути і чотири, може і дві, може і одна, може 2-6 – все залежить від режиму, від години доби і так далі. Нижче ми зупинимося на цій проблемі, з вашого дозволу.

Що змінюється? Сьогодні ми працюємо в режимі, в радіусі 20-30 кілометрів, бригада екстреної медицини, до районних лікарень, будуть працювати в режимі 60 кілометрів. Це госпітальні округи. Ці відстані визначені в документах кабмінівських.

Я хочу звернути вашу увагу на такий показник: з 8 мільйонів 530 тисяч виїздів за відрахуванням екстрених, у нас залишається 6 мільйонів 350 тисяч, 74 відсотки, це тих, які ми залишили на місці. Ми нікуди їх не відвезли до лікувальних закладів. І доповідь, яку ми слухали про невідкладну допомогу, друзі, це з космосу, це таке багатство тримати в державі, щоб це все об'єднувати, щоб це все, це не наша з вами робота, 6 мільйонів 300. Це робота первинної ланки, це їх гіпертонічні кризи, це їх загострення шлункові, кишкові і так далі. Це не екстрена медична допомога.

Я хотів звернути вашу увагу, шановні колеги, на таку проблему. З моєї точки зору, вона надзвичайна в державі. Мова іде про організацію диспетчерської служби на території держави. Відомо, що держава профінансувала національний проект "Вчасна допомога", почала це робити у 2012 році. Загальна сума видатків, які були профінансовані, 85,7 мільйона гривень. Вони потрачені. За цей період, 2014-2015 роки, обладнання було передано Полтавській і Вінницькій областям на 9 мільйонів гривень. Залишається на складах, послухайте, в ДП "Нове життя", це державна установа, обладнання для центру обробки даних з 2013 року, 25 мільйонів гривень. В кого совість є? Як це можна виправити? 2013 рік. Весь набір обладнання з програмним забезпеченням.

Що ми маємо на сьогоднішній день? В країні є 4 проекти, який один з одним конкурують. "Вчасна допомога", вона розгорнута в двох областях. Київська область, вона монопольна, тихенько собі працює, нікому не пропонують її тиражувати, з 2011 року. Харківська, 2009 рік, зарекомендувала, працює, вони також не роблять ніяких експансій. І програма "Дніпро", 2015 рік, вона з'явилась і тиражується, при тому, що державна вже була спроектована по кожній області і ми продовжуємо це зараз робити. Друзі, зупиніться. Ми заплатили в п'яти областях, кожен за проектне обладнання ще по 7 мільйонів гривень до тих 85, які вже зроблені були. Все рівно доведеться відповідати колись. Так не може бути в державі, не може ніхто, вибачте, 85 мільйонів, які лежать нереалізовані.

А диспетчерська служба при формуванні госпітального округу буде ключовим підрозділом, ніхто інший не побачить, куди вона їде і як вона зайнята, швидка, якщо це не буде бачити екран диспетчерської служби.

Я хотів вашу увагу звернути на таку цікаву проблему. Подивіться, будь ласка, це американські протоколи диспетчера. Такі протоколи в Ізраїлі, такі в Лондоні, такі протоколи в Гамбурзі, у Фінляндії, в Азербайджані. Колектив Центру екстреної медичної допомоги розробив українську.

Далі, будь ласка.

Визначили 32 скарги, на які розроблені протоколи. Цей наказ подавався в Міністерство охорони здоров'я, вдумайтесь, шановні колеги, 28.12.2015, 08.02.2016, 26.04.2016. "Не проходить юристів". Що за країна? Як можна так жити? Це норма поведінки диспетчера на території держави! Він по-іншому не може працювати, як він не буде відповідати на ці запитання.

Хто в Полтаві буде, заїдьте, будь ласка, подивіться, як ці протоколи вписані в програмне забезпечення: диспетчер бачить перед собою з якою скаргою звертається, бачить відповіді і рекомендації. Які ще докази повинні бути для прийняття цього надважливого наказу?!

Наступне питання, яке потребує вашого вирішення, друзі, це Постанова Кабінету Міністрів № 932. В ній 2 лікарні: лікарня інтенсивного лікування

першого рівня і лікарня інтенсивного лікування другого рівня. Лікарня першого рівня – вторинна спеціалізована медична допомога, екстрена медична допомога в разі виникнення патологічних станів, що загрожують життю потерпілим при надзвичайних ситуаціях. Багатопрофільність другого рівня – це лікарня з цілодобовим чергуванням, це лікарня з амбулаторним, з денним стаціонаром, але з відділенням невідкладної допомоги.

То як же так виходить? 2 лікарні інтенсивного лікування. Одна – це щось, а інша – це інший заклад.

Якщо ви подивитеся на наступних таблицях, ви все зрозумієте.

Критерії організації лікарні першого рівня починається зі 120 тисяч. І ця кількість населення до 140, 160, 180 до 190. І подивіться вниз: поступлення на добу буде в них 18, 21, 24, 29. Це люди будуть дискриміновані через те, що починаються з 200 тисяч відділення?

Наша пропозиція полягає в тому, що негайно треба внести зміни до постанови Кабінету Міністрів! Мінздрав повинен визначити критерій добової навантаження на відділення, з якої починається відкриття цього відділення. Чи це буде 10 чи 30? Для цього треба працювати, видати нормативний документ.

Інше питання, яке надзвичайно важливе, проектувати неможливо ці відділення, якщо ми не визначимо кількість ліжок у відділенні невідкладної допомоги. А цей показник в світі унормований: у американців і європейців - від трьох до семи відсотків загальних ліжок в лікарні, в ізраїльтян - це 2 тисячі виписаних із лікарні за рік, на кожні 2 тисячі одне ліжко. Це повинна бути норма. Проекти не можуть бути зроблені на 10 чи на 20, чи на 5 ліжок. Чи буде відділення? З якої пори воно починається?

Якщо ми кажемо, що з 200 тисяч до 500 тисяч населення - лікарня другого рівня, то обов'язково повинні бути категорійності відділень: перший, другий, третій. У американців 6 рівнів категорій. У росіян 4 чи 5 рівнів. Ми повинні це просто всі усвідомити і зробити.

І декілька слів в підтримку Ігоря Михайловича. Ігорю Михайловичу, там в законі є дуже цікава стаття одна. Вперше в державі за все її існування

є стаття, яка зобов'язує губернатора щороку затверджувати План розвитку екстреної служби і подавати міністру на погодження! З часів грузинів й інших міністрів ніхто цього не робив! Ні жодного разу ніхто на рік не бачив проблеми екстреної медичної допомоги! Стаття закону, друзі!

(Загальна дискусія).

ЮРЧЕНКО В.Д. І ще дуже цікава одна ремарка, я закінчую доповідь своєю.

Шановні друзі, от для того, щоб вести дискусію біля проблеми парамедиків, усіляких змін і так далі, подивіться, яка цифра у американців є. У них в рік раптових смертей кардіологічних 300 тисяч. Успішних від загального числа 20%. Із них виписуються з лікарні 9% тільки.

Ми в державі почали другий рік уже проводити облік успішних реанімацій, що проведені нашими працівниками, ніколи цього показника не було в державі! У нас в минулому році було 6,8% уже. Думаю, що в цьому році буде значно більший він.

Тобто, якщо акцентовано працювати, то немає аргументів сказати, що перевага буде від того, хто там... чи від наших фахівців і так далі. Треба працювати і все буде вирівнюватися. Я щиро дякую вам за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам, Володимир Дмитрович.

Я повністю погоджуюся з вами з приводу внесення змін до Постанови Кабінету Міністрів України. Я думаю, що ми це розглянемо також на наступному засіданні нашого комітету і звернемось до Міністерства охорони здоров'я, до уряду з приводом відповідних змін в підзаконні акти.

До наступної доповіді я хочу запросити Страфуна Сергія Семеновича – головного позаштатного спеціаліста МОЗ України, заступника директора Інституту травматології і ортопедії Національної академії медичних наук України. Я вважаю, що це одна з також важливих доповідей, яку я хочу, щоб

ви зараз всі з нами прослухали, тому що воно стосується створення притрасових центрів і в форматі також створення госпітальних округів. Особливо це актуально для тих областей, через які проходять траси міжнародного сполучення. І це Київська область, де чотири траси міжнародного сполучення, і відповідно кількість ДТП дуже висока. Тож створення притрасових центрів в форматі в тому числі створення лікарень інтенсивного лікування, я думаю, що ми маємо своєчасно на це звернути увагу і це передбачити в форматі реформи охорони здоров'я.

Будь ласка, прошу вас.

СТРАФУН С.С. Шановна президія, шановні колеги! Моя доповідь буде певною мірою не в контексті *(прошу наступний слайд)* попередніх доповідей, буде відрізнятися своєю проблематикою. Але я вважаю, що вона не менш важлива, тому що ви кожного дня слухаєте новини, бачите, наскільки ця проблема актуальна. *(Прочу наступний слайд)* І вона актуальна... От ми завжди ортопеди-травматологи приводимо одну цифру: в Сполучених Штатах із 100 травмованих в ДТП гине 2-3, в Європі 3-4, а у нас ви цифру бачите. Тобто є, над чим працювати.

Я вам скажу більше, що присутній тут Сергій Омелянович Гур'єв в минулому році провів широкомасштабні дослідження і виявив, що більше 70 відсотків, а саме 76 відсотків, гине у нас в ДТП на догоспітальному та ранньому госпітальному етапі. Тобто є можливості для удосконалення служби у нас. *(Прочу наступний слайд)* Тут показана низка автомобільних доріг, ви їх знаєте, карту України дивилися. *(Прочу наступний слайд)*

Проаналізували, виявили, що найбільш урожайні й травмонебезпечні є три дороги: Чоп – Київ, Київ – Харків і Київ – Одеса. *(Прочу наступний слайд)* Тут порівняння аварійності. За браком часу я спинятися не буду. *(Прочу наступний слайд)* Я лише хочу спинися, перш за все, на наукових даних.

Ось дивіться, ми проаналізували в інституті 500 актів судово-медичної експертизи і стільки ж історій хвороби тих, хто померли внаслідок дорожньо-транспортної пригоди. Що виявляться? Що серед усіх постраждалих 77-и відсоткам до моменту приїзду медичної бригади не надано ніякої допомоги. Тобто були люди, були родичі, були учасники дорожнього руху, тримали за руки, за ноги – ніякої допомоги не було.

Ну, можна дивитися, яка кількість бригад екстреної допомоги була лікарських. Мені здається, що в сьогоденному контексті, то немає суттєвого значення.

Зверніть увагу на інше. Ось були представлені дані по мегаполісу. По мегаполісу – 53 % привезли у першу годину, а 85% - це в перші 4 години.

Ми з вами знаємо правило "золотої години", я думаю, в цих стінах воно обговорювалося не раз: чим швидше – тим краще. Причому "золота година" обраховується не з того моменту, коли "швидка" приїхала, а з того моменту, коли травма сталася. І саме в цю "золоту годину" треба зробити максимум, інакше біда.

Прошу, наступний слайд. Ми, на жаль, з вами не можемо подіяти на тяжкість травми, але ми можемо скоротити оцей час, який дуже важливий. Повірте, і ви це прекрасно розумієте, не загрожує 57 вертолїтних майданчиків у нашій державі найближчим часом, не загрожує така кількість вертольотів, яка дозволила б значно змінити ситуацію, тому, щоб скоротити час доставки, і обговорюється питання, щоб була розвинена сітка притрасових районних лікарень, щоб вони могли стабілізувати ситуацію, стабілізувати вітальні функції, а далі вже рухатися поступово вперед.

Прошу, наступний слайд. На звання притрасових лікарень в Україні претендує 171 лікувальний заклад. Я розумію, що не на часі це все. Може, скажете, що багато. Але наведу приклад Німеччини. Дивіться, населення, звичайно, в два рази більше, ніж в Україні, але існує багаторівнева система травматологічних центрів – їх більше 600. Вони координують між собою,

обумовлюють тяжкість пацієнтів, обмінюються інформацією, прекрасно працює диспетчерська служба і таке інше.

Критерії, за якими потрапляє лікарня в притрасову лікарню. Перш за все вона знаходиться на перетині доріг державного або міжнародного значення, у її складі мусить бути травматологічне відділення, в складі мусить бути реанімація хоча би на 6 ліжок, приймальне відділення з мінімальним, але достатнім набором, щоб не чекала травмованого гола металева каталка і більше немає нічого, а щоб було ще чим лікувати пацієнта. Ну і, без сумніву, щоб в районі була ще служба швидкої медичної допомоги.

Ну і поки, за нашими мірками, якщо ми вмістимо час прибуття "швидкої" в 40 хвилин, було би дуже добре, якби це було так.

Які задачі? Без сумніву, діагностика, невідкладні операції по врятуванню життя, стабілізуючі операції на кінцівках і операції оцього "золотого часу" при показах: декомпресія, ревізії торакальної, абдомінальної порожнини. Потім по стабілізації – евакуація.

Якщо ми говоримо про такі притрасові лікарні, то мусять бути певні вимоги до приймального відділення. В ідеалі – це протишокова палата, ургентна операційна, лабораторний комплекс і хоча б таке матеріальне забезпечення, яке ви бачите на цьому слайді.

Прошу, наступний слайд. У передовиках знову Харківська область: достатньо аргументовано розроблені дистанції, розроблені зони відповідальності для районних лікарень і достатньо відлагоджена ця система. Мушу вам сказати, прошу пробігтись по наступних слайдах, такі самі карти із зонами відповідальності розроблені майже по кожній області. Але от на що хотілося б звернути вашу увагу. Тут представники регіонів знають, що існує маса проблем. Серед основних проблем – це проблема забезпечення, бо як може працювати в нормальному штатному режимі районна лікарня, яка знаходиться на травмонебезпечному напрямку, коли забезпечення матеріальне, м'яко кажучи, достатньо слабке, якщо відсутня наркозно-

дихальна апаратура, якісь пульсоксиметри хоча би, щоб відразу оцінити стан пацієнта, який поступає.

Проблема існує, прошу наступний слайд, і у взаємодії обласних відділень та регіональних лікарень. Для вас не секрет, що у багатьох обласних лікарнях відділення травматології взагалі відсутнє. Якось у нас так склалося, що цим опікується міська лікарня. Тим часом втрачається взаємодія з районними центрами, з міжрайонними центрами. Тобто система в ідеалі мусить завершувати травматологічне відділення обласної лікарні. По-перше, воно багатопрофільне, містить у собі масу профілів. Воно має якийсь методологічний вплив на свої міжрайонні і притрасові центри. Було би добре, аби ми звернулись до створення лікарень такого типу в областях. Тому що, за моїми даними, як мінімум у десяти областях травматології в обласних лікарнях немає.

І нарешті пропозиція. Автодорожнім травматизмом у нашій державі займається багато хто. Було б добре, аби на високому рівні створився єдиний координаційний центр, який би якось керував усіма цими зусиллями. І коли ми говоримо, тут багато обговорювали проблему парамедиків, шановні колеги, ми вважаємо, що кожен учасник автомобільного руху має мати знання про надання першої медичної допомоги. Тому перед тим, як людині віддавати права, нехай вона покаже документи, не фіктивні документи, а що вона справді пройшла курс по наданню первинної медичної допомоги.

Ну і нарешті, ви знаєте, коли йде процес реформування, то не кожна притрасова лікарня його витримає. Тому я просив би звернути на це увагу. І коли ми реформуємо це все, звертати увагу, де ця лікарня розташована. Бо по наших дорогах не довезуть 80 кілометрів. Помре людина. Тому треба, щоб це було максимально швидко і виступило в якості хоча б якогось мінімального аналога отих критеріїв швидкої доставки, які є в Європі, про які я казав. Проблема існує у відсутності єдиного алгоритму етапного ведення таких постраждалих. Це теж потрібно зробити. Потрібно, врешті-решт, обговорити, щоб привезли людину в притрасову лікарню, могло бути елементарно,

адекватно забезпечене приймальне відділення, щоб людині зберегти вітальні функції з перших моментів поступлення його в лікарський заклад.

І нарешті. Всі три основні дороги, про які я казав, починаються з Київської області. Тому дуже просив би звернути вашу увагу, тим більше, попередня підготовча робота проведена в Київській області, проведені розрахунки, визначені ті лікарні в Київській області, щоб ця робота продовжувалась. І якщо ми взагалі хочемо звернути на це увагу, то є в нас три траси найбільш травмонебезпечні, давайте хоч ці проблеми вирішимо в межах цих трьох доріг.

Я вам дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую, Сергію Семеновичу. Я дуже розраховую, що так, як була прийнята обласна програма екстреної медичної допомоги в Київській області, що так само ми почнемо з роботою притрасових центрів також в Київській області для того, щоб в цей досвід вже долучати і інші регіони України, оскільки дійсно проблема травматизму, ДТП є дуже високою в нашій державі. Дякую дуже вам.

До наступної доповіді я запрошую Сергія Баранніка, Запорізька станція екстреної медичної допомоги Запорізької обласної ради. Будь ласка.

БАРАННИК С.В. Добрий день, президія, добрий день, шановні колеги. У мене є кілька питань. Я десь місяць тому, коли мене запросили на цей "круглий стіл", я звернувся до громадськості і медичної спільноти екстреної допомоги, ми обговорювали питання, які я сьогодні озвучу. Тому те, що я озвучу, на сьогоднішній день пройшло обговорення більше, ніж 1,5 тисячі працівників екстреної допомоги нашої держави.

Оскільки реформа екстреної медичної допомоги розпочалась задовго до сьогоднішніх подій, система екстреної медичної допомоги за 10 років перевтілення, на сьогодні вже прореформовано майже на 75 відсотків. За цей час вдалось зробити досить багато, за це велика подяка всім тим, хто

розробляв закон та всі підзаконні акти, що регламентують роботу системи ЕМД, це насправді дуже велика робота. Але незважаючи на досягнення, вважаю, що доцільним внесення змін до самого закону про ЕМД та інших нормативних документів, які зараз на часі. Все, чого на сьогодні не вистачає для приведення системи екстреної медичної допомоги у відповідність до вимог закону України про екстрену медичну допомогу, вміщується в одному ємному слові – недофінансування, причому тотальне на всіх рівнях. Та гроші грошима, а розуміння, чого ж все-таки не вистачає сьогодні, теж головне.

Ось, що на погляд працівників екстреної допомоги сьогодні є найактуальнішим. В Україні середні показники смертності від впливу зовнішніх причин у 3-5 разів вище, ніж у розвинутих європейських країнах. У нас 24 відсотки постраждалих помирають в лікарнях, а 76 відсотків – поза їх межами на місці настання невідкладного медичного стану чи на шляху до лікарні. У розвинутих країнах, навпаки, 72 відсотки постраждалих помирають в лікарні.

Кожен громадянин має конституційне право лікуватись та померти під наглядом медичних працівників. Це так і є, бо це знеболювання, це на сьогоднішній день дуже актуальне питання, тому що лікарні часто виписують додому помирати цих хворих, які неперспективні. В Україні щорічно від нещасних випадків гине 40-45 тисяч громадян, з них 14-25 відсотків становлять діти. Отже, головне питання на сьогодні і вже воно звучало з початку цього "круглого столу", це підготовка фахівців системи екстреної медичної допомоги.

В Україні існує розгалужена система вищих та середніх медичних навчальних закладів першого і третього рівня акредитації, яка на додипломному рівні не готує спеціалістів з медицини невідкладних станів, як коледжі так і вузи. Рівень та програма підготовки як лікарів, так і фельдшерів на сьогодні знаходиться на досить високому рівні з точки зору загальної медичної практики, але годин підготовки за профілем ЕМНС у фельдшерів, наприклад, всього 324 з 2850 годин програми навчання. З цих 324 – 171

складають практичні навички. Це дуже мало, це навіть майже нічого. Тому і приходять фельдшери і лікарі та стажуються ще, мабуть, місяць і два.

Тому на сьогодні конче потрібно внести зміни до програми підготовки фельдшерів, які б суттєво збільшили години навчання медицини невідкладних станів. Групи потрібно формувати спеціально для роботи на бригадах екстреної медичної допомоги без будь-яких, скажімо так, відхилень. Впровадити також практичне навчання не менше одного року, щоб після навчання фельдшер-парамедик міг одразу приступити до самостійної роботи.

На базі учбово-тренувальних відділів, центрів, які уже створені за Законом "Про екстрену медичну допомогу", потрібно створити симуляційні класи з набором манекенів-симуляторів для відпрацювання практичних навичок майбутніх парамедиків, лікарів та водіїв медичних техніків.

Для довідки, один симуляційний клас, я можу помилятися, від 3 до 7 мільйонів гривень коштує. Тому це загальнодержавне питання. Я так думаю, що створення цих всіх симуляційних класів на базі навчальних центрів – це на сьогодні актуальне питання.

Також до програми потрібно включити питання тактичної медицини та інші актуальні виклики сьогодення. Дуже багато людей, які пройшли зону АТО, лікарі, які працювали до призову в армію, там опинилися звичайними терапевтами, тому що немає прямої лінії між медициною невідкладних станів і тими спеціальностями в армії, які на сьогоднішній день є. І багато людей, хто пройшов зону АТО, вони дійсно казали, що я лікар медицини невідкладних станів, а працюю звичайним терапевтом, тому що немає у них такої системи. Тому на початку і було запропоновано створити систему, яка б дозволила інтегрувати і військову медицину, і цивільну якось в одне ціле, принаймні зі спеціальності із кваліфікаціями.

Тому в рамках реформи екстреної медичної допомоги та для зменшення соціальної напруги як у працівників, так і у громадян України пропоную на сьогодні обмежитися простим перейменуванням посади

фельдшера у парамедика. Уже було на сьогоднішній день багато питань з приводу парамедицини.

Парамедик – це дуже фахова людина, і слово "парамедик" було вперше використано американськими військовими у В'єтнамі, і звідти воно пішло по всьому світу.

У нас слово "фельдшер" було раніше використано ще в Першу світову війну. Це були лікарі, молоді лікарі, помічники лікарів, але у зв'язку з тим, що різні системи не контактують між собою, у нас – своя система, у них – своя, але я вважаю, що приведення до єдиного світового стандарту це не є нормально.

Тому далі ще цікавіше. Спеціальності та кваліфікації фельдшер в Україні вже досить тривалий час не існує. Якщо взяти дипломи та сертифікати підвищення кваліфікації наших фельдшерів, то там слово "фельдшер" уже немає. Там на сьогоднішній день фахівець із середньо медичною освітою "лікувальна справа" (медицина невідкладних станів). Тому немає фельдшера на сьогоднішній день. І ці зайві хлопоти, скажімо так, ця зайва напруга, це я вважаю, що недоречні.

В дипломах майбутніх спеціалістів вказувати кваліфікацію парамедик – і все. Фельдшерів просто перейменувати. На мою думку, на сьогодні більше вже буде занадто. Не треба силою перетягати тих людей до якихось насильницьких дій з приводу, там, кудись їхати перевчатися – це дуже велика соціальна напруга в колективах, і якщо це буде зроблено, це буде вибух серед працівників, тому що більша кількість, ще ми кадровий склад не аналізували, це люди передпенсійного віку. Це дуже складне питання. Тому кадри – це ми не можемо, як поліцію. Без поліції держава працювала півроку, мабуть, на вулицях не було поліцейських. Без "швидкої допомоги" і години не зможе працювати. Тому я вважаю, що ті вже, хто працюють фельдшерами, повинні і далі працювати, але перейменувати їх посади. За документи я вже сказав.

В медичних коледжах створити групи парамедиків виключно для роботи в екстреній медичній допомозі і з практичним стажуванням на бригадах екстреної медичної допомоги не менше одного року.

Наступне питання, яке дуже актуальне, страхування майна та життя людей. Пропонується внести до Закону про страхування деякі зміни. Оскільки сьогодні автомобільний трафік на автодорогах України вже досяг максимального навантаження та зважаючи на стан самих доріг, різко збільшується кількість ДТП, особливо незначних. Але вони призводять до очікування судового рішення та, як наслідок, тривалого ремонту транспорту. В тому числі ДТП виходять і за участі санітарного транспорту екстреної медичної допомоги. Для відшкодування збитків та якнайшвидшого повернення автомобілів на лінію найбільш оптимальним на сьогодні є страхування "КАСКО". Тобто пропонується внести в Закон України "Про страхування" обов'язковим пунктом страхування транспорту екстреної медичної допомоги повне "КАСКО" для всього рухомого складу.

Якщо порахувати затрати на страхування та ремонт, очевидними є переваги страхування, це у всьому світі вже доведено, і це таке питання, про яке навіть ніхто не сперечається. Також слід внести в обов'язкове страхування страхувати здоров'я працівників екстреної медичної допомоги на випадок травмування, яке потягло за собою інвалідизацію або смерть не тільки внаслідок ДТП, а й від дій третіх осіб. Бо внаслідок ДТП - в Законі "Про страхування" є стаття, що страхуються працівники екстреної медичної допомоги внаслідок ДТП, але немає того, що людина може загинути не в ДТП, а внаслідок кримінальних якихось дій третіх осіб. Тому це теж дуже на сьогодні актуально. І внесення в обов'язкове загальнодержавне страхування цього пункту це дуже на часі, я вважаю.

Закупівлі товарів, робіт та послуг – наступне питання. Вже майже як півроку працює система закупівель "ProZorro", та вона не захищає від тих, хто хоче зірвати тендерні закупівлі.

Також у зв'язку з постійним коливанням курсу гривні та непередбачуваним ростом цін на паливо та ліки існує постійна небезпека залишитися без ліків та палива в разі відміни електронних торгів. Для екстреної медичної допомоги це дуже критично. У зв'язку з цим пропонується дозволити закупівлю палива та ліків для центрів екстреної медичної допомоги та катастроф проводити за спрощеною тендерною процедурою. КМУ необхідно встановити на актуальну групу життєво необхідних товарів для екстреної медичної допомоги референтні ціни, і в разі, якщо зривається тендер, або з якихось причин коливання ціни і йде відмова, то дозволяється закупівля палива та ліків за референтними цінами, встановленими КМУ до проведення нового тендера. Дехто відразу запідозрить розквіт корупції та закупівлю своїх, та це не повинно стояти на заваді порятунку життя громадян України. Для чого ж були створені НАБУ та НАЗК? Нехай, в принципі, відробляють свої гроші.

Ефективне адміністрування та логістика. Для оперативного ремонту та транспортування санітарного транспорту, що вийшов з ладу на лінії, це дуже важливо, особливо в сільських районах, створити в центрах екстреної медичної допомоги оснащені евакуаторами мобільні ремонтні бригади із цілодобовим режимом роботи для евакуації та екстреного ремонту санітарного транспорту, який виходить з ладу. Якщо ми прийдемо до того, що у нас буде працювати водій – медичний технік, а це фактично медичний працівник, і фельдшер, то коли автомобіль виходить з ладу десь на лінії, то його треба якось доставити, замінити на інший. Тому на сьогоднішній день цих бригад цілодобового чергування, ремонтних з евакуаторами, немає. Тому це, я вважаю, дуже потрібно.

Для подолання кадрового дефіциту водіїв, який на сьогодні дуже гостро стоїть, та стимулювання медичного персоналу, дозволити вже зараз лікарям або фельдшерам, які мають водійське посвідчення категорії "В" та "С", керувати санітарним транспортом без залучення додатково водія із доплатою медпрацівникам за кермування санітарним транспортом.

ІЗ ЗАЛУ. Машины побьют!

БАРАННИК С.В. Хорошо, побьют – будут отвечать. Вы не будете ездить, Анатолий Анатольевич.

Мотивація та соціальні гарантії. Завідувач кафедри військової медицини Тернопільського державного медичного університету імені Горбачевського професор Арсен Арсенович Гудима провів соціологічне опитування серед фельдшерів різних регіонів України, і ось що з'ясувалося. Візьму всього кілька питань з його доповіді.

Перше питання: з якими труднощами ви найчастіше стикаєтесь при наданні невідкладної допомоги пацієнтам? Перше: робота в умовах, загрозливих для життя. Це фельдшера відповідають України. 94 відсотка – умови, загрозливі для життя. 94 відсотка – це майже всі, навіть ті, що непрофільні. Швидкий розвиток термінальних станів у пацієнта. Це відповідь (це 32 відсотка відповіли). Недостатній рівень забезпечення діагностичною апаратурою – 46 відсотків. Недостатній рівень забезпечення апаратурою для надання невідкладної допомоги – 48. Недостатній рівень забезпечення медикаментами – 20. Ну, тут видно, що з придбанням цих автомобілів, які вже придбались по ДСТУ, коли вже автомобіль є готовий, санітарний автомобіль з повним набором медичної апаратури, досить суттєво зменшився відсоток нехватки цієї апаратури.

І от проходять змагання щороку. Це дуже видно, що ми навіть не те, що не відстаємо, а по деяким позиціям ми навіть кращі, ніж наші сусіди із Євросоюзу. Правильно я кажу? Правильно.

Наступне питання: критичний вік роботи на "швидкій". Було проаналізовано всі відповіді, і цифра з'явилася – 48,2 плюс-мінус 3,6 роки. Тобто настільки важкі умови праці, то люди вважають, що більше ніж 50 років працювати навіть неможливо на "швидкій допомозі", і надати всі протоколи.

ІЗ ЗАЛУ. За віком.

БАРАННІК С.В. За віком. Да, да, за віком. Надати всі протоколи. Тому це є питання зменшення пенсійного віку для працівників екстреної медичної допомоги. Не встановлення обмеження, тобто тобі прийшло 50 років, ти іди, куди хочеш, а це, якщо людина пропрацювала в екстреній допомозі певний час (ну, це можна встановити), то вік пенсійний – 50 років.

Як ви проводите вільний від роботи час (три доби між добовими чергуваннями та відпустками)? 26 відсотків відповіли, що вони працюють на будівельно-ремонтних роботах, на сільськогосподарських – 18, транспортні послуги надають 10. Тобто це люди працюють у вільний між чергуваннями час.

І ось що далі з цього випадає. Скільки разом із додатковою роботою ви заробляєте для утримання сім'ї? Якою, на вашу думку, повинна бути заробітна плата фельдшера, парамедика екстреної медичної допомоги, враховуючи особливості його роботи, щоб працювати лише парамедиком і підвищувати свій фах? Тобто між чергуваннями думати лише про медицину. На сьогоднішній день це 22 079 гривень, плюс-мінус 182. Отака цифра. Це майже 800 доларів, правильно?

Тому на виконання Закону України про екстрену медичну допомогу в частину про підвищення посадових окладів працівників системи екстреної медичної допомоги пропоную підняти тарифний розряд лікарям, фельдшерам та водіям мінімум на два розряди вище порівняно з іншими лікарськими та посадовими окладами середніх медичних працівників. Те, про що зараз іде мова, що підняти всім медичним працівникам, щоб не було зрівнялівки, вищого складу лікарям та фельдшерам.

Але я ще пропоную, щоб забезпечити виконання норми Закону про екстрену медичну допомогу на підвищені посадові оклади, то працівникам, щоб і була мотивація, і як тільки людина буде отримувати більше грошей,

ніж в середньому, то тут же з'явиться повага і тут не будуть казати: "А хто вони такі?". І імідж. Так, імідж – це все. Тому оце на два розряди більше, ніж з іншими лікарськими спеціальностями.

Також для залучення фахівців та забезпечення соціальних гарантій надати працівникам системи екстреної медичної допомоги гарантії на кшталт аварійно-рятувальної служби та поліції. Тому що 94% - це небезпечні для життя умови праці, як відомо, є вірогідність травмуватись важко, стати інвалідом або навіть і загинути. Тому внесення змін до Закону про екстрену медичну допомогу, щоб забезпечити працівників ЕМД соціальними пільгами та державними гарантіями як у рятувальників та полісменів на випадок тяжкого травмування або смерті при виконанні службових обов'язків. Це теж доречно, на сьогоднішній день це дуже актуально!

Атестація та підвищення кваліфікацій фахівців системи екстреної медичної допомоги. З метою відбору кращих із найкращих на часі сьогодні створення асоціації працівників екстреної медицини в областях України. Так, такі асоціації уже були створені, але їм не надано певного статусу. Що пропонується? Для цього потрібно внести зміни до Закону про екстрену медичну допомогу щодо створення та надання відповідного статусу регіональним громадським організаціям – асоціації працівників екстреної медичної допомоги.

За кордоном всі питання атестації, підбору кадрів, все іде через профільні асоціації. Тому я вважаю, що на сьогоднішній день це дуже-дуже актуально. Це дасть згуртувати фахівців екстреної медичної допомоги та обрати раду асоціації з найкращих для виконання наступних завдань: проведення атестацій працівників, погодження кандидатів на посади керівників підрозділів екстреної медичної допомоги, що унеможливить попадання випадкових людей, організацію різного роду учбово-тренувальних заходів на кшталт "Галицькі медичні ралі" бригад екстреної медичної допомоги й інші актуальні завдання.

Освіта населення у питаннях домедичної допомоги та зовнішні автоматичні дефібрилятори. Для підвищення рівня освіченості населення у питаннях елементарної підтримки життя у постраждалих впровадити в загальноосвітніх школах, коледжах та вищих навчальних закладах, починаючи з початкових класів, предмет "базова підтримка життя" або "домедична допомога", де викладати будуть фельдшера-парамедики системи екстреної медичної допомоги.

Внести зміни до Закону про екстрену медичну допомогу щодо забезпечення громадських місць, зупинок громадського транспорту, театри, вокзали, спортзали, школи зовнішніми автоматичними дефібриляторами. Тому що відомо, що кожна хвилина – це 5% зменшення "оживляємості". Це дасть змогу застосувати ці AED в перші хвилини настання клінічної смерті.

Ну і санітарна авіація, хоч це і дуже дороге задоволення, та все ж таки в перспективі потрібно створити на загальнодержавному рівні хоч на кілька областей з радіусом в 300-400 кілометрів справжню санітарну авіацію з метою евакуації хворих і постраждалих з віддалених місць. І це далеко не всі заходи.

У мене все. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, пан Сергій. Ви знаєте, я розумію, що в нас по часу захід, який дуже тривалий, я розумію, що всі, можливо, десь вже втомились, але насправді ці конкретні пропозиції, які зараз читав колега, який представляє велику кількість медичних працівників екстреної медичної допомоги багатьох регіонів України, вони дійсно є дуже цікавими і доречними. Я написала цілий конспект з приводу змін до законодавства і підзаконних актів. Я вам дуже дякую за вашу активну позицію, я думаю, що ми обов'язково розглянемо це на комітеті і будемо робити все можливе для їх реалізації. Дякую вам.

Пані Ольга Вадимівна.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги, я зараз, на жаль, змушена буду піти з цього "круглого столу", бо маю наступну нараду. Хочу вам сказати наступне, що в багатьох ваших доповідях ішла мова про зміну парадигми освіти, про те, як нам потрібно готувати. Ми з вами чудово усвідомлюємо і розуміємо, що якщо ми хочемо колись отримати європейську систему охорони здоров'я, то починати її, власне, потрібно від зміни парадигми освіти.

22 березня в парламенті пройдуть парламентські слухання по реформі системи медичної освіти, де буде презентована концепція і реформування вищої медичної освіти, і професійної, власне, середньої освіти, і я сподіваюсь, що міністерство надасть і реформу домедичної освіти, бачення. Тому, якщо у вас є бажання долучитись до цих парламентських слухань, власне, надати також ваші пропозиції, прошу їх передати в комітет. Ми зможемо їх опрацювати, проаналізувати, юридично підготувати і поставити в рекомендації парламентських слухань, які будуть обов'язковими для виконання профільним міністерством.

Наступне. Щодо ваших зауважень щодо ліцензування і профільних спільнот. Не можна вносити такі зміни в кожен закон, тобто стоматологи для себе, екстрена медицина для себе. Зараз в парламенті зареєстровано два закони по лікарському самоврядуванню: один закон авторства Олега Степановича Мусія, другий закон мій. У нас немає ніяких конфліктів і непорозумінь, це процес і форма діалогу, тобто ми готові порозумітись і створити один закон, який би задовільняв всіх, тобто є двохпалатне бачення, трьохпалатне бачення. Вам важливо включитись в діалог, не можна створювати самоврядування окреме для невідкладної медицини, окремо для стоматологів. Має бути одна єдина лікарська палата, будь-як, як ви її назвете, але лікарі мають перестати бути кріпаками і ліцензування має перейти на профільну спільноту, а для цього профільна спільнота має бути готова об'єднатись і планувати, хто її очолить, хто буде наступним очільником, які будуть правила для того, щоб це працювало чесно і справедливо.

Тому я прошу всіх вас долучитись вашими рекомендаціями, вашим баченням до цих двох законів: або до одного, або до другого, бо вони врешті-решт стануть спільним законом від комітету. Тому це прохання до всіх присутніх тут і депутатів, і голів комітетів, і представників професійних спільнот.

Наступне. Комітет з питань охорони здоров'я не погоджувався категорично з відсутністю фінансування екстреної медицини. І я ще раз хочу наголосити в присутності Міністерства охорони здоров'я, що у нас, на жаль, не завжди наші погляди сходяться, але знову-таки це добре, в діалозі культурному завжди можна знайти краще рішення. Тому ми не погоджувалися з відсутністю фінансування екстреної медицини. Тому і не підтримували бюджет. Але без позиції профільного міністерства, який скаже Прем'єр-міністру, що ми не погоджуємося на бюджет, який не дає фінансування і не дає можливості розвиватися галузі, тому я дуже сподіваюся, що, власне, цей "круглий стіл" буде поштовхом для співпраці виконавчої влади, Міністерства охорони здоров'я і комітету. Ми не є конкурентами, ми є спільною командою виконавчої і законодавчої влади, яка має стояти і пильнувати, і захищати інтереси громадян нашої держави.

Відповідно, всі ваші пропозиції до цього "круглого столу" пані Ірина як ініціатор разом з секретаріатом Комітету з питань охорони здоров'я обробить це юридично, ми винесемо це на рішення комітету, розглянемо. Так, пане Ігорю? Я думаю, що ви також підтримуєте. І буде рішення комітету, яке буде давати рекомендації відповідно виконавчій владі щодо внесення змін тих, які після узгодження всіх юридичних моментів, які будуть дозволяти нам покращити роботу системи.

Тому я прошу вас дотримуватися регламенту, прошу вас коректно відноситися до виступів ваших колег, тому що дуже складно виступати, коли в залі всі говорять. Розумію, що всім болить, і дуже сподіваємося, що цей "круглий стіл" буде результативним.

Дякую пані Ірині і вам бажаю успіху і ефективного завершення. І прошу пробачення, що не можу бути до самого завершення.

СЮМАР В.П. Дякую, Ольго Вадимівно.

Репліка, будь ласка, Ігор Шурма.

ШУРМА І.М. Шановні колеги, я ще раз хочу акцентувати увагу, що в Законі "Про екстрену медичну допомогу" є чітко прописано інститут людей, які надають екстрену медичну допомогу, і вони є без освіти. Питання тільки за одним: Кабінет Міністрів повинен встановити порядок. І тоді можна рухатися.

Я би закликав всіх не спішити з ініціативами, з популізмом. Припустимо, фельдшерам диплом видавати як парамедика. Цього категорично не можна зробити. Я вам поясню чому. От, уявіть собі: прийшла людина працювати на екстрену медичну допомогу, фельдшер, у неї диплом є, їй виписали по-новому, за вашою пропозицією, парамедик. Так? Потім збіг обставин, стан здоров'я або якісь обставини – вона не може працювати на бригаді екстреної медичної допомоги. Куди вона піде? Кому вона буде потрібна зі своїм дипломом парамедика?

Тому ті пропозиції потрібно розглядати не як теоретичні такі пропозиції, а потрібно розуміти, як практично може опинитися людина, коли реалізується така ініціатива. Давайте не поспішати, мені видається, що це дуже неправильно. Давайте це добре обдумаємо. Кому буде потрібна людина? Ви уявляєте собі – приходить з дипломом, каже: "Я провчився в медучилищі. Я є парамедик". Хто її візьме? Ніхто. Так що ви пропонуєте?

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, ми продовжуємо.

І я запрошую, у нас ще з вами залишилось 2 доповіді. Я впевнена, вони будуть дуже цікавими.

Запрошую до слова Деркача Романа Володимировича – Інститут травматології та ортопедії: "Травматизм як основна проблема сучасної медицини".

ДЕРКАЧ Р.В. Дякую, Ірино Володимирівно.

Шановні колеги, я хотів би звернути вашу увагу на проблему травматизму як загальносвітового, так і травматизму, який призводить до смертності нашого населення. Я хочу нагадати, що смертність від травматизму є на першому місці серед працюючого населення України. Незважаючи на те, що проблема не нова, травматизм – це одна з актуальних проблем сучасної медицини, оскільки серед постраждалих травмами визначається висока летальність і високий ступінь інвалідизації.

Я хочу звернути вашу увагу на слайд, де ще з IV століття до нашої ери Гіпократ звернув увагу, його праці про переломи, про суглоби, поранення голови, ще тоді вони вважались, не маючи знань про анатомію, не маючи достатніх знань про лікування, але травма їх цікавила ще з тих часів.

Наступний слайд, будь ласка. Традиційний погляд на травми, як на нещасні випадки та на як випадкові події, привів до деякої зневаги в галузі охорони здоров'я. Однак, останні оцінки показують, що травми є однією з головних причин смерті та інвалідності в світі. Вони зачіпають все населення, незалежно від віку, статі, доходу або географії регіону. Травми, за даними ВООЗ, є причиною 16 відсотків глобального тягаря хвороб і призводять майже до 6 мільйонів смертей щорічно. Це становить майже 10 відсотків смертей від усіх причин у всіх вікових груп та від 20 до 30 відсотків у осіб у віці 15-60 років.

Наступний слайд, будь ласка. Якщо будемо казати про географію травматизму, то ми бачимо, що кожен рік у світі гине від травм майже 2,5 мільйони молодих людей у віці 10 до 24 років, з яких 97 відсотків це жителі країн з низьким і середнім рівнем доходу, а з них майже дві третини, це мільйон 700 тисяч, це жителі Африки на південь від Сахари і Південної та

Східної Азії. В Індії щороку більше мільйона 200 тисяч чоловік гинуть від травм в результаті ДТП. В Китаї 200 мільйонів людей одержують травми щороку, з них 62 мільйони вимагають невідкладної госпіталізації. Травми приносять 10 відсотків всіх випадків смерті та більше, ніж 30 відсотків всіх витрат потенційно продуктивних років життя. Якщо взяти в числах, то це десь 850 тисяч життів на рік, причому дві третини з них загиблих молодше 45 років.

Наступний слайд. Я хотів би звернути вашу увагу, що показник смертності від травм на 100 тисяч жителів, як ви бачите, середній по Європі це 41 відсоток, найнижчі показники Данія, Нідерланди мають 26, я вибачаюсь, це не відсотки, це показник смертності від травм. 41 особа на 100 тисяч. Данія – 26, Нідерланди – 28. Ми бачимо, що Україна має 88 випадків, це майже вдвічі більше, ніж у Європі.

Наступний слайд. В залежності від статі та віку людини, люди від 20 до 54 років становлять майже 50 відсотків всіх постраждалих. З них чоловіки – 60 відсотків, жінки – 40 відсотків. Особи старші 55 років складають майже 30 відсотків від загинувших від травм. З них чоловіків – 40 відсотків, жінки – 20 відсотків. Але я хочу звернути вашу увагу, що у віковій групі від 1 року до 34 років травма сьогодні виявляється основною причиною смерті. А серед підлітків і юнаків цей показник досягає 80 відсотків.

Серед основних причин виникнення важких травм значну частину займають ДТП. Частка поєднаних травм при ДТП складає майже 70 відсотків. Частота ускладнень при них – 80 і більше, інвалідизація – 30 відсотків, летальність – від 40 до 90 відсотків. Дорожньо-транспортні пригоди становлять 35 відсотків від усіх видів травм та займають перше місце серед причин смертності від механічних пошкоджень і є однією з головних причин виходу на інвалідність громадян працездатного віку.
(Наступний слайд)

В Україні щорічно травми різного ступеню тяжкості отримують понад 4,5 мільйона людей. Летальність внаслідок травм в Україні в останні роки

має стійку тенденцію до зростання. І якщо в 90-х роках це була цифра 25-27 тисяч, в 2013-2014 роках зросла до 40 тисяч 300 осіб. Травматизм є головною причиною смерті найбільш працездатного контингенту людей України віком до 40 років.

В Україні щорічно реєструється близько 200 тисяч дорожньо-транспортних пригод, в яких гине біля 4 тисяч осіб та отримує травми понад 30 тисяч осіб. Цифри виглядають загрозливими. Ми вважаємо: травматизм повинен розглядатися в якості пріоритетів здоров'я нації і практично як загроза національній безпеці. Вже немає сумнівів, що сьогодні для всього цивілізованого суспільства важка травма є вбивцею номер один, оскільки гине переважно молода і працездатна частина населення. *(Наступний слайд, будь ласка)*

Основні напрямки. Ми вважаємо, що основними напрямками боротьби з травматизмом є ведення єдиної статистики травм, забезпечення розвитку екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, створення травматологічних центрів, навчання спеціалістів. *(Наступний слайд)* Чому статистика? В нашій країні в статистиці смертності досі не розділені поняття причин смерті. В одній графі об'єднана смертність від травм, отруєнь і нещасних випадків, відсутність єдиної статистики в усіх гілках влади, відсутність в офіційній статистиці такого поняття як "політравма", при якій спостерігаються зовсім інші статистичні показники результатів лікування.

(Наступний слайд)

Враховуючи сучасні вимоги до надання медичної допомоги постраждалим з травмами разом з фахівцями Українського науково-практичного центру екстреної медичної допомоги, медицини катастроф розробити єдиний алгоритм етапного ведення постраждалих з травмами. Створити спеціальні лікувально-транспортні бригади, розробити принципи та затвердження лікувально-діагностичних протоколів роботи таких бригад.

(Наступний слайд)

Центри травми. Це самостійний функціональний підрозділ лікарні з наданням вичерпної кваліфікованої спеціалізованої допомоги постраждалим з травмами в гострому періоді травматичної хвороби, проведення протишокових заходів інтенсивної терапії пацієнтам з травмами. В складі центру повинні бути приймальні відділення, протишокові, передопераційні палати інтенсивної терапії, стаціонар, операційний блок, травматологічний пункт і амбулаторне відділення для прийому пацієнтів, які раніше лікувалися в стаціонарі. В залежності від об'єму центри можуть бути трьох-чотирьох рівнів.

Стосовно навчання спеціалістів, чому постало це питання? Зараз в країні немає чіткої відповіді, які спеціалісти повинні надавати медичну допомогу постраждалим з політравмою, немає спеціалістів, що підготовлені для лікування найбільш важких постраждалих з політравмою, чітко не визначено місце лікування хворих з важкими поєднаними травмами. В більшості обласних лікарень відкриті тільки ортопедичні відділення і висококваліфіковані ортопеди відійшли від надання допомоги при лікуванні травм.

Хочу навести один приклад. Після введення додаткового навчання лікарів по травматологічній хірургії в Європі у федеральних землях Німеччини в 1970-1994-х роках летальність після транспортних нещасних випадків вдалося знизити на 50%.

Першим етапом навчання, ми вважаємо, необхідна робота головних спеціалістів по виділенню групи волонтерів з числа молодих хірургів, ортопедів-травматологів для навчання за кордоном. Паралельно на кафедрах травматології і ортопедії в закладах післядипломного навчання необхідно виділити молодих, до 30 років, викладачів і при допомозі МОЗ провести навчання по даній програмі в Німеччині або в Австрії на базі подібних клінік. Термін навчання – до 3 місяців. Завдяки цьому можна отримати досвід освоєння нової спеціальності нашими фахівцями і бачення її розвитку.

Можна виділити 2-3 кафедри, фахівці яких здібні займатися подальшим навчанням, хірургічною роботою, наявність на цій базі травматологічних і політравматологічних пацієнтів. Протягом року необхідно створити на базі цих кафедр програми навчання і в подальшому розповсюдити цей досвід на інші кафедри.

Що стосується підготовки молодих фахівців. На нашу думку, обов'язкове навчання наданню допомоги при невідкладних станах в перші роки роботи. Навчання в клінічній ординатурі по цілому ряду хірургічних спеціальностей: нейрохірургія, травматологія, абдомінальна хірургія, торакальна хірургія. Робота на базі травматологічного центру будь-якого рівня. І лише через 3-5 років отримати спеціалізацію ортопеда чи хірурга вузького профілю: торакального, абдомінального, ендокринного, лапараскопічного і так далі.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую. Дуже була цікава і ґрунтовна доповідь.

І остання доповідь. Я запрошую адвоката, юриста Секелик Лілію. Я думаю, що це також не менш важлива тема – це тема захисту прав медичних працівників екстреної медичної допомоги. Прошу.

СЕКЕЛИК Л.В. Доброго дня всім! Дякую всім виступаючим за цікаві доповіді. Я як юрист дізналася для себе багато чого цікавого.

Тема, з якою я запропонувала сьогодні виступити, називається так: законодавче врегулювання захисту медичних працівників служби екстреної допомоги. Чому ця тема? Тому що на практиці з випадками агресії щодо лікарів, щодо працівників медичної екстреної служби працівники зіштовхуються щодня. Проте про такі випадки ми з вами чуємо не так часто, вже тоді, коли ці випадки є кричущими просто. Так в минулому році в місті Ірпіні стався випадок, коли агресивна особа напала на лікаря та фельдшера. У

2013 році стався ще більш жахливий випадок у Запоріжжі, я думаю, ви знаєте про цей випадок, це коли, на жаль, загинула 30-річна вагітна фельдшер у зв'язку з тим, що на неї напала психічнохвора особа. Я сьогодні хочу поговорити не про ті випадки, коли є конфлікти між пацієнтом та лікарем, коли, наприклад, особа є агресивною, тому що вона страждає від болю, тоді звичайно. В даному випадку має застосовуватися весь професіоналізм лікаря до такої особи для того, щоб її заспокоїти. Проте вони як ніхто, а особливо лікарі екстреної медичної служби, кожного дня працюють з агресивними особами, з особами, які зловживають алкоголем та наркотичними засобами, з психічно неврівноваженими особами.

Як же в цій ситуації захищає закон? На жаль, Закон України "Про екстрену медичну допомогу" на сьогоднішній день регламентує лише загальну норму, яка говорить про те, що лікар під час виконання своїх службових обов'язків має право на захист щодо посягання на його життя та здоров'я. Проте, ви знаєте, як я спілкувалася з одним лікарем, він сказав: "І що я маю з цією статтею робити? До чого її застосовувати?" Тому на сьогоднішній день чинне законодавство України, на мій погляд, потребує чіткого врегулювання та доповнення цієї статті.

Мені здається, що ми маємо взяти досвід, який був застосований під час прийняття Закону України "Про Національну поліцію", де чітко передбачений механізм, як поліціант, а в даному випадку як медик та інший член екстреної медичної служби, бригади має застосовувати та впроваджувати ці способи захисту. Так, обов'язково в цих нормах, які мають бути прийняті, має бути прописано чітко про те, що працівник екстреної медичної служби має право як на застосування фізичного впливу, так і на застосування спеціальних прийомів, спеціальних засобів. Це можуть бути кийки, це можуть бути електрошокери. В принципі, насправді є непоганий досвід застосування і в країнах Європейського Союзу спеціальних засобів. А вже потім мають бути розроблені обов'язково і локальні нормативні акти, які

би передбачали в даному випадку, наприклад, проходження обов'язкової практики щодо самооборони лікарів.

Цинічність цієї ситуації, яка склалася на сьогоднішній день із захистом працівників, полягає в тому, що ви як лікарі несете відповідальність, підвищену кримінальну відповідальність за відмову від надання медичної допомоги. Тому виникає питання: що робити цьому лікарю, якщо він знає, що, умовно кажучи, в квартирі 45 живе агресивна людина, можливо, з якимось психічним захворюванням, проте в нього немає допомоги ні від правоохоронних органів, які можуть принаймні забезпечити його захист. Я не знаю, чи тут є представники правоохоронних органів, але насправді було б цікаво поговорити і щодо розроблення певного алгоритму дії, співпраці між працівниками екстреної медичної служби та представниками правоохоронних органів. Мені здається, в Київській області, розказували, що колись чекали тоді ще міліцію 1 годину 20 хвилин, поки вона приїхала, щоб забезпечити захист цих працівників. Тобто на сьогоднішній день ефективність такої взаємної праці, на жаль, мінімальна.

Сьогодні говорили про проект "Вчасна допомога". Я знаю, що декілька років тому в рамках цього проекту передбачалося створення, наприклад, запровадження тих же самих тривожних кнопок не тільки в транспортних засобах, але і безпосередньо у лікаря. Але, я так розумію, що все на тому обговоренні і закінчилось, і в Києві теж.

Крім того, я розумію, що, напевно, чекати законодавчих змін буде довго. Але, можливо, варто також подумати, я знаю, що ця ідея вже пропонувалася, принаймні в Інтернеті я про неї читала, про розроблення реєстру агресивних пацієнтів.

(Загальна дискусія).

СЕКЕЛИК Л.В. В даному випадку я говорю про застосування програмного забезпечення.

(Загальна дискусія).

СЕКЕЛИК Л.В. Давайте, потім можемо обговорити цей момент. Але все ж таки я, наприклад, знаю, що в Німеччині в деяких містах розроблений цей реєстр, де дійсно вписані агресивні пацієнти, до яких приїжджають з правоохоронними органами.

І наостанок, мені здається, тут хтось говорив вже про так званий спеціальний статус працівника екстреної медичної допомоги. Можливо, не має бути виписано спеціальний статус прямим текстом в чинному законодавстві, проте варто розглянути питання щодо внесення змін до Кримінального кодексу саме в частині того, щоб виділити працівника екстреної медичної служби як спеціального суб'єкта, щодо якого буде підвищена, у випадку застосування загроз, застосування насильства, загрози його життю, буде застосована спеціальна санкція – додаткова відповідальність. Так, наприклад, така санкція передбачена до представника правоохоронних органів, до журналіста, до органів виконавчої служби. Я думаю, що лікар не менш заслуговує на таку норму.

Тому я сподіваюся, що за результатами цього "круглого столу", можливо, деякі ті моменти, про які я говорила, вони все ж таки будуть розглянуті, тому що моя доповідь базувалась не тільки на якихось формальних, теоретичних знаннях. Я спілкувалася з лікарями, які, в принципі, вносили свої пропозиції.

Все, дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, пані Ліліє. Я повністю підтримую ініціативу підготовки законопроекту про внесення змін до законодавства з приводу надання спеціального статусу, так само, як це було зроблено по відношенню до поліцейських, зараз у форматі реформи поліції так само. І ми маємо збільшити як відповідальність за нанесення шкоди працівникам екстреної

медичної допомоги під час виконання ними своїх обов'язків, так само і передбачити соціальні гарантії, відшкодування шкоди, лікування, якщо стаються такі дії.

Тож, я думаю, що ми разом з представниками профільного комітету, з юристами, з Міністерством охорони здоров'я, вони також підтримують цю ініціативу, якомога швидше будемо вносити це як законодавчу ініціативу.

Ми будемо завершувати наш з вами захід, і я буду надавати по 2 хвилини ще також для виступів тим, хто має бажання.

Зараз слово скаже Ігор Шурма, а потім, в кого є бажання сказати, висловити свою точку зору, прошу підіймати руку, я в порядку черги, але не більше 2 хвилин, попереджаю, буду надавати слово.

ШУРМА І.М. Шановні колеги, я черговий раз переконуюся, дуже важливо сьогодні говорити не про реформу екстреної допомоги, а про розвиток і впровадження Закону "Про екстрену медичну допомогу". Якщо ми це впровадимо, то тоді можна говорити про реформування.

Тепер я вам скажу про те, що стосується соціального захисту і що стосується "тривожної кнопки". Це не потребує законодавчого врегулювання. Це потребує виділення коштів з відповідного бюджету на проплату функціонування "тривожної кнопки". Така система працює з 2008 року у Харківській області. Вона працює. Там нічого не потрібно – заключаєте угоду, перечислюєте гроші, і вона працює.

Те саме стосується добровільного страхування. Якщо влада переживає за соціальний статус працівника екстреної допомоги, вона заключає угоду і проплачує кошти, і будь-яка нанесена травма пізніше оплачується страховою компанією. Тобто тут треба зрозуміти, що не повністю... Ці всі елементи, вони вже всі працюють при цьому законі, потрібно використати всі повноваження і весь ресурс, який є у регіональній влади.

І наголошую ще один раз. Можна говорити про новації, і потрібно говорити, потрібно цей самий закон вдосконалювати, але це можна буде

зробити ефективно тільки в одному випадку, якщо запуститься повноцінна робота служби відповідно до законопроекту про медичну допомогу, ось тоді можна буде вносити зміни і доповнення і реагувати по ситуації, аби не сталося так, що ми не запустивши одного, зруйнуємо одне і не будемо мати ні одного, ні другого.

Більше того, я мушу сказати, що система, яка працює на сьогоднішній день і впроваджена в Харківській області, вона пройшла оцінку фахівців зі Сполучених Штатів Америки. Це єдина область, де повністю синхронізована служба: телефон 103, 112 і міліція. Оце три служби, які синхронізовані в дії. Там треба буквально пару секунд для того, щоб між ними пройшов зв'язок. Оце така пропозиція.

СИСОЄНКО І.В. Будь ласка, піднімайте руки. В порядку черги надам слово.

Одна репліка, будь ласка, Сергій Бараннік.

БАРАННІК С.В. Репліка з приводу парамедиків. Не пропонується жорстке перейменування посади в парамедика. Пропонується додати до фаху "Лікувальна справа. Невідкладні стани" в дужках додати "парамедицина". Тоді це нам дасть можливість...

(Загальна дискусія).

БАРАННІК С.В. Або "Парамедицина. Невідкладні стани". Тоді це дасть можливість...

(Загальна дискусія).

БАРАННІК С.В. Велика різниця, велика. Це світові стандарти.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, пане Сергію, ми вас почули.

БАРАННІК С.В. Це поступове введення посади парамедика. Ми до цього все одно прийдемо.

СИСОЄНКО І.В. Дякуємо вам. Почули вас.

Я буду надавати слово, я прошу представлятися, щоб ми всі знали, хто виступає, і 2 хвилини.

Будь ласка, ви.

ПАНАСЕНКО О.О. Олег Панасенко – голова Вільної профспілки медичних працівників України.

Ми дуже багато чуємо про реформи в Україні медичної галузі. Але насправді що відбувається? Я маю зв'язок з усіма регіонами в Україні і сам дуже багато подорожую по різних регіонах. Так от, що я вам хочу сказати? Зараз просто знищується медична галузь в Україні! Скорочуються, під модним словом "оптимізуються", лікувальні установи в Україні. Тут був гарний доклад про придорожні, притрасові районні лікарні. Немає вже їх, все знищується!

Через ганебну заробітну плату і незахищеність соціальну виїжджають масово лікарі й медики взагалі за кордон! Досі немає на законодавчому рівні визначеної моделі, за якою має розвиватися наша медична галузь. А ця реформа швидкої медичної допомоги, коли нам пропонують замінити лікарів і фельдшерів парамедиками, вона просто залишить пацієнтів тих травмованих, 88% яких становить смертність через травми, залишать без можливості отримання якісної медичної допомоги безпосередньо на місці події, на місці пригоди. І будуть за принципом "хапай – і тягни" парамедики везти до неіснуючих госпітальних округів, які будуть створені лише на папері.

До речі, Івано-Франківська обласна рада дала мені відповідь, коли ми просили, щоб був включений до системи госпітальних округів новий госпітальний округ в Долинському, в гірських районах, за підписом голови обласної ради, Сич відповів, що обласна рада не вбачає ніякого створення госпітальних округів до реформи адміністративно-територіальної в Україні.

Тобто ця гра з парамедициною – ще більша смертність та захворюваність нас, українців. І, до речі, в цьому залі вже чинилися дебати з приводу того, що всіх педіатрів замінять універсальні сімейні лікарі. Де ці всі сімейні лікарі – універсальні солдати?! Слава богу, що нам вдалося відстояти таку унікальну спеціальність в медицині, як педіатрія. А зараз нам треба врятувати нашу швидку або, як там більше кому подобається, екстрену медичну допомогу. Дякую. *(Оплески)*.

СИСОЄНКО І.В. Дякую.

ТІМОШЕНКО Т.В. Пане Сидоренко, можна питання до вас. Скажіть, будь ласка, в розвинутих європейських країнах і в Америці, чому смертність на догоспітальному етапі складає 24-26%, а в нашій країні складає 70%?

ІЗ ЗАЛУ. А звідки ви берете такі цифри? Офіційно де?

(Загальна дискусія).

ТІМОШЕНКО Т.В. Будь ласка, можете відкрити Інтернет і знайти офіційні цифри. Я задала конкретне запитання: чому парамедична служба в розвинутих країнах світу - смертність 24%, чому українець має гинути, і в 76-ти відсотках він гине на догоспітальному етапі? Можете відповісти мені, будь ласка?

ШУРМА І.М. Я вас переб'ю, ми проводили експеримент. Я перепрошую. Перше, де ми почали навчати поліцейських, тоді це ще була міліція, і пожежників – це в центрі, організованому при обласній клінічній лікарні. Ми почали вчити їх надавати невідкладну медичну допомогу. І ми теж говоримо про те, що інститут парамедиків має майбутнє.

Я вам пропоную, люди добрі в міністерських кріслах: "Вдягніть гумові чоботи, поїдьте в село і зрозумійте, що вам треба буде там знайти людей, які будуть працювати парамедиками". Ви собі даєте відчит у тому, що з цього середовища людина провчиться, чи прослухає три роки – і прийде і буде надавати домедичну допомогу? Ну давайте жити реаліями не Сан-Франциско, а України.

ТИМОШЕНКО Т.В. Щойно спілкувалася з молоддю, з нашою активною молоддю. Це інтерни, які медицина невідкладних станів. Знаєте, що сказали мені? Ми не будемо обирати цю професію, напевно. Напевно, ми підемо в інші напрямки діяльності.

(Шум у залі).

ТИМОШЕНКО Т.В. Ще раз кажу, і не за це. Але все ж таки є активні люди, які хочуть вчитися, які, можливо, не хочуть бути там лікарями відразу, середній медичний персонал, і які хочуть працювати. Але тоді ми маємо створити їм всі умови, щоб у селі вони хотіли лишатися і працювати в себе, в селі, звідки вони пішли. І таких людей забагато в Україні.

СИСОЄНКО І.В. Так, шановні колеги! Я вас дуже прошу, я буду надавати слово всім, я дам можливість кожному з вас висловитись лише за єдиної умови: якщо ви будете коректні по відношенню один до одного і якщо в нас буде діалог. Добре? Будь ласка, я прошу. Я розумію, що емоції вже набрали високих обертів і всі втомились, але давайте з повагою.

Так, наступне слово я передаю вам. Будь ласка.

МОХНАЧОВ В.Я. Департамент охорони здоров'я Полтавської облдержадміністрації, Мохначов Володимир Ярославович.

Підтримуючи виступ Ігоря Михайловича, нагадаю, що Закон "Про екстрену медичну допомогу" був зроблений на основі польського закону, тобто то європейський закон. І я не розумію, чому його потрібно докорінним чином міняти. І на реалізацію цього закону була видана низка постанов і розпоряджень. І от, до речі, я хочу запропонувати, щоб поновили дію двох розпоряджень, які були скасовані і несли суттєві роз'яснення до реалізації цього закону. Це розпорядження Кабінету Міністрів від 25 березня 2013 року номер 203 – "Деякі питання створення системи центрів екстреної медичної допомоги та медицини катастроф" та розпорядження Кабінету Міністрів від 21 листопада 2012 року номер 978 – "Про забезпечення системи екстреної медичної допомоги телекомунікаційними ресурсами". Будь ласка. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам. Так, будь ласка.

РОГОВ А.В. Анатолій Рогов, президент Всеукраїнської асоціації працівників швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф.

Шановні колеги! Я от слухав уважно виступи сьогодні, от думка моя така. От нас, мабуть, дивляться наші колеги, ті, хто працює в екстреній допомозі, як ви думаєте, яку оцінку дадуть ті люди, які безпосередньо надають екстрену медичну допомогу, деяким пропозиціям? Ви знаєте, є такий афоризм "Без минулого немає майбутнього", тому давайте повернемося до джерел створення нашої служби. Вона створювалась, на відміну від американської системи, ви знаєте, що в світі є дві системи: коли лікар їде до хворого і коли хворого везуть до лікаря. Ну сьогодні у

Сполучених Штатах зовсім інше суспільство, зовсім інша система охорони здоров'я, зовсім інший менталітет людей. І сьогодні одне слово "парамедик", ви знаєте, воно сьогодні тіпає, сьогодні колективи центрів, вони сьогодні "на взводі". На превеликий жаль, сьогодні стоїть питання, чому впав імідж працівника екстреної медичної допомоги? Та тому, що специфіка роботи, в яких умовах вони працюють щоденно? Постійно в екстримі. Які умови на роботі створені? Давайте подивимося в межах нашої держави в кожній області, який технічний стан приміщень відділень, який санітарний автомобіль.

Тому сьогодні потрібно зробити, в першу чергу, умови праці працівника.

Друге питання. Умови оплати праці працівника. Зроблено дуже багато, правильно сьогодні говорили, сьогодні треба сказати величезне спасибі і подякувати команді Юрченка, які зробили у 2012 році закон, який вкрай необхідний, і цілу низку підзаконних актів. Сьогодні наша асоціація вносить конкретні пропозиції і по оплаті праці, і внесення змін до закону, але чомусь воно все сьогодні нехтується.

Наша позиція від асоціації, ми зараз готуємо звернення до органів влади, тому що не зрозуміло, хто в державі сьогодні формує державну політику. Наскільки нам відомо, Міністерство охорони здоров'я реалізує державну політику, але не формує державну політику у сфері охорони здоров'я.

Тому, шановні колеги, наша думка: парамедицина сьогодні не на часі, це не найголовніше питання, неактуальне, яке сьогодні є. Треба сьогодні звернути увагу на умови праці працівників, тим більше зроблено багато. Сьогодні ж ніхто не піднімав питання, що немає медикаментів, це питання вирішено, забезпечена служба. Мабуть, треба рухатися далі, вносити ті підзаконні акти, які є, це і порядок використання медичної субвенції, тому що кошти залишаються, це зміни в оплаті праці.

Тому я ще раз кажу, питання є по підготовці фахівців, але не все ж так погано. Хто сьогодні заважає на 7 профільних кафедрах, які готують наших фахівців, зробити ті ж самі симуляційні класи і підготувати фахівців? Хто заважає сьогодні зробити симуляційні класи при Центрах екстреної допомоги? Хто сьогодні заважає змінити програму фельдшера і нехай він називається "фельдшер"? Від назви "па медик", від того, що починаємо, якісь надання медичної допомоги не покращиться.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам.

Хто ще хоче висловитися?

Будь ласка, пан Загородній.

ЗАГОРОДНІЙ В.В. Володимир Загородній.

Дякую за можливість виступити. Я буду лаконічним. Коли я останнім часом, я дуже поважаю досвід Сполучених Штатів Америки і європейський знаю, який більше, який менше, але останнім часом коли так часто посилаються, ви знаєте, я надто стою правим націоналістом. Тому що таке враження, що історії не було, нічого ми не зробили за цей вік, хто старший, хто молодший. Молодші ще не встигли. Але ті, хто присвятив себе, знають з власного досвіду.

І на сьогоднішній день, посилаючись на ті доповіді, на їх зміст, хочу зробити акцент. Згадали закон, згадали підзаконні акти. І я хочу звернутися не до Центру екстреної медицини, тому що таке враження, що найчастіше заважають, аніж допомагають на місцях працювати. А хочу звернути до регіонів. Є речі, які можна і потрібно вирішувати на тому рівні.

Перше. Це щоб швидко їхала з повною сумкою для надання невідкладної екстреної медичної допомоги, була укомплектована. Раз.

Друге. Щоб там був персонал зацікавлений. І те, що кажуть, що 20, не 20, органи місцевої влади мають розуміти ту міру відповідальності, посилаючись на ті цифри, які тут презентували нам по діаграмам.

І третє. Справа в тому, що є питання в дорогах, це комунікації. І в даному випадку дислокація – тимчасова дислокація чи постійна – має бути раціонально розміщена там, звідки зручно дістатися, особливо коли мова йде про організацію госпітальних округів. Говорили про 200 тисяч, згадували мало не про 500 тисяч, ви уявляєте, в яку яму можна загнати оте населення, яке потрапляє до цього госпітального округу? Тим більше, ідеологи з 2010 року, які втягнули в питання лікарень інтенсивного лікування, не можуть усвідомити одного: що в цивілізованому світі лікарня інтенсивного лікування – це багатoproфільна лікарня. І, якщо знаєте, "швидка допомога" везе до найближчого лікувального закладу, знаючи, що там може бути надана адекватна допомога, а не кудись за 90 кілометрів, що вони нам сьогодні пропонують.

І останній акцент. Багато в чому все залежить від місцевих рад, від місцевих адміністрацій і від того, який рівень менеджменту буде на місцях і яка логістика буде реалізовуватися в діяльності екстреної медичної допомоги. Дякую. *(Оплески)*.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам.

Хто ще бажає висловитися?

_____. Я вот слушал Баранника, и он сказал, что можно заменить кадры водителей на врачей и фельдшеров. Вы посмотрите опыт полицейских, сколько машин перебито. Машина, на минуточку, миллион 700 тысяч стоит. Так что, пан Баранник, свои эмоции, свои мысли – пожалуйста, в Америку.

СИСОЄНКО І.В. Прошу. Представтесь, будь ласка.

СІНЧЕНКО С.М. Сінченко Станіслав, обласний спеціаліст МНС, Херсон.

Вначале в докладе сказали, что летальность на догоспитальном этапе – 1,5%, из них – 94% до прибытия – это говорит о качестве оказания медицинской помощи. К концу нашего совещания оказалось, что летальность почему-то уже 70% или 75. Откуда такие несовпадения в цифрах?

ГУР'ЄВ С.О. Профессор Гурьев, замдиректора центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф.

Я хочу сказати, знаєте в чому наша проблема? Всі праві. Але мені це зараз нагадує тих будівельників Вавілонської вежі, які не змогли порозумітися, бо один одного перестали розуміти.

Наприклад, що таке парамедик? Парамедик – це не медичний працівник в Європі. Пробачте, це так в європейському законодавстві. 36-а директива, медики – це регульована професія в Європі. І там є, як я пригадую, лікар, середній медичний працівник і чомусь там акушер віділений. І якщо ми зараз введемо, я говорю зараз відверто, Тетяно Василівно, я вас дуже поважаю, яку ви роботу робите, але коли ми підемо до Міністерства юстиції, нам це завернуть. Бо в них є такий департамент, який погоджує всі наші введені норми з діючими європейськими, не американськими.

Тобто давайте так: ну назвіть його якось інакше. Є медичний рятівник, фельдшер. Але треба ввести парамедика не за ім'ям, а за суттю, тобто щоб вони були підготовлені так, як треба.

Я вам скажу таку справу, що в Америці інша справа. Зараз в Каліфорнії, як вам відомо, де ви тут посилались на Сан-Франциско, бригада повинна складатись з двох парамедиків, один з яких повинен мати ступінь бакалавра невідкладної медицини.

Отже, 76 відсотків всіх загинувших від травм, гине на догоспітальному етапі, або до прибуття швидкої медичної допомоги, або в їх присутності, або під час транспортування. Це 76 відсотків.

По-друге, ми почали реформувати екстрену медичну допомогу не з того боку. Я вам зразу скажу, я знаю чому це так почалось, через закупівлю чого це почалось. Справа в тому, що ми повинні створити, по-перше, я вважаю. Що таке парамедик? Головний девіз – "хватай и беги." Як хватати, то у нас завжди з цим проблем не буде. Нам треба побудувати те, куди не будуть лізти. І коли ми це побудуємо, можемо створити і покажемо дорогу.

По госпітальним округам. У нас є можливість це створити. На жаль, унікальна, але вона є. Руйнувати будуть, обласні ради стануть насмерть, я вам скажу, а це їх власність по закону децентралізації. Тобто ні Міністерство охорони здоров'я, ні Кабмін, ні навіть Верховна Рада не має права забрати цю власність. Це власність. Скажуть – не хочемо і не можемо. Але є у нас унікальні Донецька і Луганська області, де, по-перше, все зруйновано і це факт, а, по-друге, там діють військово-цивільна адміністрації, які можуть це вирішити без рад. Бо той, хто працює з радами, і коли ми побудуємо там це, все рівно десь треба будувати, якимось там організувати допомогу, от тоді ми зможемо і набити шишки і щось зробити, а округи нам треба робити.

Я повністю підтримую, Тетяна Василівна, вас в даному випадку, що це процес не сьогоднішнього дня, це процес, але сьогодні ми повинні почати не з догоспітального етапу, бо догоспітальний етап, куди вести, саме питання, куди вести. Дякую.

І ще одна проблема. Ви знаєте, що автомобілі класу "С", вони передбачені для роботи на них лікаря, просто передбачені. Ми повинні прийти до такого висновку.

ТИМОШЕНКО Т.В. Я просто пояснюю цифри, тому що у нас колега запитував про цифри. Так от, 76 відсотків летальність на догоспітальному, 1,5, те, що я називала, якщо ви чули, то це до приїзду, це вся летальність на

догоспітальному і 1,5 – це до приїзду швидкої. Я ще раз кажу, якщо було незрозуміло, можливо, з мого слайду.

СИСОЄНКО І.В. Дякую. Будь ласка, надаю слово.

(Мікрофон не ввімкнено).

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам. *(Оплески).*

Да, будь ласка.

ПОХМУРСЬКИЙ В. Володимир Похмурський – директор Львівського обласного центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф.

Я так не хотів брати слово, але дивлюся, що мої колеги-керівники (і знаючи трошки їх настрій), так трошки з песимізмом вийдуть з цієї наради і лишаться з тими проблемами, з якими ми стикаємося кожен день. Ті пропозиції, які ми подавали (як колективну, так й індивідуальну), вони всі сьогодні в тій чи іншій формі прозвучали, але логіки рішення їх нема.

На нашу точку зору, догоспітальний порятунок людей медичний, він має лягти на плечі держави. Це має бути пряме державне підпорядкування і пряме державне фінансування. Там, де людина не має права вибрати собі порятунок, держава має забезпечити. Тут закладений конфлікт в Законі про місцеве самоврядування і Законі про екстрену медичну допомогу, первинну, зразу в нормативних актах.

Тому правильно було би розрахувати кількість бригад на кількість населення в тій чи іншій формі, знати, скільки коштує одна бригада і забезпечити цей мінімальний рівень в тій комплектації медичного персоналу, який пропише профільне міністерство і так далі. Ми зробили півкроку. Ми дійсно маємо забезпечення медикаментами, ми маємо наполовину забезпечення машинами, які вже потрошку починають вичерпувати свої ресурси, а далі – все. Тобто далі треба було би знати ресурс

державний, закрити питання по центральній диспетчерській, єдиних уніфікованих, тому що питання дальше стоїть відкрите. І зараз ми кинуті на те, що кожен керівник підрозділу (мається на увазі центру) має вирішувати сам невластиву йому функцію. Мені все одно, яка у мене буде диспетчерська, але мені треба, щоб у мене була така диспетчерська, як в Чернівцях, в Тернополі, на Волині і так дальше, щоб ми мали уніфіковані протоколи як роботи диспетчера, так і технічне забезпечення цього всього.

Тому наше бачення таке все-таки, що це мала бути єдина державна позиція. Тому що люди, які сьогодні відповідають за реалізацію закону, безпосередньо перед законом кримінально, вони сьогодні не дуже розуміють, що з ними буде завтра, з нами.

А питання парамедиків, дійсно, невдало підібраний термін. Там треба було взагалі вирішувати питання: забрати дразливі питання, ми би зараз не були в оцих от дискусіях ніяких. Не розкидатися тим ресурсом, який у нас є. Шикарний ресурс! Тим більше, ми маємо купу тих всяких, ясно, що це все недосконало.

Змінити програму. Ми можемо навчити парамедиків? Хто їх буде вчити, тих парамедиків? То є, може, 10-15 людей, які мають міжнародний сертифікат сьогодні в Україні, на великі тисячі людей, щоб їх перевчити. Не треба їх перевчати. Змінити програму. Акцент зробити на практичні навички. Не треба фельдшеру знати там пероксид-оксидацію ліпідів і так далі, це абсолютно не потрібно! Він має працювати на рівні м'язової пам'яті, дати можливість йому забезпечити цих 5 синдромів порятунку життя і закрити питання. Не треба розкидати ними, давайте їх назвемо "медичні рятівники" і так далі, і знімемо конфлікт.

І тут є ціла низка, всі напрацювання є написані. Взагалі, і громадські слухання це є дуже добре. Але треба обговорювати вперше в професійній асоціації, прийняти спільне професійне рішення, а тоді, що стосується порушення суспільного укладу, порушення якогось громадського устою – оце виносити на громадські слухання. А питання професіональних питань

мають вирішувати професіонали, на жаль, при всій повазі до громади і до всіх громадських організацій. Дякую. Вибачте. *(Оплески)*.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам. Будь ласка.

МОЇСЕЄНКО Р.О. Спасибо, уважаемая Ирина Владимировна.

Моисеенко Раиса Александровна, проректор Академии последипломного образования врачей. Я не буду долго. Очень поддерживаю выступление львовского нашего коллеги, но я не могу сегодня не сказать о том, что мы много говорили, каждый где-то затрагивал вопросы подготовки кадров и, к большому сожалению, ни один из докладчиков сегодня не был приглашен именно о вообще стратегии подготовки кадров.

У нас сегодня действительно есть система, которая уже существует и та которая работает: и подготовки кадров, и непосредственно наше всё, что касается экстренной помощи. И моё глубокое убеждение, что нам принципиально важно, во-первых, "не выплеснуть ребенка вместе с водой", потому что мы очень часто "до основания, а затем". Не стоит это делать, особенно в стране, которая сегодня не очень богатая и не в самом лучшем состоянии, не в состоянии расцвета. Поэтому, на мой взгляд, нужно собрать то, что есть, а есть не так мало всего, и начать, и подумать очень серьезно, что нужно изменить действительно в реальном времени. Выстроить перспективу пошаговую: что нужно делать в этом году, что в следующем году. И к чему мы в конце концов стремимся?

И абсолютно поддерживаю, что сегодня не хватает вот этих коммуникаций. Проработав очень долго в Министерстве здравоохранения Украины, знаю одно: что всегда возникает масса вопросов только тогда, когда управленцы работают сами по себе, а медицинская общественность работает сама по себе. Ведь мы одно и то же говорим, но своим языком! Поэтому огромная просьба к представителям Министерства здравоохранения Украины, мы открыты, мы хотим слышать, мы хотим видеть! Поэтому любой

проект документа, который попадать будет в медицинскую общественность, это будет только на пользу, а не против. Поэтому это принципиально важно.

И второй вопрос, который хотела затронуть, действительно подготовка медицинских кадров должна проводиться по абсолютно понятным, легитимным программам. Сегодня есть поручение руководства по поводу того, что мы должны подготовить интернов по программе, которой просто в стране нет. Она не есть утверждена, то есть американская программа. Мы должны провести экзамены, люди должны ответить на все эти вопросы. Суть не в том, подготовим – ответят. Вопрос в другом: завтра появится испанская программа, послезавтра японская программа. Давайте мы придём к какому-то нормальному знаменателю. Потому что, по большому счету, да, она должна быть наша, мы должны взять самое лучшее, но она должна быть утвержденной, легитимной, и тогда мы будем с чистым сердцем смотреть нашим интернам в глаза, они будут понимать, по каким программам мы их учим, что мы у них будем спрашивать в конце концов.

Спасибо большое.

СИСОЕНКО І.В. Дуже вам дякую.

Будь ласка.

ШВЕЦЬ І.М. Я заступник голови профспілки працівників охорони здоров'я Ірина Швець.

Шановні присутні, хочу звернутися і подякувати, по-перше, Ірині Володимирівні, і сьогодні, мабуть, ще ніколи не звучало питання про престижність праці медичного працівника, лікаря екстреної допомоги, не звучали ті проблеми.

І сьогодні, мені здається, ми маємо об'єднатися і все ж таки виставити рахунок державі: у нас є 12 стаття основ законодавства України про охорону здоров'я, де чітко визначено, що медицина має бути забезпечена не менше 10 відсотків від валового внутрішнього продукту. Ми маємо вимагати цього

фінансування, тому що у нас є гарний Закон "Про екстрену медичну допомогу", але всі сьогодні визнали, що він не виконується лише тому, що немає фінансування.

Сьогодні ми стоїмо, вже другий "круглий стіл" з питаннями оплати праці. Сьогодні охорона здоров'я, на "круглому столі" ми озвучували, у нас був попередній моніторинг, 3 мільярда, на сьогодні остаточні цифри складають, і ми передали це безпосередньо в руки Прем'єр-міністру, була можливість на Національній тристоронній раді, вже не вистачає для того, щоб покрити оцю зрівнялівку, 3200, проти якої ми виступали в принципі і зосереджували увагу, але ніхто не зреагував. На диференціацію заробітних плат нам сьогодні не вистачає, на медицину, по всій Україні 3,7 мільярда гривень.

Тому ми маємо всі об'єднатися і виставити рахунок державі. Чому нам можуть виставляти рахунки на житлово-комунальні послуги? Вони мають бути обґрунтовані, вони мають бути європейськими. Чому ми не можемо виставити і оголосити про те, що наша послуга стільки коштує. І той же лікар має приїхати, надати медичну допомогу, що теж його послуга варта грошей.

І хочеться ще подякувати юристам, які опрацьовували пропозиції з приводу внесення змін до Кримінального кодексу. Профспілка 10 років піднімала це питання, надавала пропозиції, неодноразово виступала на парламентських слуханнях, щоб визначити дійсно як окремий суб'єкт відповідальності, щоб так, як це були правоохоронці визначені в Кримінальному кодексі. Так, як у же в 2014 році це ввели для журналістів. Бо сьогодні не звучало, що парамедики...

Ще одне тільки слово. Що дуже серйозно, у нас так побудовано законодавство, особливо трудове, соціальні пільги і гарантії для медичних працівників, і та мізерна заробітна плата, і все, що на неї (надбавки) накручується, тільки за рахунок того, що при цьому всьому враховується назва посади і назва закладу, в якому працює медичний працівник. Це передбачає низку всіх пільг і гарантій. Якщо ми щось змінюємо, будь ласка,

давайте узгоджувати, тому що зразу все летить "в пух і прах". Тому в наших складних умовах дуже складно потім щось відновити.

Дякую за увагу. І дякую всім, що переймається захистом медичних працівників.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам.

Будь ласка.

_____. Шановні присутні, всі ви мене знаєте, мені представлятися не потрібно.

Ви знаєте, що ми відстаємо, ми стоїмо на місці всі з вами. Розумієте, медичні технології в екстреній допомозі стоять уже на місці. Якщо ще 5-10 років тому рятувальник не мав медикаментів, то зараз у світі він має 8 медикаментів. Рятувальник, вдумайтесь, він має і епінефрин, шприц-тюбик, він має антибіотик. Я до того, що норматив доїзду вже до пацієнта в Ізраїлі, всюди, 3 хвилини. 3! Вдумайтесь! Чому вони рятують більше життів? Так, first responder перший на місці події – 3 хвилини. Давайте слідкувати за світовими тенденціями, що є в світі. Це перше.

Друге. В Міністерстві охорони здоров'я є три основних документи. Ми повинні прийняти з вами політичне рішення. Є кваліфікаційні характеристики до спеціальностей. Ми повинні сказати, не називати, як, наприклад, що це дратує, не дратує. Є спеціальність одна, є спеціальність друга і що він повинен знати і вміти. Потім є наказ Міністерства охорони здоров'я, кваліфікаційні характеристики до посад і третій - освітній. От коли ми визначимося з вами, що ми хочемо мати з вами, тоді освітні програми.

І ще одне. Поки ми не об'єднаємо з вами, у крайньому разі ідеологічно, додипломна освіта, є шановний Арсен Арсенович. Що він пише? Що там викладають? Ми, наприклад, післядипломна – не зовсім знаємо, що викладають. Що викладають в коледжах – не знають. Я як головний спеціаліст спробував півроку дізнатися, що в коледжах викладають. Вони

тягнули-тягнули, а потім сказали: "Хто ви такий?" Ну це таке. Так, немає, наприклад, так. То медична освіта є. Є прекрасні центри-тренінги. І в Українському центрі, і всюди є. Що вони викладають? Вони з своєї програми. Поки весь світ ішов таким шляхом, що ми повинні визначитися. І все знаходиться під спеціальністю "медицина невідкладних станів". Ось університет, професор, під ним лікар, під ним фельдшер, медсестра, парамедик, медичний технік і так далі. Якщо 10 відсотків населення вже вчать в розвинених країнах, населення, серцеві і легеневі реанімації з автоматичним дефібрилятором. Коли ми запитуємо студентів, ну буквально останні місяці або всюди, запитую, читаю лекції, лікарі не знають, фельдшери не знають і так далі. Щодо парамедиків - ви знаєте мою позицію. Давно ми писали ще, дуже давно, але цією мовою розмовляє 95 країн світу. Ну не можемо ми говорити окремою мовою. От і все. Оце моя позиція.

СИСОЄНКО І.В. Дякую дуже вам. І остання репліка, шановні колеги. І будемо завершувати.

ГАЛЬЧАНСЬКИЙ Ю.М. Добрый день. Гальчанский Юрий Николаевич. Компания "Цифровые радиосистемы".

Я хотел бы пару слов сказать по поводу вопросов системы управления экстренной медицинской помощью. Здесь рассматривали много вопросов. Может, я подниму не такой важный вопрос, но, тем не менее, вопрос в воюющей стране, как у нас сейчас, он очень важен. Как сейчас осуществляется управление экипажами, врачами, бригадами? Все осуществляется практически по мобильной связи. Значит, есть много примеров у нас, особенно там, где какие-то экстренные ситуации, где мобильная связь просто ложилась. И вопросы обеспечения радиосвязью как машин, так и центров, диспетчерских служб, о которых сейчас говорим, почему-то этот вопрос вот Татьяна Тимошенко один раз сказала, что необходима радиосвязью обеспечивать. При наличии обеспечения

автомобилей, диспетчерских служб, бригад автоматически отпадает вопрос той же самой аварийной кнопки, потому что все здесь, собственно говоря, безопасность врачей обеспечивается. Но самое главное, что здесь система управления становится более стойкой и она не зависит уже от какого-либо оператора, она является системой, которая является ведомственной. В некоторых областях этот вопрос рассматривается. В настоящее время проектируется такая система в городе Киеве. Там некоторые другие области занимаются. Но финансирование из государственного бюджета данной сферы совершенно не присутствует.

Поэтому просьба: директорам центров "экстреної медичної допомоги" наверное обращаться к губернаторам по поводу выделения денег или к Министерству здравоохранения изменения в бюджет для того, чтобы систему управления необходимо улучшать. Хотя это и не вопрос медицины, парамедиков или медиков, но это вопрос скорости прибытия к больному, этот вопрос очень важен для управления и не потери управления. Спасибо за внимание.

(Загальна дискусія).

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, да.

ГАЛЬЧАНСЬКИЙ Ю.М. Извините, это не областное решение! Это государственное решение. Система должна быть радиосвязи государственная и система, кстати, диспетчеризации тоже должна быть единой.

То, что на нас сейчас, на области, спихивают каждый... у своего губернатора, денег он даст, но система должна быть абсолютно легитимная и унифицированная. А не так, как каждый для себя придумает. И вот этим должно заниматься министерство.

И кстати, то же самое, что происходит с "первичкой". Та же самая ситуация. Электронная медицина все говорят: "Да, нужно, но сделайте

каждый у себя". Извините, должна быть платформа общегосударственная. А следующее, что мы потеряем – это то, что у нас менталитет всего нашего народа – это то, что врач должен приехать к тебе.

Мы сегодня, скажем так, тут Владимир Дмитриевич сказал правильно, абсолютно правильные цифры! Не 3% непрофильных... а, по большому счету, сегодня процентов 70, а то и 80 непрофильных...

Но та реформа, которая идет сегодня.., она полностью ликвидирует систему неотложки. Полностью! Её не будет. И наш народ, мы должны ему честно сказать, что вызова на дом не будет, давайте будем тут честными и откровенными. Ни скорая не приедет, ни врач неотложки...

(Загальна дискусія).

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, я прошу останні декілька хвилин вашої уваги для того, щоб зробити підсумки нашої сьогоднішньої з вами зустрічі.

Не дивлячись на такий високий емоційний градус, я дуже рада. Я рада тому, що ми, можливо, в перший раз на такому рівні разом, ключове слово "разом", з представниками регіонів, з представниками профільних медичних асоціацій, з людьми, які робили, роблять, і я дуже розраховую, що і будуть робити службу екстреної медичної допомоги ефективною, що всі разом з представниками Міністерство охорони, що ми змогли обговорити всі ті проблеми, які сьогодні є в нашій державі. Це перше.

Друге, за результатами нашого сьогоднішнього обговорення я хочу ще раз підкреслити для вас і хочу, щоб ви, коли поїдете з "круглого столу" так само людям, з якими ви будете комунікувати після сьогоднішньої зустрічі, щоб ви так само донесли, що немає жодних законодавчих змін, направлених на зміну чи реформування діючого Закону України "Про екстрену медичну допомогу". Мова іде про те, щоб створити всі належні умови для реалізації того закону, який давно вже прийнятий і лише доопрацювати його, можливо,

невеликими змінами, які стосуються водіїв, те, що я казала з самого початку, те, що стосується підвищення соціального статусу медичних працівників екстреної медичної допомоги і крапка. Тобто внести деякі уточнення і якісно його доопрацювати, але зберегти і саме головне – реалізовувати його в кожній області.

Далі. Для того, щоб його можливо було реалізувати, це те, з чого я починала наш з вами захід, має уряд нарешті прийняти державну програму і профінансувати розвиток служби екстреної медичної допомоги там, де будуть кошти на єдині оперативні диспетчерські, там, де будуть кошти на автомобілі, на GPS-навігації, на все те, що сьогодні ви всі разом говорили як першочергові речі, які стосуються роботи цієї служби. І саме головне – заробітні плати.

Ми маємо розуміти, що збереження кадрового потенціалу, взагалі медичної галузі, в тому числі і працівників екстреної медичної допомоги сьогодні є пріоритетним, тому що, коли приїжджає екстрена медична допомога, пацієнту надає допомогу виключно лікар і медичний працівник, які виходять з цієї машини, ні чиновник, ні депутати, а виключно медичні працівники. То ж ми всі разом маємо, як пацієнти і як ті люди, від яких залежить державні рішення, зараз об'єднатись і зберегти кадровий потенціал медичних працівників.

Далі. Ті всі напрацювання і ваші пропозиції, які сьогодні звучали під час ваших доповідей, ті, які сьогодні нам надали в письмовому вигляді, ми все це опрацюємо і це буде резолюцією нашого з вами сьогоднішнього заходу, яка має бути обов'язковою для виконання органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Ви багато говорили про відповідальність губернаторів з приводу коштів, але я вам хочу наголосити, що це відповідальність не лише губернаторів, це робота з обласними депутатами, обласні депутати сьогодні пропонують проекти рішень і приймають і голосують за виділення коштів з обласного бюджету.

Тому я думаю, що ми як народні депутати будемо продовжувати свою роботу з депутатами відповідних обласних рад для того, щоб в межах тих коштів, які виділяються на місця, щоб все ж таки вони належним чином ефективно використовувались на рівні обласних рад і приймались, як вже це існує в Харківській області, як прийнята така сама програма в Київській області, щоб так само відбувалось в інших областях України. Але для того уряд має внести зміни до державного бюджету, мають бути включені кошти на медичні субвенції на регіони, на місця і все це відповідно зроблено.

То ж я дуже дякую всім вам і саме головне – я дуже рада, що сьогодні ми мали дискусію і розмову з представниками Міністерства охорони здоров'я. Ви знаєте, ми сьогодні не маємо права на ворожбу, ми не маємо права сьогодні на боротьбу всередині нашої держави, коли ми розуміємо, що така висока смертність, ми зобов'язані всі разом об'єднуватись.

І я хочу вам наголосити, що ми як народні депутати, ми не дамо можливості зруйнувати все те добре, що є сьогодні в екстреній медичній допомозі. І все те, що сьогодні ви сказали і з приводу назви нової спеціальності, і з приводу суті нових спеціальностей, які ініціюються, все це, я впевнена, що Міністерство охорони здоров'я почуло, і ми маємо сказати вам, що в першу чергу реформи робляться експертами, реформи робляться людьми. То ж сьогодні думку представників, експертів всієї України з приводу питань екстреної медичної допомоги всі почули.

Я впевнена в тому, що ми маємо діяти виключно на покращення. Дякую всім вам за "круглий стіл". *(Оплески)*.