

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" Комітету Верховної Ради
з питань охорони здоров'я на тему:
"Суспільство проти раку: переможемо разом"

8 грудня 2017 року

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Шановні колеги, дозвольте розпочати "круглий стіл" Комітету охорони здоров'я "Суспільство проти раку: переможемо разом".

Я хотіла би зазначити, що, власне, мета нашого "круглого столу", і Комітет охорони здоров'я вийшов за межі виключно професійної своєї роботи, об'єднати все суспільство, для того щоб допомогти подолати рак нашим хворим. Ми чудово всі з вами розуміємо, що тільки одними грошима проблему не вирішиш. Якщо не буде культури здоров'я, якщо не буде знань, якщо не буде об'єднання громадських організацій, професійної спільноти, держави, регулювання, фінансування, якщо все це не запрацює разом і не буде синергії, то ми не зможемо допомогти людям.

Тому я з вашого дозволу візьму слово для виступу, який я підготувала, після привітальних слів народних депутатів, і ми перейдемо до безпосередньо нашої програми.

Надаю слово для привітання, пані Ірина, пані Оксана. Будь ласка, Оксана Анатоліївна. Оксана Анатоліївна Корчинська.

КОРЧИНСЬКА О.А. Доброго дня! Я присутня не тільки як перший заступник і як багаторічний голова опікунської ради Національної дитячої лікарні "ОХМАТДИТ". У нас є з вами в цьому році великі плюси в бюджетних змінах, але, як і завжди, є мінуси.

Позитивно те, що у нас безпрецедентно в цьому році, уже в 2017 році і в 2018 році, це фінансування дитячої онкології. На дитячу онкологію у нас з вами зараз передбачено, якщо в середньому, на первинний випадок дитячої онкології до 500 тисяч гривень на одного пацієнта. Ми вийшли з вами на рівень фінансування такий, як я от на днях, буквально тиждень тому виступала, перед керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я і перед керівництвом ЮНІСЕФ в Копенгагені, те, що вони мені дали порівняльну таблицю, ми з вами фактично втричі у нас по кількості грошей, які виділяються на лікування онкохворої дитини, втричі більші ніж в Білорусі, в 2,3 рази більше ніж в Росії. Ми з вами вийшли на рівень фінансування країн Східної Європи, таких як Польща, Естонія, Литва, Латвія.

Єдине, де у нас зараз саме слабке місце, це не фінансування в даному разі лікування, це звичайна трансплантація кісткового мозку із-за відсутності можливості трансплантації від неродинного донора. Це зараз по дитячій онкології саме у нас слабке місце, і нам треба зробити ряд кроків, для того

щоб подолати це слабе місце, в тому числі у зв'язку з добудовою НДСЛ "ОХМАТДИТ".

Де у нас з вами мінуси, недоліки бюджету? Це, звичайно, знову катастрофічний дефіцит коштів на лікування дорослого онкохворого населення. Це дефіцит, котрий ми повинні подолати. Вчора у нас була надзвичайно неприємна важка розмова з керівництвом уряду. Я особисто відмовилась голосувати за цей бюджет, тому що так, як зараз пробюджетована ця програма, не може бути в нашій країні так пробюджетовано.

І тому ми будемо наполягати все ж таки на додаткових коштах, ми вчора розмовляли з урядом, де, в який момент нам ці будуть можливості надані, тому що, звичайно, те, що нам зараз на даний момент з вами, це фактично у нас з вами 18 відсотків від потреб по лікуванню дорослого онкохворого населення. Це не може бути в цивілізованій країні. Тим більше, якщо ми добилися все ж таки "дитячий" бюджет і по дитинству у нас, в принципі, з вами питання більш-менш закрите, навіть наші колеги європейські і американські зі Всесвітньої організації охорони здоров'я були трішки здивовані, коли я їм казала, що у нас була потреба ще більша, я їм називала цифри, які були подані на дитячу онкологію, вони були навіть здивовані, сказали, що це рівень вже австрійських клінік по бюджету, який у нас передбачений. Тому ми будемо з вами сьогодні обговорювати всі проблеми.

Єдине, я перепрошую особисто, тому що в мене сьогодні Цивільно-військовий штаб, засідання з міністром оборони по військовій медицині, і тому я змушена буду о 16.30 бути в Міністерстві оборони і я, на жаль, не зможу послухати всі виступи, але обов'язково секретаріат нам це все передасть в онлайн. Тому що для нас цей "круглий стіл", ваша думка, ваші зауваження, ваші пропозиції принципово важливі, тому що для нас це зараз все ж таки кращих інвестицій, ніж інвестиції у здоров'я громадян України, у держави не може бути і не повинно бути.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Добрий день усім присутнім. Я рада всіх вітати на такому важливому спільному заході, який сьогодні відбувається в Комітеті з питань охорони здоров'я, тому що питання боротьби з онкологією постійно спонукає нас до того, що ми маємо бути більш ефективними.

Я вважаю, що в першу чергу це є основною задачею держави. На жаль, справді, вчора, коли голосувався державний бюджет України, вимоги народних депутатів Комітету з питань охорони здоров'я в питаннях фінансування саме системи охорони здоров'я залишені поза межами уваги уряду. І це стало підставою, Оксана Анатоліївна висловила свою думку за голосування, я особисто голосувала червоною кнопкою за цей бюджет

виключно через те, що там не передбачено фінансування всіх тих важливих потреб, які стосуються саме видатків на охорону здоров'я.

Друге. Оскільки наступний рік задекларований урядом як рік, коли починається реформа саме первинної ланки, то сьогодні ми маємо з вами говорити і робити все можливе, щоб не лише шукати кошти на лікування, а щоб робити все можливе, щоб зменшувати захворюваність шляхом ранньої діагностики та профілактики онкології.

І тут якраз безпосередньо спільна робота первинної ланки разом з вузькопрофільними фахівцями, разом з онкологами стає надзвичайно актуальною і важливою. Тому я вітаю усіх вас. Я дуже рада, що сьогодні буде відбуватись така спільна робота. І я бажаю усім нам, щоб ця робота і те, що сьогодні буде запропоновано і сформовано саме медичною спільнотою, що все ж таки ми всі разом – і Комітет з питань охорони здоров'я, і ви безпосередньо, медичні працівники, щоб ми формували ту державну політику, до якої уряд все ж таки буде дослухатися, і мали від того безпосередній результат такої роботи. Бажаю нам успіхів!

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Ірино.

Я зараз, власне, беру 5-7 хвилин для того, щоб показати вам стратегічне бачення взагалі того, що у нас відбувається в державні по проблемі онкології.

Будь ласка, перший слайд.

На цьому слайді ви бачите структуру онкозахворюваності, як це є в нашій державі. І мова, власне, і де тут саме про захворюваність, як часто зустрічається, яка патологія.

Будь ласка, наступний слайд.

Тут я спеціально зробила структуру, що ми могли подивитися чим відрізняється захворюваність у чоловіків і у жінок. Понад 50 відсотків – це онкогінекологів.

Будь ласка, наступний слайд.

Тут ви бачите, зроблена спроба структурувати на перші 5, топ-хвороб.

Будь ласка, наступний слайд.

Це для того, щоб ми побачили різницю в структуруванні захворюваності у чоловіків і у жінок, тому що присутні тут лікарі знають, наскільки вона відрізняється.

Будь ласка, наступний слайд.

А це хотіла звернути вашу увагу: на жаль, ми можемо порівняти захворюваність нашу з європейською. Тільки за 2012 рік вони публікують ці дані, але в цьому році вже будуть свіжі дані. Зверніть, будь ласка, увагу на сектор. Бачите, ми по захворюваності ідемо в принципі більш-менш. Привертає увагу рак шлунку і передміхурової залози. Він у нас недодіагностований.

Будь ласка, наступний слайд.

А тепер звертаю вашу увагу на інший показник. Це, власне, показник смертності. І показник смертності значно по своїй структурі відрізняється від показника захворюваності. І ми можемо порівняти і подивитися, як відрізняється смертність в Україні. От, власне, тут мова йшла про шлунок, ви бачите, у нас смертність втричі більша від раку шлунку, ніж у Європі. Що це означає? Це означає, що ми не діагностуємо його своєчасно. І потрібно сімейним лікарям в першу чергу вже зробити висновки і мати чітку орієнтацію – він у нас втричі недодіагностований.

Будь ласка, наступний слайд.

Подивіться, будь ласка, власне, тут зроблена географія онкології України. Найбільш темним кольором (чорним, коричневим) визначені ті області, в яких захворюваність вдвічі більша, ніж в тих областях, в яких жовтий колір (оранжевий, червоний). І от, з одного боку, здається, подивився на Кіровоградську область, і люди могли б подумати: ох, мабуть, недобре там жити. А Полтавська, Дніпропетровська, Запорізька, власне, значно краще.

Будь ласка, наступний слайд. А це смертність. І тут ми бачимо, що проблема насправді є не в захворюваності, а в тому, що в деяких областях, я вам це пояснюю, іде краща діагностика і насправді помирають більше в Дніпропетровській, Полтавській і Запорізькій, ніж в Кіровоградській. А в Кіровоградській діагностують більше і краще.

Наступний, будь ласка, слайд. Спробуємо розібрати адреси, тому що наше завдання з вами цього "круглого столу" створити таку робочу групу, власне, брейнстормінг, який на підставі аналітики дозволить робити прості кроки, не затратні, які дуже просто буде реалізовувати в громадах територіальних.

От подивіться, будь ласка, це в нас захворюваність, новоутворення передміхурової залози. У нас найвища, Оксана Анатоліївна, підкажіть, я не бачу, Закарпатська область, а найкраща ситуація три останні, от Черкаська, а тепер подивились захворюваність. От наче такий суттєвий показник, за яким можна рейтингувати області, а тепер дивимось: та сама ситуація по смертності. Ось подивіться, я зараз підійду до графіка, щоб пояснити вам, як його читати. Сама найкраща область – це Черкаська. А подивіться, яка в них смертність. То до кого ми маємо апелювати? Безперечно, до черкаських громад сімейних лікарів і я вам дякую, що ви тут якби у нас сьогодні присутні, тому що далі ми розберемо по складових, де в нас проблема, де молочна залоза, де передміхурова по всім, по всім громадам. То ж саме по Чернігівській області як має бути. Має бути, коли захворюваність, а смертність вдвічі менша. Це буде означати, що в нас в Європі 60 відсотків виживання, у нас поки що 40, але скрізь, де смертність перевищує захворюваність, це означає, що брак раннього виявлення і первинної діагностики і тут ніякими державними коштами. Ми можемо тільки лікувати вже складні ситуації, наслідки метастази.

Якщо ми дивимось на приклади Черкаської, Чернігівської, Чернівецької областей, які начебто найкраще.

Наступний слайд. Новоутворення трахеї, бронхів, легенів. По чоловічому населенню ідемо, спеціально підготували для вас рейтинг областей по захворюваності і знову ж таки, наступний слайд, будь ласка, ви можете подивитись чітко, в яких областях, де смертність така сама як захворюваність, де смертність вища, ніж захворюваність, де знову ж таки чітка адреса, куди звертатись.

Наступне. Немеланомні злоякісні новоутворення шкіри, захворюваність дуже велика. Будь ласка, знову в нас Рівненська, Чернівецька, дивіться, наскільки іде більше смертність, ніж захворюваність. Але хоч немеланомні злоякісні новоутворення, захворюваність висока, але смертність достатньо низька. Он подивіться, Київська область зашкалює.

Не буду зупинятися зараз, присутні у нас тут громадські організації, які займаються раком молочної залози. Подивіться, будь ласка, від Києва до Закарпаття це у нас захворюваність, будь ласка, для порівняння - смертність. А це ті самі області, ви можете подивитись, які краще працюють, які гірше і кому на що потрібно звернути увагу. Наступний, будь ласка.

Новоутворення тіла матки у жінок. Тут взяті 5 топ-захворюваностей. Бачите структуру. У Вінницькій захворюваність найбільша, в Чернігівській найменша. Дивимось на смертність. У Вінницькій має бути у нас половинка, тобто залежно від того, яка іде виживаемість. Так ми зможемо оцінити якість діагностики по нозології. Наступний, будь ласка.

Немеланомні злоякісні новоутворення, це серед жінок. Вони знаходяться на другому місці після онкогенікології. І бачимо, бачите, який феєрверк по діагностиці. Наступний. Точно знаємо адреси, хто недодіагностовує.

Тепер надзвичайно болісна тенденція з дитячою онкологією: ми йдемо вверх, як би там не було в захворюваності. І ця ситуація буде у нас прогресувати. Наступний, будь ласка.

Кількість дітей, хворих на злоякісні новоутворення, дивимось рейтинг областей. Ви чудово знаєте, що у нас дитяча онкологія недодіагностовується. Чому? Тому що немає правильної відповідної підготовки. Бачимо: на 100 тисяч населення захворюваність серед діток середньо-українська, бачимо, знову-таки, рейтинг по областям. Наступний, будь ласка.

Дивимось на кошти, які виділені, які на сьогоднішній день покривають, на 2017 рік ці кошти, які виділені, покривали 16 відсотків від потреб онкохворих. На наступний рік обіцяно 28 відсотків від потреб онкохворих. Але присутні тут чітко знають, що навіть ті 28 відсотків, які обіцяні, вони не покривають лікування в повному обсязі. І якщо держава заявляє, що лікування дитячої онкології покрито на 100 відсотків, присутні тут фонди, які опікуються дітками, які знаходяться в "ОХМАТДИТі", у мене до вас

запитання: ви нічого не докуповуєте? Ви не збираєте кошти на лікування цих дітей? Тоді що ж це за 100 відсотків? Хто і яким чином їх формує?

Тому оце як би наші цифри показові. Вони на сьогоднішній день, гроші, підуть зі ста онкохворих людей лише за 20-ю з кимось. Що робити іншим людям, держава відповіді не дає. Але відповідь дає загальнообов'язкове медичне страхування. Наступний, будь ласка.

Онкологія дитяча. Ви бачите тенденцію, скільки грошей виділяється на лікування однієї дитини. Це по проекту бюджету на 2018 рік.

Будь ласка, наступний слайд. І там, пам'ятаєте, була, власне, це не гривні, це тисячі гривень, щоб ви розуміли. Коли у нас відбувся такий перехил з фінансуванням онкології, у нас було значно збільшено фінансування інших нозологій, і це можна порівняти.

Будь ласка, наступний слайд. Тепер наші кошти... Давайте пропустимо це.

Що, власне, хочу я сказати? Що відношення держави до онкохворих людей, власне, чому зроблений цей "круглий стіл", тому що я би дуже хотіла, щоб протягом наступного року ми створили такий клімат у державі, щоб ми вимагали від держави стовідсоткового фінансування всіх онкохворих.

Я сьогодні вночі рахувала, скільки нас бракує, щоб закрити реальну потребу дитячої онкології. І коли я розділила ту цифру, яка нам потрібна, на 10 мільйонів громадян, у мене вийшло 10 гривень, тих грошей, яких сьогодні бракує, щоб всі українські діти і їх батьки, щоб вони не помирали в очікуванні черги, дефіциту грошей.

Коли я приїжджаю в інші країни і задаю їм запитання: чи у вас є черга на трансплантацію кісткового мозку, я не кажу про відсутність грошей, вони на мене дивляться, як на людину з космосу, тому що не може бути черги дитині, яка потребує трансплантації кісткового мозку вже зараз. Може бути час потрібний на підбір донора. Так само людина, яка є онкохворою, якщо держава її не підтримує, то гріш ціна тим дорогам, які асфальтуються для того, щоб по ним провезти катафалк.

Тому сьогодні завдання держави: фінансувати систему охорони здоров'я, фінансувати систему освіти і фінансувати безпеку своїх громадян. Все інше може бути лібералізовано, все інше може регулювати ринок, але це наш святий обов'язок.

І я буду просити всіх вас долучитися до нашої спільної роботи. І я абсолютно впевнена, що якщо ми створимо правильний мікроклімат, який перейде в макроклімат у нашій державі, то ми зможемо з вами протягом наступного року зробити так, що в наступний бюджет, щоб в цьому році ми закрили частину проблем, але щоб в наступному бюджеті вже ніхто не ставив під сумнів, що кожна онкохвора людина потребує фінансування через систему обов'язкового медичного страхування, через систему збільшення фінансування державних програм – це завдання виконавчої влади: вирішити, як це зробити.

Безперечно, якщо говорити про нашу державу в цілому, то без введення обов'язкового медичного страхування все реформування, на жаль, буде відбуватися болісно і не буде приводити до головного – до збільшення тривалості життя наших громадян.

Тому я дякую всім тим, хто сьогодні долучився. Цей "круглий стіл" не є "круглим столом" "для галочки". Цей "круглий стіл" є першим етапом створення нашої спільної "дорожньої карти".

Я запрошую до привітального слова фіналістку конкурсу "Міс Україна – 2017" Мітченко Дарину Ігорівну. Будь ласка.

МІТЧЕНКО Д.І. Добрий день. Мене зовут Дарина Митченко, я фіналістка цього года "Мисс Украина". И очень рада, и очень не случайно я здесь. Очень рада сегодня присутствовать здесь.

Проблема онкологии коснулась меня год назад и я очень тесно столкнулась со всеми проблемами и со всеми переживаниями, которые мы сейчас здесь сегодня обсуждаем. У меня был диагноз лимфома Ходжкина, который я преодолела.

Я немножечко волнуюсь, извините. У меня нет такого опыта выступления. Я очень много написала всего, потому что очень много хотелось сказать. Но я лучше спрячу всё это и скажу своими словами.

Тот момент, когда мне озвучили мой диагноз, у меня был очень переломный момент и очень сложно было справиться самостоятельно со своими переживаниями. Мне в какой-то момент показалось, что у меня закончилась моя жизнь, закончились мои вещи, которые я проживала до этого.

Я с обычной семьи и, как бы, всегда у меня был нормальный образ жизни, здоровый. Всегда были занятия спортом. Всегда я правильно, хорошо питалась. Но все-таки это произошло со мной в какой-то момент. И я пыталась найти причины, самостоятельно пыталась понять, почему всё же это происходит с человеком. Откуда приходит и по каким причинам такое заболевание как рак, онкология?

И мне очень сложно было справиться самостоятельно. И сегодня хочу сделать такое заявление, что в Украине очень не хватает психологической поддержки онкобольным. Абсолютно нет никаких центров, нет никаких фондов и нет никакой поддержки для людей – и человеку просто некуда уйти с этой проблемой, которую ему озвучили о заболевании. Ему просто приходится самостоятельно переживать внутри себя.

И для того, чтобы оказать психологическую помощь, на это не нужно финансирование, на это не нужны огромные миллиарды бюджетов. На самом деле очень много людей, также мы говорили о смертности, очень много людей побеждают онкологию. И просто почему-то в нашей стране об этом не принято говорить. И к сожалению! Но это то, психологическая помощь, это

то, что не требует финансирования. Это то, что не требует вложений миллиардов. Это чистый человеческий фактор.

И я считаю, что обязательно каждый из нас может внести, обязательно то, что каждый может из нас сделать, это открыть свое сердце и помочь психологически. Это на уровне человечности нашей. Но я считаю, что все-таки нужно создать центры, создать фонды именно психологической помощи. Да, финансирование обязательно. И очень часто, зачастую не хватает финансов, чтобы победить болезнь, и поэтому такой процент смертности. Но позитивным примером и примером людей, которые смогли преодолеть эту болезнь, я считаю, что возможно поднять дух, настрой. И у человека просто появляется позитивное мышление, человек начинает по-иному мыслить и приходит к тому, что ему есть за чем жить, ему есть с чем бороться. И, в общем, я не буду многословной, потому что очень много уже сказала...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. И у него есть шанс выздороветь.

МІТЧЕНКО Д.І. Да. То есть человек должен понимать, что это не конец. И психологическая помощь очень важна. То есть центры психологической помощи, я считаю, это будущее. И на данный момент я уделяю достаточное количество времени этому самостоятельно, на своем уровне, на уровне просто волонтерском.

И хотела еще сказать по поводу того, что обязательна пропаганда здорового образа жизни людей, которые люди "медийные", люди, которые имеют какое-то влияние на общественность, я считаю, что обязательно нужно пропагандировать здоровый образ жизни, занятия спортом и все то, что приводит человека к здоровью.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

МІТЧЕНКО Д.І. Я хотела бы еще передать слово Копанице Ирине, это директор конкурсного комитета "Мисс Украина".

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дарино, з вашого дозволу. У нас зараз виступ директора Інституту раку, потім я вам надам слово обов'язково, коли будуть виступи представників громадських організацій.

Дякую вам за ваш виступ. І хочу зазначити на продовження ваших слів, пані Олено, я думаю, що вам треба вийти, мабуть, готуйтесь до виступу. Чи ви з місця будете?

КОЛЕСНИК О.О. Я можу й так, з місця. У мене комп'ютер.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Так. Поки ви готуетесь, скажу. Я на минулому тижні повернулась з Ізраїлю, де була в Центрі трансплантації кісткового мозку. І от коли я зайшла туди, на територію Центру, вони мені кажуть: "А починаємо ми не з ліків, не з трансплантації, починаємо ми з дуже простого – з умов перебування. І ось палата, в якій пацієнт перебуває - у нас немає операційних, немає маніпуляційних, навіть трансплантація відбувається прямо в палаті". Я питаю: "А що це за друге ліжко стоїть у вас в палаті" вони кажуть: "А ліжко друге для члена родини. Він у нас майже зобов'язаний знаходитись поряд з пацієнтом. І ми дозволяємо йому виходити з палати один раз на день на пару годин – помитися і поїсти. Всю решту часу він має бути з близькою людиною. Кожен день може приходити інший, тому що лікар не може дати таку психологічну підтримку, і навіть психолог, який зайде на годину, не може дати такої підтримки, яку може дати близька людина. А для того, щоб близька людина дала підтримку, мають бути створені умови.

Будь ласка, пані Олено.

КОЛЕСНИК О.О. Дякую.

Шановні депутати, шановна громадо! Сьогодні ситуація наступна. Сьогодні ситуація складається таким чином, що 13% всіх випадків смерті ми маємо від саме онкологічних захворювань і 25% інвалідизації населення – це онкопатології. Якщо трошки порівняти, знаєте, багато кажуть про ВІЧ, туберкульоз, ось ми так трошки порівняли, скільки хворих на теперішній час перебуває на обліку. Якщо ВІЧ це 139 тисяч, 47 тисяч з половиною туберкульоз, то майже більше мільйона у нас населення це онкохворі.

На теперішній час ризик захворіти на рак мають кожний четвертий чоловік і кожна п'ята жінка. І рак скорочує тривалість життя дуже: на 3,6 роки у чоловіків, 2,5 у жінок.

Наступний. Якщо подивитись приріст, вже сьогодні казали про це, захворюваності і смертності, то, на жаль, якщо у всіх країнах світу майже, майже, я маю на увазі Європу, Штати, цей показник захворюваності вищий за летальність. На жаль, у нас вже приріст смертності перевищив те, що маємо ми по захворюваності.

Наступний. Маємо у чоловіків трахею і бронхи на першому місці. У жінок це молочна залоза. Передміхурова залоза у чоловіків. І кишечник, ним так само хворіють і чоловіки, і жінки.

Захворюваність по областях. Якщо кажучи, хто хворіє більше, найбільша захворюваність в Дніпропетровській області, Хмельницькій, Полтавській, хоча вважається, що там дуже чистий регіон, на жаль, Київська область. Хворіють частіше і явно міське населення.

Наступний слайд. Таким чином, дуже багато занедбаності, вже про це говорили. Якщо казати навіть за візуальною локалізацією, рак шийки матки,

рак грудної залози – це 16-20%. На жаль, питома вага хворих, що не прожили року з моменту встановлення діагнозу, це 31%. Це дуже, дуже велика цифра!

Наступний слайд. Ще одна цікава деталь. Однорічне виживання хворих на злоякісні новоутворення, які отримують лікування за протоколами, за стандартами онкологічних захворювань, мають комбіноване лікування, складає 92%, п'ятирічне – 71, що на 8,5% вище, ніж у других закладах – не спеціалізованих закладах.

Наступний слайд. А що з койко-місцями онкологічними? Скорочення іде, на теперішній час, дивіться, динаміка онколіжок: онколіжка скорочуються. Тому це дуже занепокоїть нас, онкологів.

Наступний слайд. Дефіцит ліжок на сьогоднішній день складає: в Київській області 61%, в Харківській – 56, в Житомирській – 50 (це найвищі показники), в Одеській – 50, у Вінницькій – майже 50, в інших трошки менше.

Наступна частина моєї доповіді: що зробила держава, що робиться. За останні десятиріччя були прийняті вагомі нормативно-правові акти, накази, програми. Ви бачите, це і онкологія, і накази про затвердження першочергових заходів, галузева програма "Скринінг патології шийки матки". Між іншим, ми отримали дуже позитивний результат з цього приводу. І загальнодержавна програма боротьби з онкозахворюваннями на 2009-16 рр. На жаль, 2017 рік вже не покритий цією програмою. І, на жаль, всі програми не були повністю виконані через недостатнє фінансування.

Загальнодержавна програма боротьби з онкозахворюваннями, вона має 7 завдань, майже 40 заходів. Не буду детально зупинятися. Були там відповідальні виконавці усі: і МОЗ, і Академія наук України медична, Національна академія наук, наш інститут – Національний інститут раку, держадміністрації. На жаль, ми мали дуже багато проблем, недоліків з цією програмою. Фінансування було в два рази менше від потреби. Висновки із скринінгових програм, вони не були реалізовані, за виключенням програми щодо раку шийки матки. Планувався ще скринінг раку молочної залози, але ж він не був зроблений. Закладений був нереальний для виконання об'єм завдань і заходів. Нормативно-правові документи так і не було зроблено, лише частково.

Коли ми зустрічалися на з'їзді онкологів України в минулому році, ми громадою затвердили проект нової національної програми на 2017-21 роки. І мета цієї програми – зниження смертності від раку, поліпшення стану онкологічної допомоги. Там було дуже багато факторів. По-перше, це дійсно реформування нормативно-правової бази онкослужби.

Наступний слайд. Дуже є важливим покращення системи первинної, вторинної, третинної профілактики. Це найважливіше, про це сьогодні вже казали. Покращення діагностики, спеціального лікування онкохворих.

Наступний слайд. Необхідність вдосконалення системи паліативної допомоги.

Але найбільш важливе – це саме профілактика онкологічних захворювань, що є найбільшим потенціалом громадського здоров'я і найбільш економічно ефективним і довгостроковим методом контролю раку. Це дані ВООЗ і ми підтримуємо цей тезис. Тому в мене все. Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякуємо вам. Зараз я ще раз хочу наголосити, що без співпраці громадськості, культури здоров'я, освіти, системи громадського здоров'я тільки одними професійними діями ми рак, на жаль, не переможемо, тому що лікарі можуть прооперувати, лікарі можуть надати допомогу, якщо пацієнт звернувся або був своєчасно спрямований до лікаря.

Зараз слово надаю директору Департаменту економіки і фінансової політики МОЗ України Тарасу Теодоровичу Пістуну. Обсяги та напрями фінансування організації медичної допомоги при онкологічних захворюваннях у проекті державного бюджету на 2018 рік, а також щодо медичних послуг для онкохворих у програмі медичних гарантій.

ПІСТУН Т.Т. Доброго дня, шановні учасники "круглого столу". Я проінформую вас не тільки про 2018 рік, а і про показники державного бюджетного фінансування онкології з 2015 року, тому що багато показників, вони є показові в динаміці.

Основним індикатором бюджетного фінансування онкології це є наша основна бюджетна програма МОЗу 2301400 "Забезпечення медзаходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру". По цій програмі по онкології в нас 2015 рік в розрізі доросла і дитяча онкологія: в 2015 році на дорослу було передбачено 397 мільйонів, на дитячу – 353. 2016 рік у нас був на рівні. В 2017 році в нас відбувся ріст бюджетного забезпечення дорослої і дитячої онкології, відповідно дорослої на 78,6 відсотків, вона зросла з 397 мільйонів до 709 мільйонів, дитяча онкологія - з 353 мільйонів до 558 мільйонів, на 58 відсотків.

Також додатково повідомлю з приводу (МНН) міжнародних непатентованих назв лікарських засобів, які становлять номенклатуру по дорослій і дитячій онкології. Так от на фоні тих сум бюджетної підтримки онкології, які я озвучив, як змінювалась кількість МННів. В 2015 році по дорослій онкології було 82 міжнародних непатентованих назв, які закуповувались за даною бюджетною програмою, в 2017 році – 101, тобто росту великого немає на фоні зростання в абсолютному розмірі бюджетного фінансування. По дитячій онкології з 242 міжнародних непатентованих назв збільшилась номенклатура до 383.

Стосовно 2018 року. З огляду на той ресурс бюджетний, який був доведений Мінфіном МОЗу як головному розпоряднику коштів, у нас сума фінансового забезпечення дорослої і дитячої онкології не змінилася.

Загалом від граничного обсягу видатків по програмі даній в 5,9 мільярда відповідно сумарна доросла і дитяча онкологія на 2018 рік

становить близько 21 відсотка по близько 40 нозологіях, які зараз забезпечуються за даною бюджетною програмою, в тому числі орфанні захворювання. І тут, як би, також у нас є ріст в структурі фінансового забезпечення за даною бюджетною програмою. В 2015 році доросла і дитяча онкологія становила 18,3 відсотка, зараз вона не суттєво, але зросла. Тобто відбулось заміщення онкологічного напрямку іншими нозологіями.

Кілька слів скажу з приводу стану поставок і закупівель, які були за кошти 2015-16 років. Станом на 01.12.17 року по дорослій онкології у нас було поставлено лікзасобів, медвиробів на 277,7 мільйона, це 69,9 відсотка від плану року. І в регіони розвезено на 270 мільйонів, тобто практично все, що було поставлено на держпідприємства. Логісти, які займаються розвезенням, це у нас два підприємства сфери управління МОЗ державних. Тут представники, до речі, колеги, є в залі. Я думаю, в тому числі питання і їм можна буде задавати з приводу поставок.

Стосовно дитячої онкології. На 01.12 число у нас здійснено закупівлі в обсязі 99,2 відсотка, і відповідно поставлено в регіони на 88,5. Тобто порівняно з дорослою онкологією у нас стан забезпечення йде трохи випереджаючими темпами.

Ну, і стосовно 2018 року. Також хочеться повідомити наступне. У нас при граничному обсязі 709 мільйонів на дорослу онкологію, додаткова потреба – це те, що не забезпечено бюджетним ресурсом, тобто живими коштами, становить майже 1,8 мільярда, і відповідно у нас відсоток забезпечення до потреби, розрахованої профільними підрозділами МОЗу, становить 28,5 відсотка. Це, в принципі, є невисокі показники, і одні з найнижчих по тих, по яких здійснюється фінансове забезпечення за даною бюджетною програмою МОЗ.

Краща, значно краща ситуація, хоча, звісно, не бездоганна, по дитячій онкології. Тут до потреби...

ІЗ ЗАЛУ. Ви зараз на коментарі нарветесь, тому що ваші цифри сухі і неправдиві.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Ви все?

ПІСТУН Т.Т. Так, у мене все.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Ми в будь-якому випадку дякуємо, що міністерство надіслало сюди представника. І я дуже хотіла б, щоб ви не пішли зараз, а ви б послушали, що відбувається в реаліях, тому що цифри говорять одне, а люди, які лікують пацієнтів, вони вам скажуть зовсім інше. Можливо, спільними зусиллями з вами ми можемо знайти рішення, як вийти з цієї ситуації.

До нас доєднався ще один народний депутат, член Комітету охорони здоров'я, пан Сергій Мельничук. Мікрофон підсуньте, будь ласка, і кнопку натисніть. Пара хвилин для привітання, будь ласка.

МЕЛЬНИЧУК С.П. Доброго дня, шановні колеги! Я не лікар, але, повірте, мені болить і потрібна ваша підтримка у багатьох ситуаціях, які складаються. Тому що не дали попрацювати в Комітеті з безпеки, думаю, хоч допоможу вам розібратися в ситуаціях, які складаються наразі. Адже коли я їжджу по регіонах, повірте, болить серце як за хворих, так і за медпрацівників, які знаходяться в тій ситуації, яка склалася в країні, дуже плачевна. Адже ті умови, в яких ви працюєте, ну, героїв потрібно теж вам давати. Те застаріле обладнання, ті кабінети, той "совок", який залишився, ну, дуже страшно, особливо ті диспансери, де багато лікують саме тих людей, які вже приречені. Там сама атмосфера, вона давить. Дуже тяжко.

Але ще більше мене угнітає те, коли я чую такі доповіді, як представник МОЗу тут розказує, і порівнюючи з тими доповідями, з якими приходять до нас заступники і доповідають, ну, зовсім інша різниця. Я думаю, на місцях ще гірше. Повірте, чесно говорю, я буду добиватися, щоб мені в комітеті все-таки дали, не буду я займатися, уступлю місце одній колезі, хай займається військовою медициною, а я корупцією займуся. Повірте, я виверну все.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Сергію.

МЕЛЬНИЧУК С.П. Я доберуся до кожного. І, наприклад, Одеса, де я був, в Одеському регіоні був, в одеському диспансері я перебував, половина диспансеру ще виглядає як "совок", а у половини диспансеру появилася хазяїн. Так от, "хазяйське око", тільки стоїть трошки вище, побачило, що там наводиться порядок, наводиться лад, і вони ставлять собі, скажемо, людину, яка буде знімати вершки. Тобто ставлять заступника мера (родича чи кума), вводять нову посаду і замість того, як говорить МОЗ, що гроші повинні ходити за клієнтом, це по Фрейду, вибачте, і вони що роблять? Вони ставлять посередника, який зовсім в іншій стороні. І люди замість того, щоб приходити в диспансер і там отримувати, скажемо, обстеження, отримувати відповідні всі процедури, вони мають іти спочатку в одне місце, потім в інше. У людей і так грошей немає на це, а вводять додаткові посади, беруть додаткові кошти, виділяють кабінети і так далі. Ви не тільки з державного бюджету гроші витягуєте, ви з людей останнє забираєте! І на цьому ще наживаєтесь!

Те, що реформа, яка була прийнята, я не знаю, як ми будемо далі виживати при цій ситуації? Але в багатьох регіонах, от я був на Житомирщині, мене на засіданні обласної ради спитали: "Там необхідно

онкодиспансер будувати. Як ми можемо будувати, як у нас не тільки це, а у нас уже забрали заробітні плати, субвенції, які були виділені?"

Я не знаю, як ми будемо далі. Просто потім з трибуни кричати, що у лікарів немає зарплати, а самі голосували саме за зняття цих субвенцій. Не знаю, як будемо жити, щось будемо міняти. Але думаю, якщо по закромам пройтися і налагодити роботу в МОЗі, пошукати, де корупційні схеми працюють, я думаю, що ми щось знайдемо.

І наступного разу я прошу МОЗ відноситися до доповідей відповідальніше, якісніше готуйте свої доповіді. Тому що, скажімо, такі "круглі столи" рідко відбуваються. Але от МОЗ у нас приходить кожного тижня фактично, тренуємо, то вони трошки правдивіші дані дають. І після тих перевірок, які вже робили інші інстанції і виявили, що у вас там робиться, повірте, ми будемо частішими гостями. Так як я маю допуск до державної таємниці, то я візьму саме допуск, як заходять до нас ліки в країну, я візьму це під особистий контроль. Так як у нас немає головного санепідемікаря, то я це візьму й особисто буду перевіряти, як воно все заходить, як потім розподіляється. Тому що те, що було на початку цього року, що зайшли ліки з простроченими термінами, за це хтось буде точно відповідати. І далі прикриватися не будете, я вам гарантую це.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Сергію.

Власне, для тих, хто не знає, в Комітеті охорони здоров'я створено декілька підкомітетів, всі заступники і депутати вибрали собі окремі напрямки, які вони будуть контролювати і звітуватись своїм виборцям. І пан Сергій, я дуже рада, що він згодився на пропозицію мою очолити підкомітет антикорупційної політики і кадрової політики. Тому дуже сподіваюсь, що це нам дозволить серйозно зрушити ту ситуацію, яка склалася.

Я не хочу зараз переводити наш комітет в політичне русло, тому що варто було би ще додати, що за 2017 рік за 6 мільярдів гривень, які ми виділили в минулому році, нуль поставок. Нуль поставок! Стомільйонна заборгованість по зарплатам лікарів. Лікарі отримують зарплату як медсестри, як санітарки. Але все це політика, наше завдання - зробити спільну карту, план дій щодо боротьби з онкологією.

Тому зараз я надаю слово Юлії Олексіївні Ноговіциній.

Я не можу лімітувати виступи депутатів, але всі наші виступаючі, я буду дуже різко обривати вас, у вас максимум 5 хвилин на виступ. І я буду передавати слово іншому, щоб ви не ображались. Тобто найголовніші ваші пропозиції говоріть на початку. І за результатами цього "круглого столу" буде зроблена резолюція, в якій будуть надані рекомендації Міністерству охорони здоров'я, Кабінету Міністрів – всім гілкам виконавчої влади. Тому якщо у вас є пропозиції, зауваження, будь ласка, їх озвучуйте під стенограму, яка зараз ведеться.

Оксано Анатоліївно, будь ласка.

КОРЧИНСЬКА О.А. Для того щоб уточнити і зрозуміти. Мені теж зараз було неприємно слухати сухі цифри пана Тараса, тому що він – голова департаменту фінансів. Я розумію, що він говорить цифрами, а ми говоримо реаліями. Нам, пане Тарас, ви на наступний раз повинні принести якісь залишки. Тому що коли ви нам кажете про те, що у вас поставки 98,88, а починалися вони за бюджет 2016 року на початку року, у нас зараз тільки по дитячій онкології 56 препаратів відсутні. 56 препаратів! Що таке відсутні 56 препаратів? Причому більшість із них, само-собой, з протокольного лікування. Це значить, що повинні або батьки, або наша шановна громадськість брати на свої плечі це. Не можна державні задачі класти на плечі батьків і громадськості, і благодійних фондів. Тому що на даний момент у нас є дійсно ситуація дуже непростя, в тому числі в дитячій онкології. В тому числі.

І тому велика подяка всім, хто сьогодні прийшов і бере участь в "круглому столі", і "Українська Біржа Благодійності", і фонд "Краб", і фонд "Таблеточки", і всім нашим фондам, які допомагають у нас по дорослій онкології, їх дійсно мізер, їх дуже мало. І само-собой, я вам скажу, ми багато разів пробували організувати в свій час фонди з колишніх пацієнтів або дійсних пацієнтів дорослого населення. Нам не вдавалося. Якщо ви візьметесь, це чудово. Тому що для нас дійсно надзвичайно важливо, щоб бачили, як перемагають люди онкологію, як вони чудово живуть, реалізують те ж саме, як ми робимо програми по дітям.

А зараз велика подяка всім громадським організаціям і благодійним фондам за допомогу, коли в черговий раз, навіть коли, все ж таки, держава видає фінансування, але через відсутність продуктивної організації процесу до сих пір ми не подолали дефіцит ліків, поставок, номенклатури, тому що багато ліків до сих пір, які потрібні, не зареєстровані в нашій країні. До сих пір, тому що тільки на днях, тиждень тому, у нас подолано і нарешті повинен запрацювати той закон, який народні депутати прийняли більше року тому про скорочений термін реєстрації ліків, які зареєстровані на площадках Євросоюзу, Америки, Канади, Японії. Тільки тиждень тому завершені всі реєстрації підзаконних актів, і Мінюст нарешті видав цей документ, за дією якого до нас з вами тепер буде легко приходити якісним виробникам і не проходити цю, вибачайте, дуже часто корупційну складову реєстрації якісних ліків (або перереєстрації). Тому для нас ця задача для того, щоб прийшли виробники якісних ліків, щоб їх була необмежена кількість, вибір, і це, звичайно, в кінцевому результаті повинно призвести в тому числі до здешевлення ліків, коли буде вибір. Все. Дуже вдячна. Передаю слово.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Оксано Анатоліївно.

Я би хотіла, все ж таки, назвати речі своїми іменами. Якби Міністерство і Кабінет Міністрів не зробили такий антинародний контракт, яким дозволяє міжнародним організаціям поставляти препарати через

півтора року, у нас не було би зараз такої ситуації. Якби Міністерство охорони здоров'я спромоглося підготувати документи необхідні, протягом року воно його не готує, у нас не було би такої катастрофічної ситуації. І якби деякі депутати не "кришували" непрофесійну роботу міністерства, помилки би виправлялись значно скоріше. І люди професійні приходили б і керували б професійно галуззю.

Будь ласка, слово Юлії Олексіївни.

НОГОВІЦИНА Ю.О. Дякую.

Юлія Ноговіцина, я директор департаменту по роботі з підопічними Благодійного фонду "Таблеточки". Фонд, як ви знаєте, опікується онкохворими дітьми.

Вчора, коли ми готувались до цього виступу і почали з колегами формулювати якісь тези, ми перш за все думали про партнерство з державою, командну роботу. Але це мені здалося от якось трохи нудно і я просто вирішила свою доповідь викласти в такому форматі. Я вам просто зачитаю ті пункти мого денного плану, те, чим я займаюсь от протягом сьогоднішнього дня і чим я планую займатись у понеділок. І ви зрозумієте, чим займається фонд і де, можливо, недопрацьовує держава.

Перше в пункті: "Скласти список дітей та ліків, які їм потрібні у рамках нашого проекту "Дарунки на здоров'я". Що мається на увазі? Ми в цьому році були змушені відмовитись від подарунків дітям на Новий рік, адресних подарунків, що ми робили два роки, тому що ми зрозуміли, що якщо ми просимо наших спонсорів купити подарунки, нам не буде за що купувати ліки. Якщо в грудні це ще вдасться, в січні ми зберемо нуль гривень, це вже ми за статистикою знаємо, і в лютому ми не зможемо купити жодних ліків. А за статистикою ми зараз купуємо ліки десь в місяць на 2 мільйони гривень.

По-друге. Ми хочемо підготувати статистику наших закупівель за 2017 рік в розрізі регіонів і передати їх експертній групі Міністерства охорони здоров'я з закупівель, щоб можна було проаналізувати, чому при зростаючому бюджеті на дитячу онкологію у нас так само зростає бюджет на закупівлю ліків для дитячої онкології. Ми вже попередньо з'ясували деякі причини.

Перше. Не всі ліки є зареєстровані. Дійсно, ми завозимо з-за кордону незареєстровані ліки.

По-друге, не всі ліки включені в номенклатуру, багатьох антибіотиків і наразі немає в номенклатурі з дитячої онкології, і тому вони не закуповуються за державний кошт, ми їх мусимо закуповувати за кошти пожертвувачів-благодійників.

По-третє. На нашу думку, неадекватно складаються заявки з відділень, коли формується саме бюджет закупівель. І тому невірні закладаються цифри, розрахунки, в результаті деякі ліки закінчуються раніше, а деякі залишаються у великих залишках і потім не використовуються і не

перерозподіляються між областями, між різними відділеннями. Тому ми сподіваємося, що та статистика, яку ми дамо по наших закупівлях, вона допоможе виявити оці проблеми і якимось їх відкоригувати.

Далі в моєму списку: "Домовитися за стажування одного з лікарів-онкогематологів за кордоном в університетській лікарні міста Верона. Бо ми дуже опікуємося тим, щоб лікарі отримували належне стажування, навчання, підвищення кваліфікації за кордоном, і тому це один з пріоритетних напрямків нашої роботи - відправляти на міжнародні конференції, на "воркшопи", на семінари, на короткострокові стажування за кордоном. Є багато досвідчених молодих амбіційних лікарів зі знанням англійської мови, які можуть навчитись усьому, що вже є за кордоном і реалізувати це в Україні.

Четвертий пункт мого плану. Відкрити вакансію куратора психологічної служби для одного з дитячих онковідділень, що знаходиться в Києві, про те, що говорила перша виступаюча наша. Не всюди є штатні одиниці психолога у дитячих онковідділеннях і ми стикаємось з тим, що до нас звертаються батьки, а також і лікарі, яким важко працювати в таких умовах. Вони не вміють доносити погані новини до батьків, вони не можуть самі нести цей тягар, у них емоційне вигорання. Батьки залишаються безпорадні в ситуації, коли вони потрапляють до відділення, коли інформують їх про рецидив, що стався чи про те, що дитину переводять у паліативний статус. Тобто це дуже важкі моменти життя, які треба пережити разом з допомогою професійного психолога.

П'ятий пункт. Відредагувати і фіналізувати пам'ятку про знеболення для наших дітей, що є в паліативній програмі. В нас є паліативна програма і, на жаль, ці діти, вони доволі часто залишаються на самоті вдома помирати. Ми як можемо допомагаємо дистанційно, тому що ми знаходимось в Києві, а ці діти знаходяться всюди по Україні, забезпечуємо медикаментами, витратними матеріалами, психологічною дистанційною допомогою, порадами лікарів-експертів, але цього недостатньо і треба, щоб і держава підключалась, і облздрави, щоб вирішити цю проблему.

Шостий пункт. Вирішити, чи можемо ми в цьому місяці оплатити двом дітям MBG-обстеження за кордоном та повторну трансплантацію від неродинного донора за кордоном. Ми намагаємось допомагати там і відправляти за кордон дітей, яким неможливо допомогти в Україні, на жаль, не все лікування і не всі обстеження можливі в Україні. Але також нашого бюджету не вистачає на те, щоб закрити всю потребу. Тому ми дуже б хотіли, щоб держава виконувала свої задачі і фінансувала цю потребу в стовідсотковому обсязі.

І просто хотіла б підсумувати, що ми за партнерство, за командну роботу. Ми будемо допомагати державі, тому що ми знаємо, що в нас є певні ресурси, яких немає у держави, у нас є певні компетенції, яких немає у держави, але ми за те, щоб це було як комплементарне, ми б доповнювали

державу, але базову функцію лікування у рамках міжнародних протоколів, те що має бути, має виконувати держава. Ми вже будемо "хотелки" задовольняти.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую вам, Юлія. Я коротко дуже вам скажу, що я маю домовленість, якщо вона вам буде потрібна, щодо стажування наших лікарів у державній клініці Рамбам в Ізраїлі у відділенні трансплантології, там, де провідні професори, які відкрили два центри. Просто передам вам інформацію, якщо вона буде потрібна, і вони готові, з ними можна обговорювати умови і вони кращі, ніж в Білорусії. Коли я задавала питання щодо цін, то я вам надам, ви будете з ними контактувати, можливо налагодите співпрацю.

Лариса Миколаївна Лавренюк – керівник Благодійного фонду допомоги онкохворим дітям "Краб". Будь ласка, 5 хвилин.

ЛАВРЕНЮК Л.М. Дякую.

Як недержавна благодійна організація, як батьківська організація при відділенні дитячої онкології Національного інституту раку вважаю, що ми не боремось з раком. Наші, наприклад, колеги за кордоном, вони займаються психологічною підтримкою дітей і займаються збором коштів, які передають на винайдення причини, чому виникає рак. Ось це, я вважаю, боротьба з раком. Але вони можуть собі це дозволити, тому що всі інші ліки, усі обстеження, вони забезпечені державою. Ми допомагаємо дітям вижити, ми допомагаємо їм пройти те лікування, яке призначене лікарем.

У цьому році, як ні в якому іншому, ми купуємо дуже велику кількість препаратів. Дуже багато. Такого ще ніколи не було. І всі кошти теж у нас ідуть саме на закупівлю препаратів, на закупівлю того, щоб діти вчасно заходили на хіміотерапію. Це один з пунктів, що буде лікування вдалим.

Звичайно, йдуть і у нас щодня проходять творчі заняття. Зараз на 17-у годину я буду знову їхати, в 17-у годину у нас щодня творчі заняття, психологічна підтримка. Про це я навіть не хочу говорити, це як обов'язкове, воно присутнє. І дуже не хочеться, але так виходить, що ми взяли на себе функцію держави. Не може бути лікування дитини ефективним там, де ми дбаємо про ліки, щоб їх купити, де ми дбаємо про те, щоб дитина пройшла обстеження, які неможливо пройти в Україні, МВГ-обстеження, МВГ-лікування. Його неможливо пройти в Україні. Я вже не говорю про трансплантацію кісткового мозку. Ця тема так довго обговорюється в суспільстві, що навіть вже тошно від цього, чесне слово. Вже можна було б давно це зробити.

Теж була нещодавно в Анкарі в дитячій лікарні. Чесно, я плакала, я натурально просто плакала. Тому що коли я її побачила, я одразу сказала: це "ОХМАТДИТ", це той недобудований "ОХМАТДИТ". Ми працюємо з Національним інститутом раку, дитячим відділенням, ми працюємо з

клінікою "ОХМАТДИТ". Дуже хочеться, щоб і у нас було на тому рівні. Але ми не маємо права і ми не можемо замінити державу в процесі лікування дитини. Будь ласка, ну просто функція держава має бути виконана, звичайно.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Скажіть, будь ласка, скільки на рік ви допомагаєте, в якому обсязі, дітям? На місяць чи на рік? За 2017 рік скільки грошей ви витратили на лікування дітей?

ЛАВРЕНЮК Л.М. Ну, це буде підраховано в кінці, але все, що у нас приходить.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Ну, це 1 мільйон, 2 мільйона, 10 мільйонів?

ЛАВРЕНЮК Л.М. Близько 2 мільйонів у нас на рік йде.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Добре.

У вас загальна сума приблизно йде на рік?

ІЗ ЗАЛУ. У нас в місяць десь 2 мільйона на ліки. Це без закордонного лікування.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Зрозуміло. Дякую.

Зараз запрошую до слова Гуцал Ірину Анатоліївну – директора благодійного фонду "Українська Біржа Благодійності".

ГУЦАЛ І.А. Добрий день! Я дуже вдячна, що маю можливість зараз висказати ту позицію, яку ми займаємо. Ми співпрацюємо з більше ніж 100 благодійними організаціями по всій Україні. Наприклад, за 6 років нашої праці ми залучили на благодійність десь приблизно 140 мільйонів гривень. Цього року ця сума буде сягати 50 мільйонів гривень, і більше 50 відсотків – це допомога дітям. І я думаю, що мільйонів 30, мабуть, це допомога дітям, які мають онкозахворювання.

Я хочу сказати, що, на жаль, благодійні фонди вимушені часто кожен день відмовляти дорослим, які звертаються до нас за допомогою і які мають діагноз онкохвороби. Немає в Україні жодного профільного фонду, який би опікувався, надавав допомогу дорослим. Тому для мене ця цифра, яка прозвучала офіційно – 28 відсотків забезпечення дорослих необхідними ліками, це жахлива цифра, тому що якщо благодійні фонди ще мають можливість залучити людей, громадськість до допомоги дітям, у нас практично немає можливості долучати до допомоги дорослим. Тому я вважаю, що це має бути пріоритетним напрямком, який є зараз, бо завдання держави – допомагати своїм громадянам.

Є інша проблема, яку дуже хочуть зараз підняти, бо надважлива. Усі благодійні організації зараз долучені до процесу розподілу і виділення коштів на закордонну програму лікування дітей та дорослих. І ми кілька разів зверталися, особисто я, до МОЗу стосовно того, що треба виробляти таку процедуру, яка допоможе і державі, і МОЗу, і неприбутковим організаціям, і взагалі громадянам країни чітко розуміти, яким чином виділяються ці кошти і ділитися інформацією. Тому що непоодинокі випадки подвійних проплат, і ті люди, діти, які стоять зараз у черзі, вони просто не отримують цих коштів.

І взагалі це не стратегічний підхід, коли ми кожного року виділяємо все більше й більше коштів, якими ми оплачуємо лікування наших громадян за кордоном. Ми маємо зробити такі умови, щоб люди лікувалися в Україні якісно і щоб ми дійсно могли сфокусуватися на тому, щоб доповнювати державу, аніж замінювати її окремі функції. І я хочу сказати, що ми відкриті, ми готові ділитися інформацією і залучатися до цих процесів.

І ще я хочу сказати, мені здається, зараз це не прозвучало, але мої колеги скажуть, що це дуже важлива проблема, ми казали про ТКМ, трансплантацію кісткового мозку, ми казали про проблеми нестачі лікарських засобів і взагалі там навіть ремонту обладнання, який ми оплачуємо, благодійні фонди і це роблять.

І є така проблема, як ендопротезування в Україні. І мені здається, що ви маєте, держава має це виокремити як окремий напрям, який має фінансуватися. Чому це важливо? Це важливо тому, що тут існує монополія. І навіть якщо ми почнемо збирати величезні кошти, а вартість одного протезу може сягати сотні тисяч доларів, то це буде означати, що ми все одно не уникнемо цієї корупційної складової. Якщо держава візьме це під свій контроль і виділить кошти і буде контролювати, то це надасть можливість нашим українським дітям отримувати таку допомогу, а це якась зрозуміла цифра, яка потрібна тут і зараз.

Дякую дуже. І я сподіваюсь дійсно на плідну співпрацю.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую вам.

Хочу зазначити, що рік тому я проводила робочу нараду з МОЗом щодо того, щоб стартувати трансплантацію в Україні. Ви чудово знаєте, у нас є закон, але цей закон не має ніякого відношення до трансплантації кісткового мозку. Тобто закон готовий до винесення в парламент, узгоджений з усіма депутатами, вже готовий. Але навіть те, що він не проголосований ще, не заважає нам запустити трансплантацію кісткового мозку. Що для цього потрібно? На цьому тижні також я проводила чергову нараду, щоб з'ясувати, що зробив МОЗ за останній рік. Тому що нами було домовлено, що 260 мільйонів потрібно, щоб запустити трансплантацію. Є рішення комітету річної давності, для того щоб МОЗ доєднався, зробив реєстр, отримав міжнародну сертифікацію, отримав доступ до баз даних, щоб ми могли на першому етапі купувати ці стовбурові клітини і робити тут трансплантацію.

Нічого не зроблено взагалі, тому вже пішов від позавчора лист на Кубіва з проханням його взяти під особистий контроль. Я сподіваюся, що на наступному тижні чи через тиждень буде у нього нарада, бо, власне, він для мене єдиний шлях комунікації з Міністерством охорони здоров'я, який не виконує свої функції.

Тому у нас розроблений чіткий план дій, що має бути зроблено, і насправді це дуже просто – немає нічого, що не можна виконати і збільшити потужність. Мало того, для фінансового відділу: ми заплатили 1 мільярд гривень на лікування дітей за кордоном за останні 5 років. Він не закрити нашу потребу навіть на 15 відсотків від того, що реально потрібно.

Трансплантація в Білорусі коштує 100-150 тисяч євро, а та сама трансплантація, яка зробиться в Україні, буде коштувати 250 тисяч гривень, тобто 50 тисяч євро. Ми зможемо за ті самі кошти втричі більше дітям зберегти життя і запустити, а для цього потрібно 260 мільйонів гривень, знову-таки, які не включені в бюджет на цей рік. Замість того включені гроші на створення нової національної агенції, яка буде знову якимось керувати процесом.

Тому, ще раз наголошую, для мене цей "круглий стіл" є нашим можливою синергією спільною, тому що допустити, щоб так держава згущала над людьми, ми вже не маємо права. Тому треба всім об'єднати сили і виходити, в якби чіткі я вам готова буду, хто готовий буде долучитися до реальних дій, узгодимо стратегію, план дій, і будемо рухати. І потрібно поставити за мету: в наступному році ми маємо це зробити. І як тільки у нас буде міжнародна база даних, я їду разом з камерами, і стаю донором, і вношу свої стовбурові клітини в міжнародну базу даних для того, щоб вони допомогли нашим дітям чи іншим дітям. Але це має бути зроблено. Не та база даних, яка жевріє, яка нікуди не підходить, яка ніким взагалі не визнається. Тому ми маємо це спільно з вами разом зробити.

Знову-таки, ще раз кажу, чіткий і зрозумілий план дій – за рік нічого не зроблено. Ми підвели підсумки, а "воз і нині там". Тому я не бачу необхідності з Міністерством охорони здоров'я комунікувати, ми виходимо на більш високий рівень. Це має бути хтось з заступників Прем'єр-міністра і взяти під свій особистий патронат, і ми далі це будемо рухати.

ГУЦАЛ І.А. Можна? Я хотіла додати, що у нас зараз не лише питання в тому, що ми не робимо трансплантацію, зараз технології ідуть вперед, зараз є передові інші методики, та сама Габбла трансплантація. І ми маємо дійсно, потрібно масштабувати цей процес, тому що навіть якщо ми запустимо нерідну трансплантацію в Україні, і не побудуємо нових центрів, недофінансуємо створення нових центрів, які зможуть робити це, ми просто не вийдемо з цієї проблеми. Тобто потрібно розробляти і розвивати цей напрямок у країні.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Безперечно.

ГУЦАЛ І.А. І щоб ми, благодійні організації, могли офіційно сплачувати за ці послуги в Україні, чого ми, на жаль, не можемо робити дуже часто.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я дуже сподіваюся, що перший закон, який був прийнятий про оплату медичної послуги, законопроект 2002, що він надасть вам можливість це зробити після того, як Міністерство охорони здоров'я затвердить модель розрахунку і затвердить кошторис, власне, на що ми всі очікуємо. І дуже сподіваюся, що введення обов'язкового медичного страхування дозволить вирішити цю проблему браку, власне, фінансування, фізичного браку коштів, яких не вистачає.

Запрошую до слова Ключова Олександра Миколайовича, головного лікаря Київського міського онкологічного центру. 5 хвилин.

КЛЮСОВ О.М. Дякую.

Я за браком часу, бо ми пізніше почали, не буду зупинятися на цифрах, статистиці, яка красномовно доповідалася попередніми доповідачами. Я скажу, що ситуація із захворюваністю в Києві, вона не гірша і не краща, ніж взагалі по Україні. Результати лікування дещо відрізняються від деяких регіонів у кращу сторону, дещо в гіршу. Але в цілому воно характеризує ті умови, в яких ми працюємо, і ті умови, які склалися для нашої роботи. Умови тяжкі, умови постійно від повної відсутності фінансування до сьогоднішніх умов часткового фінансування галузі.

Онкологія – це високоспеціалізована допомога, високотехнологічна і дуже дорога справа для багатьох, і в тому числі й розвинених країн. Тому ми на сьогоднішній день стаємо перед завданням не відтворення моделі, яка у нас існувала і працювала, і добре працювала в умовах минулого, а створення нової моделі, яка б працювала в нових умовах, соціально-економічних умовах держави і викликах суспільства, які ставить перед нами в цілому суспільство, перед медициною і онкологією в тому числі. Тому грошей хронічно не вистачає, не вистачає на відновлення і матеріально-технічної бази, і на закупівлю лікарських засобів.

Воно міняється, міняється – і в кращу сторону, тому не можна сказати так, що нічого не робиться і все погано. Робиться. І дуже багато чого робиться, особливо що стосується Києва, тут, мабуть, спрацьовує закон децентралізації, київський бюджет, він відрізняється від місцевих бюджетів інших регіонів. І ситуація дещо краща. Ми 10 років вже не закуповували ніякого обладнання, на сьогоднішній день вже поставлено більш як на 70 мільйонів обладнання в Київський міський онкологічний центр.

Але є деякі питання, на яких хотілося б так дуже коротко, стисло зупинитись. Це робота експертного середовища, яку треба відновити не

тільки на рівні МОЗ, не тільки в частині закупівлі лікарських засобів, бо ми за них весь час говоримо. Але треба віддати собі звіт, фахівці це розуміють, що лікарські засоби для спеціального лікування в дорослій онкології – це паліативне, частіше за все, це паліативне лікування. Треба зосередитись на відтворенні схеми, по якій буде працювати в нових умовах онкологічна галузь взагалі.

Нічого нового не придумали, нічого, може, гірше, як та демократія, але нового нічого не придумали. Це треба знову відновити національні настанови, бо написання локальних протоколів на основі рекомендацій міжнародних організацій - це невдала така спроба, я вважаю, Міністерства охорони здоров'я: застосувати такі технології в повсякденному житті лікувальних установ, практичних лікувальних установ. Ми повинні чітко знати, що нам держава гарантує, на що нам потрібно орієнтуватись: не тільки на нові технології, а і на те, що може гарантувати держава.

Далі, я хочу сказати, що тут вже звучало, що скринінг – це той пріоритет, у якому повинна розвернутися онкологія, в напрямку якого повинна розвернутися онкологія, бо ми тільки цим можемо знизити ці значні витрати, які нам потрібні для досягнення певного результату в лікуванні онкологічних хворих. І як я уже казав, що в питанні фінансування ми більше дискутуємо по частині закупівлі лікарських засобів для спецлікування, а я думаю, що треба повертатись вже обличчям для впровадження як новітніх технологій, так і закупівлі радіологічного обладнання. Бо лінійний прискорювач, про який ми ведемо дискусію, на сьогоднішній день це вже тривіальні методи лікування за кордоном. А у нас хворі наші їдуть туди на це лікування, яке можна отримувати тут.

Треба все це переглядати і зводити з нормами і МАГАТЕ, і міжнародних організацій. І я думаю, що, в принципі, таким чином ми будемо досягати тих певних результатів, яких у нас в деяких регіонах ще є при лікуванні онкологічних хворих.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Рижак Олег Анатолійович – завідувач відділення трансплантації кісткового мозку Центру дитячої онкогематологів "Охматдит". У вас 5 хвилин.

РИЖАК О.А. Шановні друзі, проблема трансплантації кісткового мозку в Україні озвучена досить добре. Але хочу звернути увагу на те, що у нас є велика різниця між станом трансплантації у дітей і станом трансплантації у дорослих. Ви побачите це з наступних слайдів.

За останні 40 років трансплантація перетворилась з експериментального методу порятунку безнадійно хворих у родинну терапевтичну технологію – це у всіх розвинених, більш-менш навіть розвинених країнах світу.

В Україні підґрунтям впровадження трансплантації кісткового мозку в дітей стала відповідність результатів хіміотерапевтичного лікування, починаючи з початку 90-х років, коли ми запровадили в дитячій онкогематології сучасні, в основному німецькі протоколи лікування і за 10 років виживання у дітей піднялось з 5 відсотків до 70 відсотків в середньому в онкогематологічних хворих.

Так на сьогоднішній день виживання при гострій мієлоїдній лейкемії складає 50 відсотків, при гострій лімфобластній лейкемії – 70 відсотків, при лімфомах – 80 відсотків. І звичайно наявність медичного персоналу зі спеціальною підготовкою в галузі трансплантації кісткового мозку.

Так у нас у відділенні більшість лікарів пройшли стажування у провідних центрах Західної Європи і не тільки лікарів-клініцистів, а й лікарів-лаборантів. Ось буквально в жовтні двоє наших лікарів оновили досвід у шпиталі "Бамбіно Джезу" в Римі за допомогою знову ж таки благодійних фондів, частково фонду "Крона".

Наступний. Ну, і step-by-step, як кажуть. В червні 1998 року вперше в Україні автотрансплантація відділення дитячої онкогематології Київського обласного диспансеру.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Олег Анатолійович, вибачте, будь ласка, можна вас попросити озвучити те, що зараз нам потрібно в резолюцію вписати, що має зробити міністерство для того, щоб ми могли розвивати і рухати ситуацію. І щодо відкриття додаткових ліжок, які вам потрібні. Оце те, що ми проговорюємо, будь ласка, те, що було все як добре, нам потрібно, щоб було краще. От до того, що потрібно, щоб було краще, це прогортайте і відразу переходьте в бій.

РИЖАК О.А. Добре. Наступне. Стандарти ЄС і потреба трансплантації в Україні. Виходячи з кількості населення, за стандартами ЄС має бути одна трансплантаційна одиниця на мільйон мешканців. У нас, як бачите, для всього має бути близько 40, в тому числі для дітей мінімум 5.

Потреба. Близько 30 відсотків...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. А в нас 3 трансплантаційні одиниці зараз? Тобто на 3 мільйони населення.

РИЖАК О.А. Навіть на дітей не вистачає. А потреба в дітей, тільки в дітей – це до 500 трансплантацій на рік, в тому числі близько 400 алогенних. Це і неоплазії і неонкологічні захворювання. А в дорослих взагалі алогенна трансплантація не виконується.

Наступний слайд. Тільки 3 трансплантаційні одиниці на сьогоднішній день в Україні є діючими. Це Центр дитячої онкогематології і трансплантації Охматдит, роблять всі види трансплантації за винятком неродинної алогенної

трансплантації, в тому числі і гаплоідентичні трансплантації ми з 2015 року робимо. Дитяче відділення Національного інституту раку – тільки автотрансплантація і тільки при солідних пухлинах. Ну, наче дорослі почали робити на їхніх потужностях останнім часом. І Центр трансплантації Київської міської державної адміністрації – тільки автологічні трансплантації тільки дорослим.

Наступний слайд. Далі, далі, далі. Це наші результати за 12,5 років, щоб було зрозуміло – безподільне виживання при аутоотрансплантації 64 на 103 пацієнти і 60 при алогенній трансплантації на 86 пацієнтів, це на кінець минулого року.

Проблеми. На мій погляд, в першу чергу це відсутність цілеспрямованої політики у сфері трансплантації стовбурових кровотворних клітин. Їх як не було, так і немає наразі, хоча дуже багато про це всі говорять. Алогенна трансплантація дорослим не проводиться. Фактична відсутність вітчизняного реєстру донорів стовбурових гемопоетичних клітин, бо те, що є, воно не працює. Воно є на папері, ну, може, не тільки на папері, але не в лікарнях. Відсутність доступу до неродинних трансплантатів – те, про що говорила Ольга Вадимівна, що можна було б започаткувати без реєстру.

Алогенна трансплантація дітям від нерідних донорів не робиться. Вкрай низьке і пізніє визначення показів до трансплантації. І гостра нестача місць для проведення трансплантації, відсутність спеціалізованої підготовки кадрів та спеціалізованого, підкреслюю, спеціалізованого фінансування.

Перспективи розвитку. Ну, наше бачення – це, все ж таки, започаткування дієвої політики у сфері трансплантації з відповідним спеціалізованим фінансуванням, а саме: створення сучасної системи підготовки кадрів. Ну, нічого не помінялося: кадри вирішують усе. Можна купити багато устаткування, побудувати багато будівель, корпусів, але як не буде людей навчених, то воно буде стояти і гнити на ґрунті, як свого часу в одній поважній установі згнили 12 ламінарних боксів на ґрунті.

Створення мережі трансплантаційних одиниць, так званих, юнітів, блоків, відділень, центрів, не важливо, як їх назвати. Причому вони мають бути інтегровані у структуру багатопрофільних медичних установ III рівня на загальнодержавному або міжрегіональному рівні. Не може працювати центр трансплантації окремо від багатопрофільної лікарні. Ніде в світі такого велосипеда з квадратними колесами не існує, бо потрібна участь суміжних служб, практично всіх.

Вдосконалення суміжних цих служб: трансфузіологічної, мікробіологічної, радіологічної, інтенсивно-терапевтичної і хірургічної служб відповідно до потреб трансплантації.

І розвиток алогенної трансплантації від альтернативних донорів. Забезпечення доступу до неродинних трансплантатів, створення функціонуючого реєстру, функціонуючого, підкреслюю, донорів

стовбурових гемопоетичних клітин і розвиток трансплантації від гаплоідентичних донорів.

Дитина перед трансплантацією. Наступний. Це в курсі трансплантації та сама дитина. Це вона дзвонить батькові, коли в неї приживлення відбулося. З нею мама сидить. А це при виписці. І наступний слайд: це дитинка приїжджає на контрольні огляди. Та сама дитинка. Це я до того, що у нас досі існують легенди і розповсюджуються подекуди: начебто після трансплантації кісткового мозку діти, дорослі люди стають інвалідами на все життя. Це неправда. Ми наразі вже маємо колишніх наших пацієнтів після алогенної трансплантації, які вже мають своїх власних дітей і приїжджають до нас, їх показують. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

До слова запрошується Хоменко Віктор Іванович – головний лікар Київського центру трансплантації кісткового мозку. Павленко Сергій Григорович, прошу підготуватися.

ХОМЕНКО В.І. За браком часу я не буду повторювати ту інформацію, яку вже сказав попередній виступаючий. Я, з вашого дозволу, ближче до проблем.

Київський центр трансплантації кісткового мозку функціонує з 2000 року. За час функціонування центру виконано понад 800 аутологічних і алогенних трансплантацій від родинних донорів, але з ряду причин економічного та технічного характеру Київський центр трансплантації кісткового мозку втратив можливість виконувати алогенні трансплантації від родинних донорів. Восанне такі трансплантації були виконані у 2008 році.

Розвиток трансплантації гемопоетичних стовбурових клітин в Україні може розвиватися по трьом напрямкам: збільшення кількості аутологічних трансплантацій, відновлення виконання алогенних трансплантацій від родинних донорів у Київському центрі трансплантації кісткового мозку і впровадження алогенних трансплантацій від неродинних донорів.

Перші два напрями – це аутологічні і родинні трансплантації – можуть бути вирішені за рахунок збільшення фінансування. Але на сьогоднішній день, що стосується нашого центру, то обладнання, яким облаштований центр, воно фізично зношено і морально застаріло, тому потребує оновлення і заміни на загальну суму орієнтовно понад 40 мільйонів гривень.

За останні декілька років коштів на заміну обладнання не надходило. З 40 мільйонів 10,3 мільйона – це першочергове обладнання, яке потрібно буде замінити в наступному році. Якщо заміна обладнання не відбудеться, є ризик зупинки і аутологічних трансплантацій у Київському центрі трансплантації кісткового мозку.

Що стосується медикаментозного забезпечення. У 2017 році рівень медикаментозного забезпечення на рівні 6,9 відсотка від потреби.

Заплановано 2 мільйони 268,8 тисячі гривень при потребі понад 32 мільйона на рік.

На 2018 рік потреба ще більша. Потребує фінансування обслуговування високотехнологічного обладнання. В цьому році потреба на обслуговування обладнання задоволена на рівні 68 відсотків.

Далі. Багато пацієнтів направляється на лікування за кордон. Після лікування вони повертаються в Україну, і стоїть дуже серйозне питання інфраструктури, яка має прийняти цих пацієнтів. Добре, що в місті Києві є 3 центри трансплантації, до яких ці пацієнти можуть звернутися. В регіонах, на жаль, таким пацієнтам майже ніхто допомогти не може. Тобто для чого направляти пацієнтів на трансплантацію за кордон, якщо після їх повернення неможливо забезпечити посттрансплантаційний супровід в стаціонарних і амбулаторних умовах, контроль за імуносупресивною терапією, контроль за противірусними, протигрибковими і іншими препаратами, а також забезпечення компонентами крові.

Впровадження неродинних трансплантацій. Крім розв'язання...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Вікторе Івановичу, будь ласка, скажіть про ваші проблеми і про шляхи їх вирішення. Не потрібно звіт робити.

ХОМЕНКО В.І. Потрібно фінансування: 40 мільйонів на обладнання і понад 30 мільйонів на медикаменти. Першочергове обладнання – 10,3 мільйона.

Що потрібно вирішити на державному рівні сказати, чи досить?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Так, будь ласка, скажіть, і що вам дозволить робити це обладнання також озвучте.

ХОМЕНКО В.І. У нас зняті з виробництва сепаратори клітин крові коп-спектру. Витратні матеріали до них не випускаються. У нас є запас витратних матеріалів на півроку 2018 року. Обладнання для кріоконсервації гемопоетичних стовбурових клітин зношене, потребує заміни, тому що знаходиться в аварійному стані. Якщо припиниться кріоконсервація гемопоетичних стовбурових клітин і забор гемопоетичних стовбурових клітин, неможливо буде виконувати аутологічні трансплантації.

Потрібне обладнання, але це вже після того, для контролю за імуносупресивною терапією, коли будемо впроваджувати трансплантації від родинних і неродинних донорів.

А зараз питання на державному рівні: діяльність, пов'язана з трансплантацією, регулюється законом України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людини". Передбачена цим законом Єдина державна інформаційна система трансплантації не функціонує, що гальмує

розвиток трансплантації органів як від донорів-трупів, так і алогенних трансплантацій від неродинних донорів.

Не забезпечено ефективне функціонування Всеукраїнського реєстру донорів гемопоетичних стовбурових клітин в Україні в частині наповнення реєстру добровільними ... (нерозб.) донорами та міжнародного обміну донорським матеріалом. Реєстр створено в 2009 році, всього його наповнено 120 особами. І далі робота не продовжується. Відсутній порядок ввезення в Україну та вивезення за межі України трансплантантів гемопоетичних стовбурових клітин або кісткового мозку. Потребує розробки порядок компенсації донорам гемопоетичних стовбурових клітин у зв'язку з виконанням ними донорських функцій.

Сьогодні відсутня єдина типова методика розрахунку тарифів на платні послуги, які є додатковим джерелом фінансування закладу. Існуюча процедура розрахунків складна, потребує багато часу і затвердження у відповідних інстанціях. На момент затвердження тарифи встигають застаріти у зв'язку з коливаннями курсів вільно конвертованих валют.

Однією з причин гальмування розвитку галузі трансплантації є відсутність викладання у вищих навчальних закладах. Відсутність суттєвих матеріальних стимулів для працівників центрів відділень трансплантації призводить до значної плінності висококваліфікованих кадрів.

І останнє. Будь-який центр трансплантації не може існувати автономно. Для повноцінного лікування хворих необхідна потужна багатoproфільна клінічна база, яка може забезпечити проведення необхідних лабораторних, інструментальних досліджень, консультацій спеціалістів різного профілю, які відсутні в центрі. Відсутність коштів для оплати вищенаведених послуг в медичних закладах різного підпорядкування створює додаткові ризики для забезпечення лікувального процесу в центрах трансплантації.

Дублювання всіх необхідних функцій в одному центрі недоречно з економічної і практичної точки зору. Таким чином існує необхідність організації взаємодії та співпраці між центрами трансплантації кісткового мозку та закладами МОЗ України, НАМН України в рамках єдиного медичного простору.

І останнє. Важливою особливістю технології трансплантації є те, що вона працює за принципом "все або нічого". Тобто вихід з ладу або відсутність одного з ключових елементів трансплантації, поломка клімато-технічного, медичного обладнання, відсутність лабораторних реактивів, витратних матеріалів і таке інше блокує весь технологічний ланцюг в цілому.

Таким чином, лише комплексне вирішення усіх, а не якихось окремих проблемних питань, пов'язаних з медикаментозним або лабораторним забезпеченням, може дати бажаний результат. Нашій країні необхідна державна програма розвитку трансплантації гемопоетичних стовбурових

клітин в Україні, яка враховує комплексне вирішення всього спектру вищенаведених проблемних питань.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Врахуємо всі ваші зауваження і будемо ними рухатись по виконанню, щоб, власне, цю ситуацію зрушити з мертвої точки.

До слова запрошується Валентина Маркевич – президент благодійного фонду "Допомоги онкохворим дітям".

МАРКЕВИЧ В.А. Шановні друзі, дякую за можливість виступити сьогодні. Дякую, Ольга Вадимівна, і президія, і народні депутати.

Я хотіла звернути увагу, що 10 років ми вже займаємося проблемами трансплантації кісткового мозку, а це вже такий строк, який уже говорить сам за себе. І ті всі експерти, які сьогодні присутні, всі приймали участь у створенні програми по трансплантації кісткового мозку, яка і включала в себе і розвиток центрів, і закупівлю обладнання, і на той час – у 2012-у і потім в 2013-у роках – ці кошти потрібні були 24 мільйона гривень. Розумієте? Це сьогодні ми говоримо про великі цифри вже. Тобто цифри змінюються кожен рік. Це пов'язано з тим, що закупівля обладнання вже дуже дорога.

І я хочу вам сказати, що з цими проблемами, з якими ми сьогодні, підводячи підсумок цього року, ми взагалі опустилися уже, я не знаю. Мене дивує той факт, що міжнародні закупівлі, на які ми витратили такі колосальні кошти, і ми з вами сьогодні не маємо ліків необхідних нашим дітям. І карантинна зона, яка, наприклад, є в "Охматдит", де накопичилось ліків за цей рік більше мільйона, вже лежать ліків на мільйони, і ми сьогодні не маємо ту потребу, яку б ми мали змогу. Тобто закупівля іде на рік пізніше, а зараз це буде вже і на два роки.

Ми уже говоримо з вами про якість препаратів, які ми отримуємо, тому що препарати не тої якості, яка має бути. Виникає питання щодо заміни препаратів, коли замість флаконів ідуть таблетки, які ми не можемо використовувати, принаймні для лікування цих дітей. І ці всі питання потребують негайного реагування.

Знаєте, я сьогодні почула, що існують якісь образи, що міжнародні закупівлі – це таке добро якесь зробили. Ви знаєте, ми сьогодні стикаємося кожного дня, що це, я навіть не знаю, як назвати? Це зло! Один фонд каже, що на 2 мільйони здійснив допомоги, другий фонд каже, що півтора мільйони витратив за рік. Ми сьогодні тільки по Вінницькій області 2 тисячі людей, уже не говорячи, наш фонд, який покриває, закрили на 2 мільйона гривень з підприємствами, підпорядкування яких сьогодні ідуть і регулюють питання лікування онкохворих.

Фінансування - нижче не може бути! Так мало того, що держава витратила такі кошти, ми з вами не отримали сьогодні тих ліків, які дали б можливість вижити цим людям!

І то сьогодні, звертаю увагу, що трансплантація кісткового мозку - це одне, а післятрансплантаційний період, імуносупресивна терапія, яку потребують ці діти! Тобто якщо ми з вами зробимо трансплантацію і не буде в програмі прописана імуносупресивна терапія, яку потребують ці діти, і хіміотерапію, ці діти будуть гинути на 100-й день. У дітей реабілітація має йти мінімум 12 місяців. І про це потрібно говорити.

Я не бачу, знаєте, співпраці Міністерства охорони здоров'я і таке ігнорування такого заходу сьогодні, прислали одного Тараса, який сьогодні цифри сказав нам, заявив отакі-то цифри. Ну, що це за "детский сад"? Тут зібрались поважні люди, подивіться на них. Це люди, які працюють з цими онкохворими людьми кожен день.

Я вам приведу приклад, що мені вчора прислали запит на дитину, яка знаходиться в Луганську. Вони хочуть виїхати сюди, бо дитина лейкозом хвора. Вони питають, куди вони приїдуть і куди вони потраплять, розумієте. А ви сьогодні говорите сухі цифри. За кожною цією сухою цифрою це дитина, це людина. І ви розуміти повинні, що той препарат, який не доїхав до дитини, дитина загинула, той препарат індійський, який ви купили. Дитина загинула. Той препарат, який не той, що потрібен. Європейські протоколи потрібні. Ми використовуємо європейські протоколи, з 2004 року в нас затверджені. Вони не виконуються сьогодні. Що нам робити? Скажіть, що робити? От завтра в них закінчились гроші, у нас у всіх. Що нам робити з цим? Грошей немає.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Гроші виведені на рахунки, 6 мільярдів в листопаді минулого року. Поставок нуль. І цим мають займатись правоохоронні органи.

Дякую, пані Валентина. До слова запрошується Євстігнеєва Олена Валентинівна – голова Асоціації фахівців з формування здорового способу життя.

ЄВСТІГНЕЄВА О.В. Дякую.

Доброго дня, шановні колеги. Я представляю не тільки нашу Асоціацію центрів здоров'я, а також опікунську раду Київського міського клінічно-онкологічного центру. Я хочу поділитись з вами досвідом проведення скринінгового проекту "Крок до життя: перевір себе", який проходив в місті Києві в 2015-2016 роках. Особливістю цього нашого проекту стало об'єднання багатьох організацій, а також багатьох людей. І тільки тому він виявився успішним, тому що як і народні депутати, це міжфракційне депутатське об'єднання з профілактики неінфекційних захворювань, а також громадські організації, як "Київське Віче", так і Київське лікарське

товариство, що об'єднує лікарів міста Києва і лікарі профільних закладів міста Києва – це і Національного інституту раку, і онкоцентру, ендокринологічного центру, були задіяні заклади Академії наук і протягом цих двох років ми майже 10 тисяч людей обстежили, зробили їм 8 тисяч процедур.

Я хочу сказати, як ми це проводили. Ми проводили це на базі консультаційно-діагностичних центрів районів у вихідні дні, в зручний для населення час, всі бажаючі могли прийти і обстежитись. І що ми побачили? Ми знайшли частину людей з онкопатологією, це було 5,5%, у 42% людей ми знайшли патологію іншу. Але головне, що ми в них діагностували і виявили, то це страх: страх перед обстеженням, страх перед тим, що знайдуть онкозахворювання і страх лікувати це онкозахворювання. Крім цього, ще було багато міфів про онкологічне захворювання.

Також ми побачили величезну довіру до громадських організацій, тому що коли ми питали, а чому саме в суботу ви прийшли, сьогодні? "А тому, що це робите ви, громадські організації, ми вам довіряємо". "А якби прийшли в заклад в інший день, то що?" "То це б коштувало багато грошей". "А хто вам це сказав, як ви це знаєте?" "Говорять".

Тому, переглядаючи результати нашого проекту, ми ще зробили таку освітню складову, освітню як для лікарів первинної ланки і де на базі нашого онкоцентру проходили на робочих містах сімейні лікарі, і виїзні лікарі-лектори розповідали, як виявити візуальні форми раку. Але основною була комунікативна складова з населенням, з умовно здоровими киянами.

Ми випустили декілька брошур, декілька листівок і плакатів. І ви знаєте, їх не залишилося, люди з задоволенням їх забирали і навіть здирали з поліклінік великі плакати.

Тому я хочу запропонувати, пані Олю. У нас є розроблена комунікативна складова як упередження страху, так і боротьби з цими міфами про онкозахворювання. І ми б хотіли надати комітету наші розробки. Я можу ще повторити, що ми розробили комунікативну складову боротьби із міфами та зі страхом онкозахворювань для населення України. І ми би хотіли вам передати ці матеріали для подальшої роботи.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Ви знаєте, я думаю, що за результатами цього "круглого столу" я вам всім відправлю резолюцію з моїми пропозиціями, тому що у мене виникають, тобто я бачу, що тут розробляють інструкцію, пан Сергій сидить і каже: а у нас же ця інструкція є, вона вже давно працює. Ми зробимо з вами таку комунікаційну платформу, де всі зможуть всім ділитися. Це крім рішення по розвитку трансплантації, нам ще потрібно буде створення, я запропоную вам шлях рішення. Добре? Я почула. Тому поки що не передавайте, але ми це беремо до уваги. Так, додамо до резолюції. Дякую.

До слова запрошується... Я дуже прошу всіх виступаючих обмежитись трьома хвилинами, тому що у нас ще півтора десятка тих, хто має виступити. Тому прохання – в три хвилини найважливіше, те, що має увійти в резолюцію. І далі, я вам обіцяю, ми продовжимо над цією темою активно працювати в уже, можливо, більш таких локальних групах.

Зараз до слова запрошується Скіпальський Андрій (контроль над тютюном).

СКІПАЛЬСЬКИЙ А. Доброго дня! Дуже дякую за можливість виступити. Я дуже коротко.

Шановні колеги, в контролі над тютюном останні 10 років відбулися позитивні зміни. Ми маємо сьогодні дослідження, глобальне опитування дорослих щодо вживання тютюнових виробів (наступний слайд, будь ласка), яке показує, що зменшення поширеності куріння і споживання тютюну відбулося на 20 відсотків серед населення. Це дослідження проводилося в 2010 році і повторно проведено в 2016 році. Тому ті заходи, які були вжиті в контролі над тютюном, передусім це законодавчі зміни. Вони, безумовно, мали ефект, і є позитивні зрушення.

В той же час не потрібно мені вам розказувати, що саме вживання тютюнових виробів і спричиняє дуже багато випадків ракових захворювань. Безліч досліджень говорить саме про це. На слайді представлена саме відсотковість ризику захворювання на рак різних..., на різні види онкологічних захворювань, які становлять понад 20 відсотків. Там є дані по Україні і по світу.

Є безліч досліджень, які говорять про саме в яких вікових групах в Україні відбуваються ризики і смертність від онкологічних захворювань. На даному слайді представлені і дані по цій проблематиці.

Наступний слайд, будь ласка.

Ми працюємо як громадська організація, і тут дуже багато наших партнерів, і, безумовно, це державна політика: впровадження рамкової Конвенції ВООЗ з боротьби проти тютюну – це договір, який адаптований і прийнятий у 2003 році, Україну у 2006 році. Завдяки саме цьому договору і стратегіям, прописаним там, ми просунулися, і є дороговказ, як працювати з цією проблемою.

Зазначу, що вживання тютюну є чи не єдиною проблемою, яку потрібно повністю усунути, як фактор ризику онкологічних захворювань. Тобто можна припинити вживання, і цей фактор викинути з факторів ризику.

Наступний слайд, будь ласка.

Я хочу звернути вашу увагу на цей слайд, тому що цей слайд показує як знижувалося споживання тютюнових виробів в Україні з 125 мільярдів штук до 70 мільярдів штук у цьому році, як зростали тютюнові акцизи (синя лінія), як збільшилися надходження в Державний бюджет. Якщо ми візьмемо 2008 рік, надходження становило 3,5 мільярда гривень. В цьому році ми

отримаємо 40 мільярдів гривень тільки в Державний бюджет. Є ще близько 5 мільярдів гривень у місцеві бюджети, і ми маємо на цьому фоні зниження споживання тютюнових виробів. Тому політика оподаткування тютюнових виробів є першочерговою, і потрібно її продовжувати.

Наступний слайд, будь ласка.

Ми працюємо над зміною, власне, формату пачки. Пачка 2009 року, пачка 2012 року. Таку пачку європейського стандарту, законопроект 2820, намагається запровадити. Пачка № 3, це в Європі так по Євродирективі. Але вже 3 роки, власне, і більшість депутатів Комітету з питань охорони здоров'я, і пані Ольга Вадимівна також є основними авторами цього законопроекту, блокується у Верховній Раді і не виноситься навіть у порядок денний. І от така пачка існує в багатьох країнах, до цього ідуть багато країн і Європейського Союзу, це називається "стереотипна пачка безбрендова".

Наступний слайд, будь ласка.

Власне, заборонені всі форми реклами тютюну в 2012 році, але існують проблеми.

Далі. Основна стратегія – це заборона куріння в приміщеннях, 2012 рік, дуже позитивний закон, але маємо деякі зниження виконання.

Далі. Тютюнове лобі вважається найсильнішою і найбільшою перешкодою у впровадженні будь-яких ініціатив регулювання тютюну і зменшення доступності тютюну. Ви бачите, багато дуже розслідувань з цього приводу.

Далі. Власне, законопроект 2820 забороняє інгредієнти, смакові добавки, змінює, власне, вид пачки сигарети, і врегульовує в кінці кінців, ми чи не єдина країна в світі, яка не має регулювання електронних сигарет. Ми продаємо сигарети дітям, ми продаємо сигарети без будь-якого взагалі регулювання – "дикий" ринок у нас взагалі в цьому.

Цей законопроект, ще раз повторюю, блокується 3 роки, не виноситься навіть на перше читання навіть в порядок денний.

Далі. Вітрини сигарет перетворилися на пункти реклами сигарет. Ви бачите на рівні очей, проведені дослідження навколо шкіл.

Інші законопроекти, які підписали всі члени комітету, винесені на розгляд парламенту. 4032 забороняє видимі розміщення пачок і отаких от підсвіток, але теж рік не виноситься в порядок денний.

Далі, будь ласка. Ми запустили першу пілотну лінію допомоги курцям, оскільки курці залишені сам на сам з проблемою. Вона працює в пілотному форматі, 6 фахівців працюють на телефоні, і існує CRM-система, хочемо передати цю лінію державі, але через рік фінансування, звісно, немає.

Наша громадська організація долучилась до Глобальної ліги боротьби з раковими захворюваннями, там дуже цікаві є дані, але я не буду зараз на них зупинятися.

І рекомендації я тоді передам в письмовому вигляді, серед них - це, власне, винесення в порядок денний законопроектів.

І за 6 років жодних регулювань в сфері тютюну не відбулося, тоді як тютюнові корпорації продовжують свої новації і маркетингові тактики. Все-таки знижувати цінову доступність сигарет. І нарешті виділити фінансування заходів з контролю над тютюном, тому що за 10 років фінансування цих заходів є нуль гривень нуль копійок. Жодної копійки на заходи з контролю над тютюном не виділено державою. Працює по пів людини в міністерстві і все решта за кошти міжнародних донорів.

Далі. Будь ласка, останній слайд. Наша основна мета – це глобальна стратегія багатьох країн – взагалі вивести тютюн з легального обігу. Бачите, Нова Зеландія, Фінляндія і ще кілька країн встановили, що тютюн продається тільки в аптеках по рецепту для тих, хто не може позбавитися залежності. Але до цього нам далеко іти, це така стратегічна глобальна мета.

Все. Дуже дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Андрію.

До слова запрошується голова громадської організації "Стоп меланома" Канчалаба Ігор Олегович. Будь ласка, в три хвилини вкладіться.

КАНЧАЛАБА І.О. Добрый день.

Можно следующий слайд сразу. Мой доклад будет касаться организации больше скринингово осмотра. Я хотел бы на некоторых нюансах акцентировать внимание. Заболеваемость раком кожи и меланомой в Украине занимает сейчас первое место в общей структуре заболеваний, и занимает 21%. Поэтому сама наша работа, я хотел бы отметить важность и глобальность этой работы.

Следующий слайд. Очень важно понимать структуру заболевания, потому что для организации скрининговых осмотров, надо четко понимать, с кем ты работаешь и на кого придётся воздействовать своими информационными материалами и посылками. Поэтому конкретно в нашем случае получается большая часть заболевших – это мужчины, меньшая часть – это женщины. Но получается так, что когда мы формируем все-таки свои посылы, мы это больше делаем, формируем их для женщин, и в этом тоже, как бы, есть особенность нашей работы, потому что мы в определенный момент поняли, что с мужчинами работать особо резона нет и необходимо воздействовать все-таки на женщину, на организатора семьи – человека, который отвечает за здравоохранение в семейной ячейке.

Очень важно правильно сформировать посыл для ранней диагностики. Нам удалось и с 2009 года мы проводим День меланомы, организатором и инициатором которого выступил на тот момент главврач клиники Ольга Вадимовна, но с того момента уже, как бы, много чего было сделано. И самое главное, что было сделано – это был правильно сформированный посыл для самодиагностики. Очень тяжело человека заставить пройти осмотр, всегда надо начинать с подачи информации, с правильного посыла и с мотивации

человека. Поэтому именно такой четкий посыл, который удалось сформировать, это наш аккорд, это минимальное, что может донести до человека, это метод самодиагностики. Тот, от которого начинается само движение, которое является мотивирующим фактором. И это то, что основное мы можем донести до человека. И после этого наша задача сформировать условия для цепочки: для прохождения осмотра, для лечения.

Информационные кампании в нашей работе занимают большую часть времени, потому что именно мотивация человека, именно воздействие на человека – это основное, чему мы приделаем внимание.

В 2013 году была создана общественная организация "Стоп меланома", это не коммерческая организация, у нас даже нет своего расчетного фонда. Возможно, это создает нам определенные трудности, но, с другой стороны, это лишний раз показывает, что при правильной организации можно проводить массовые мероприятия.

Мы все-таки называем свое движение волонтерским, потому что у нас отсутствует полностью финансирование, наша организация работает только за счет людей, которым это небезразлично – это врачи, это студенты-интерны, это обычные люди, это специалисты немедицинских профессий: парикмахеры, массажисты и другие.

Этот слайд показывает, как проводится в Украине День меланомы. Он проводится уже 9-й год, есть статистика определенная. Я на что хотел бы акцентировать внимание? Это мероприятие проводится 1 день в году, и если можно посмотреть, в 2016, 2017 годах за один день удавалось посмотреть огромное количество населения – 70 тысяч, 95 тысяч. Это говорит о том, что при правильной организации, при правильной подаче информации население Украины вполне может пройти осмотр и в больших количествах. Если за 1 день может пройти осмотр при правильно сформированных условиях 70 тысяч человек, то я думаю, полностью проверить население Украины не будет никаких проблем.

Опять же коснусь вопросов подготовки этого момента. Кроме того, что надо человека мотивировать, необходимы группы ранней диагностики, это наша задумка. На всех не хватит врачей, и не все получают информацию, но есть люди, которые имеют прямое или косвенное отношение – это парикмахеры, которые всегда могут увидеть это, это массажисты, это косметологи. Мы проводим специальные мастер-классы для них, на которых мы не учим их диагностировать, но мы учим их тому, на что стоит обратить внимание, и учим их алгоритму действия. Если человек это увидел, он должен четко объяснить своему клиенту, что у вас, скорее всего, какая-то есть проблема, возможно, эта проблема, и вы должны сделать то и то. И такому алгоритму нам удалось уже обучить больше 3 тысяч человек именно специалистов: именно парикмахеров, именно косметологов, именно специалистов по маникюру, которые каждый день работают с человеком, с кожей человека.

Следующий момент был, это все-таки подготовка врачей. Многим врачам не хватает знаний по современным методикам, поэтому мы для себя отметили то, что необходимо организовывать, привозить специалистов, делать обучающие материалы и организовывать бесплатные курсы для врачей.

Также мы особое внимание уделяем методам резонансных осмотров. Те, которые приносят определенный резонанс и, к сожалению, получается так, что средства массовой информации, которые имеют наибольшую возможность доносить информацию до людей, им все-таки нужен какой-то инфо-повод, поэтому осмотры в Верховной Раде, который мы проводили в этом году, осмотр в мэрии Киева, они для средств массовой информации все-таки привлекательны, и мы этим мероприятиям также переделываем внимание. Но кроме этого у нас есть осмотры и предприятий, и коммерческих организаций, и мобильных операторов мы осматриваем – то есть большая деятельность.

Отдельный момент, то, что все-таки должны методы диагностики должны быть современными, поэтому отдельно был разработан метод дистанционной диагностики, для которого достаточно всего лишь мобильного телефона и сканера. Поэтому следующим нашим этапом мы все-таки хотели бы, чтобы эти современные методики внедрялись в практику семейных врачей, что еще больше расширит нашу сеть диагностики, и мы считаем, что мы можем достигать тех же результатов и идти к положительной динамике.

Пожалуйста, следующий слайд.

Это график снижения смертности от данного заболевания.

И на последнем слайде – это то, чего удалось достичь за эти года, это снижение коэффициента летальности на 6 пунктов с 2009 года. Мы не говорим, что это только наша заслуга.

Хотелось бы отдельно поблагодарить руководителя Национального института рака, который нам помогает, профессора Коровина, и отдельно руководителей ассоциации профессиональных, которые всегда идут нам на встречу и помогают организовывать эти мероприятия.

Спасибо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Будь ласка, зараз пані Ірина Сисоєнко.

СИСОЄНКО І.В. Шановні колеги, мені дуже цікаво було прослухати всі ці доповіді, які були, але, на жаль, я маю їхати.

Що я хотіла вам сказати наостанок? Перше, ви знаєте, кожний "круглий стіл", який проходить в рамках Комітету з питань охорони здоров'я, та кількість проблем на будь-яку тему. Нещодавно ми проводили "круглий стіл" по боротьбі з дитячою смертністю. Сьогодні ми чуємо величезну кількість

проблем, які стосуються онкології, і так далі. Велика кількість проблем в системі охорони здоров'я.

А знаєте чому? В першу чергу, всі ті європейські держави, всі ті держави пострадянські, які зробили ті умови, європейські стандарти побудували медичної допомоги, вони, в першу чергу, змінили давним-давно своє законодавство. Не було б всього того, на що ми хочемо рівнятися, і те, про що ми мріємо, щоб так само було і в Україні, якщо в Україні не буде нових законів. Це основа, це фундамент будь-яких змін. І те, що сьогодні ми всі говоримо про те, що в Україні "совкові" умови в медичних закладах, що багато чого залишилося в Україні ще за часів Радянського Союзу і не змінюється, то виключно тому, що лише у 2017 році Україна почала приймати ті закони, які багато років існують в інших державах. А до того часу ми з вами живемо в умовах так званого "совкового" законодавства.

Те, про що говорила Ольга Вадимівна, про Ізраїль, так я вам скажу: той закон, який проголосував парламент, такий самий закон приймався в Ізраїлі ще 20 років тому. Я так само була в Ізраїлі, я спілкувалась з тими людьми, які формували в першу чергу законодавство тих держав системи охорони здоров'я. І оце все багато років приймалось. Так, деякі є відмінності, деякі особливості і це є нормальним, тому що кожна держава формує свій власний шлях.

Але я би хотіла, прощаючись з вами, сказати саму важливу річ – я би не хотіла, щоб ви сприймали, що народні депутати, члени Комітету охорони здоров'я, постійно займаються ворожнечею і постійно займаються політикою, а я вважаю, що питання проблеми боротьби з онкологією, проблеми взагалі медицини, вони мають бути поза межами політики. Це має бути тим, що має нас всіх об'єднувати в спільній роботі.

І я би хотіла сказати вам, що я впевнена в тому, що ті люди, які справді хочуть змін, які справді налаштовані на покращення і на добро для людей, ми маємо мати спільну співпрацю. І повірте, мені так само дуже багато не подобається з всього того, що відбувається за діяльністю Міністерства охорони здоров'я. Ми також багато на чому наголошуємо на тих проблемах, які є і які ніхто не вирішує. Але це не означає, що ми можемо лише критикувати, казати погані речі і нічого не змінювати. Ми зобов'язані приймати нові закони.

Питання міжнародних закупівель, я так само з вами погоджуюсь, вони є неефективними сьогодні для України, але це закон. І Ольга Вадимівна так само, і я, і інші народні депутати, ми в свій час прийняли цей закон, думаючи, що це справді врятує Україну від корупції. Проїшов час. Побачили, такого не відбулось. Значить, що потрібно зробити? Прийняти зміни до цього законодавства, на рівні законодавства змінити механізм і тоді не буде жодних запитань до виконавчої влади, до Міністерства охорони здоров'я.

Буде новий закон, буде нова умова для роботи Міністерства охорони здоров'я. І байдуже, з яким прізвищем міністр охорони здоров'я. Об'єднуватись потрібно не навколо прізвищ, а навколо мети, цінностей і саме головне – спільних дій. Дякую вам за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Ірино.

Я би хотіла зазначити, шановні колеги, що проблема не в Законі про міжнародні закупівлі. Проблема лежить в площині підзаконних актів до цього закону, бо закон не дозволяє привозити медикаменти через рік і через два. Ми в законі не прописали терміни поставки і терміни придатності, бо в законах про це не пишуть. Це кожному зрозуміло, що профільне міністерство, яке підписує договори на поставки, там, в договорах, пише терміни поставок і терміни придатності. І саме тому, що ми не зафіксували це в законі, Кабінет Міністрів дозволив собі підписати такі договори на поставки, які дозволяють відтермінування поставок при попередній передоплаті.

І дуже прикро насправді, що Україна приймає сьогодні ті закони, які Ізраїль приймав 20 років тому, бо ситуація кардинально змінилась і без обов'язкового медичного страхування насправді реальної реформи не відбудеться.

Зараз до слова запрошується Татарчук Тетяна Феофанівна. Прохання 3 хвилини, Тетяна Феофанівна.

ТАТАРЧУК Т.Ф. Я хочу звернути увагу шановної громадськості на проблему раку шийки матки і на те, що це та онкологія, та нозологія, яка стоїть на п'ятому місці в структурі онкологічної патології у жінок. Але якщо ми говоримо про вікову категорію до 50-ти років, то це друге місце після раку молочної залози.

Кожен рік в Україні діагностується понад 500 тисяч нових випадків раку шийки матки – це надзвичайно жахлива цифра.

Наступний, будь ласка. Якщо ми бачимо динаміку раку шийки матки у віковій групі, подивіться, 15-29 років, то з 1980 року по 2012 рік ми маємо збільшення цього показника в 5,5 разів. Це в той час, коли у віковій групі дорослого населення цей показник практично стабільний, навіть дещо зменшився. Тобто це культура статевого виховання, це особливості статевої поведінки і це ті реалії, які ми маємо на сьогоднішній день. Тобто це ті, що ще не народжували і вже не народять. І нам якимось чином треба вирішувати демографічну ситуацію, потрібно думати, де ми будемо брати населення і кого ми будемо далі лікувати від всіх решти патологічних станів, вони просто не виникнуть, бо вони не народяться вже. Бо ці діти не народять вже.

Наступне, будь ласка. Що ми маємо на сьогодні в Україні? Ми маємо певну, так звану, доступність скринінгових програм. Ми не маємо моніторингу якості скринінгу! Ми не знаємо, що ми проводимо, що ми

робимо, який результат? У кого ми беремо мазки раз на рік, у кого ми беремо раз на 3 роки? В кого ми беремо 5 разів на рік? У нас немає абсолютно ніякого моніторингу.

Друге, у нас немає системи активного запрошення до участі в скринінгу. Це є у всіх країнах світу! На сьогоднішній день в тій же Польщі, близько біля нас, є система моніторів, які проводять активне запрошення. Це не лікарі, це функціонери від медицини, які займаються дійсно цими серйозними профілактичними заходами. На сьогоднішній день, так, у нас є основний вид скринінгу – цитологія. Але, знову ж таки, кажу, у нас немає ні моніторингу, ні активного запрошення. Вік скринінгу - 18-65 років. І скринінговий інтервал 1 рік ми маємо.

Наступне, будь ласка. Є реалії життя, є Нобелівська премія в 2008 році про зв'язок вірусу папіломи людини з раком шийки матки. Це ні в кого не викликає сьогодні ніяких сумнівів. Саме тому сьогодні рак можна попередити двома напрямками.

Перший, виявити передраковий стан і провести адекватне лікування. Однак це та сама конізація, яка призведе до зменшення шансів на народження дитини, до збільшення шансів на передчасні пологи, це народження недоношених дітей і всі особливі витрати відповідним чином на догляд і виходжування цих дітей.

І вакцинація, яку сьогодні впроваджує вже весь світ! Та сама сусідня Білорусія впродовж останніх чотирьох років вакцинує безкоштовно вікову групу 10-14 років чотири роки вже. У нас на сьогоднішній день ситуація дуже сумна.

Наступне, будь ласка. Чому ми повинні про це говорити? Ви подивіться систему "сексуальна активність", вікова група 15-19 років. Це медико-демографічне дослідження України, серйозне дослідження 2007 року, 20 тисяч домогосподарств. Два та більше сексуальних партнери впродовж року – це 15-19 років - 10%. Не захищений статевий акт, тобто ризикований статевий акт - 70%. Тобто шанси отримати вірус папіломи досить великі у цієї молоді. І ми її не перевиховуємо сьогодні, маючи той Інтернет, ту культуру, ту рекламу, яку ми сьогодні маємо.

Наступне, будь ласка. Це наші сучасні дослідження, які, знову ж таки, говорять про те, що сьогодні біля 40% дівчаток у віковій групі 15 років мають досвід статевого життя. Це та вікова група, це той період здоров'я, коли ще не сформований місцевий імунітет і вірус папіломи людини, якщо він потрапляє в організм цієї дівчинки, це "welcome" на все життя. Тобто в неї шанси на захворювання надзвичайно високі, про це знає весь світ, про це знають усі. На це просто чомусь ми не можемо достукатись, дійсно, до наших якихось державних структур і якогось серйозного ставлення до цієї проблеми.

Які шляхи рішення? Свідоме ставлення до здоров'я, доступ до інформації, повноцінне харчування, психологічна підтримка, залучення

громадських організацій. Ми широко використовуємо сьогодні педіатричну службу, активно дуже долучаються педіатри до цього. На останньому Конгресі педіатрів мені поставили другу доповідь – про проблему раку шийки матки. Ми говоримо про те, що медична громадськість на сьогоднішній день дуже стурбована цією проблемою і розуміє важливість цієї проблеми.

І що ми маємо з регіональних програм? Тобто держава не дає нічого на сьогоднішній день. У 2016 році Івано-Франківськ, Дніпропетровськ, Черкаси на 2017 рік – Львів, тобто місцеві бюджети дійсно сьогодні опікуються цією проблемою. І сьогодні проводиться, Дніпропетровськ протягом останніх чотирьох років проводить вакцинацію. Так, не всіх, так, це певні групи. Вони вибираються якимось чином, немає сьогодні чітких показників, щоб сказати: от ми маємо ось цей вразливий контингент. Вразливий контингент – це всі такі діти, які мають неадекватну статеву поведінку з точки зору дорослих. Поки вони діти, знову ж таки, ми їм не змінимо світогляд, але ми повинні дійсно розуміти те, що нам потрібно проводити оцю вакцинацію, потрібно сьогодні говорити про місцеві бюджети. І маємо сьогодні вже хороший приклад. І тому, ну, можливо, надихнувшись прикладом у свій час Дніпропетровської і Черкаської області, підключилось місто Київ, підключився Івано-Франківськ і останнім роком дуже активно підключився Львів і львівська адміністрація саме в напрямку профілактики і вакцинації.

Що робимо ми, лікарі? Ми сьогодні розуміємо, що у нас немає ні протоколу, ми маємо сьогодні документ, яким нам дозволено використовувати світові протоколи. Але, знову ж таки, Європа вакцинує підлітків упродовж останніх семи років. І Європа може дозволити собі сьогодні до 25 років не проводити кольпоскопію. Якщо ми сьогодні до 25 років не будемо її проводити, а ми ж не вакцинуємо, як ми можемо сьогодні імплементувати Європейський протокол, як ми не все, що робить Європа, імплементуємо собі сьогодні? Тому ми все одно мусимо мати якусь адаптацію оцієї стратегії до наших сьогоднішніх реалій.

Тобто ми створили громадську організацію лікарів, яка об'єднала і педіатрів зацікавлених, і акушерів-гінекологів, і сімейні лікарі долучаються. І онкогінекологи об'єднали цей захід, і от ми провели в листопаді перший форум, у нас було понад 1200 лікарів, які обговорювали нашу стратегію, що нам треба робити. Якщо міністерство не робить, ми самі розуміємо, що ми повинні якимось чином приймати якісь ініціативи. І дійсно, я розумію, що в міністерстві сьогодні реформи, сьогодні дуже багато серйозних першочергових завдань. І можливо, з точки зору глобальної стратегії, коли від онкології помирає в чотири рази більше, вірніше, в чотири рази менше жіночого населення, ніж від кардіоваскулярної патології, я сьогодні подивилась цю статистику, про кардіоваскулярну патологію теж міністерство повинно опікуватись, я розумію, що там є свої першочергові завдання, однак ми сьогодні увійшли до Європейської асоціації кольпоскопії цервікальної

патології і сьогодні ми розробили основні положення Національного міждисциплінарного консенсусу. Ми проголосували на цьому заході оці основні положення. Ми сьогодні формуємо цей консенсус, ми сьогодні узгоджуємо цей консенсус з європейською асоціацією, з міжнародною асоціацією і ми готові подавати цей консенсус в міністерство для того, аби на основі цього консенсусу формувати якусь національну стратегію, вірніше, не якусь, а раціональну національну стратегію профілактики раку шийки матки в нашого жіночого населення, тому що це питання державної безпеки, це питання одного з напрямків попередження демографічної кризи, в якому ми сьогодні є. Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Тетяно.

Запрошую до слова Матюху Ларису Федорівну, Асоціація сімейної медицини. Будь ласка, пані Ларисо, 5 хвилин вам.

МАТЮХА Л.Ф. Дякую, Ольга Вадимівна.

Мені би хотілось, шановні колеги, привернути вашу увагу до двох позицій, наступний слайд, до відповідальності нашої держави і до скринінгу як до державної програми, про нього сьогодні говорили. Наступний слайд.

Чому держави? Та тому що ми з оцим всім, з диханням, з ксенобіотиками, з хімізацією і так далі, ми самі не справимось ніколи. І тому вважаю, що в резолюцію потрібно записати, що не громадські організації повинні за це відповідати, а повинна відповідати держава, яка на державному рівні буде щось робити і це дуже великий вплив не лише на неінфекційні, а і на онкологічні захворювання.

Проблема надзвичайно важлива онкології для первинної медичної допомоги ще і тому, що 90 відсотків людей помирають паліативно, дома, тому що в нас немає хоспісів, отже сімейний лікар і медсестра знаходяться з ними до останнього. Тому дійсно сьогодні піднімалися питання волонтерства, питання психології, підтримки соціальної і так далі. Це наше.

Яка ж з причин, яку ми можемо вирішити. От вважається, що причина низької тривалості життя це неадекватна програма профілактики і скринінгу. Всюди скринінг – це доказовість, це орієнтація на захворюваність і на потенціал системи охорони здоров'я.

Далі. Що це виявлення прихованих захворювань у здорових людей. В компетенції сімейного лікаря це все є, тому що одиниці його обслуговування - сім'я.

Далі. Шановні колеги, який інструмент є у сімейного лікаря? Подивіться, в нас є такий Закон про диспансеризацію, який припускає, що це є раннє виявлення. Золотим стандартом у світі є американська програма доказового скринінгу, не тому, що вона американська, а тому що нею користується весь світ. Ольга Вадимівна була в нас на конференціях і ізраїльтяни привозили цю програму. Я запрошувала міністерство для того,

щоб познайомити, вони готові нам дати, безкоштовно поділитись методологією правильного проведення скринінгу. Ніхто з Міністерства охорони здоров'я не прийшов. Прийшов комітет Верховної Ради.

Наступний. В чому різниця між скринінгом і диспансеризацією? Подивіться, в доказовості, ось ці кружечки обведені – це все недоказове, те, що ми робимо. Ми колись в 2007 році з Костянтином Олександровичем, якщо він тут є, робили, скільки коштує державі, якщо зробити аналіз крові. Лікар подивився і потім ще раз пацієнт прийшов для того, щоб визначити, що з ним робити. Це мільярди коштів. Хто робить цю диспансеризацію? Так же і фейково про неї звітують. Це не повинно бути. А скринінг – це держава повинна нам забезпечити. І прошу теж записати в резолюцію: ввести програму скринінгу як державну програму. Це треба збиратись і говорити.

Висновок: наші рекомендації, наша програма не відповідають золотим стандартам, якими користується світ.

Те, що він доказовий, бачите, він має також і протоколи всі, чітку градацію, аби не нашкодити. Це теж дуже важливо. Виявили на ранньому етапі громадські організації онкозахворювання, на ранній стадії. І що далі з цим робити? Ми забезпечуємо державний ланцюг: лікування, реабілітація? Ми це не забезпечуємо. І який толк, що ми виявили? От люди до нас приходять умирати на четвертій стадії. Хто в цьому винен? Нема державної програми.

А наша міністр, між іншим, сказала, що гарантованим пакетом забезпечуються захворювання, які мають вплив на...

ІЗ ЗАЛУ. ... (Репліка без мікрофону)

МАТЮХА Л.Ф. Так, які мають вплив на життя. Тобто рання стадія, вона небезпечна для життя чи ще ні? От і наше "ні ще". Значить, людина собі з нею і живе. Далі.

Отут показано дійсно, що серед онкозахворювань програми щодо скринінгу D, A, ті ж самі шийки матки, доказовість, про яку казала професор. До якогось віку це A – доказовість, а після 60-и – D. Значить, можливо, не потрібно робити. Наступне.

Етапи оці всі скринінгові може робити сімейний лікар: і підготовчий етап – формувати цільову групу, і проводити скринінг, і заключний етап. Але його треба забезпечити інструментами, а не так, щоб людині робити фейки. Дійсно, у нас не громадські організації повинні за це відповідати, а держава. Сімейний лікар може забезпечити і повинен забезпечити цей весь ланцюг, тому що він є адвокатом пацієнта. Адвокат забезпечується на всіх рівнях медичної допомоги. Наступний слайд.

Ну, те, що профілактику і так далі здійснює. Далі: визначає групу ризику. Це вже нема коли.

Питання, які необхідно вирішити, які, вважаю, потрібно записати в резолюцію. Впровадити доказовий скринінг на рівні первинної допомоги і взагалі впровадити, в державі розписати хто що робить. Фінансування скринінгу окремо від подушного фінансування. Зараз міністерство зробило проект наказу, де, ви знаєте, записано декларацію, коли пацієнт приписується до лікаря. Так туди ж, в додатки, вписали, що оцей скринінг входить в цю оплату 370 гривень. В усьому світі скринінг оплачується державою окремо. Окремо. Із мотивацією лікарів і так далі. Далі.

Зрілість у суспільстві, я вважаю, що навіть, на жаль, більша ніж в нашої самої держави. Громадянське суспільство, громадське, ми допомагаємо самі собі, а не держава нам. Далі.

Що стосується бар'єрів – те, що пані Олена говорила, це дійсно дискримінація, вона присутня, і це має бути в навчанні і так далі. І в мотивації обов'язково.

Ну і рішення, те ж саме, можете вписати це все в резолюцію, якщо треба. І зважаючи на ресурси, на структуру охорони здоров'я і так далі. І не просто скопіювати нам оцей американський скринінг, а адаптувати, так, як NICE нам дали безкоштовно свої протоколи, ми їх адаптували. Слава Богу, це повернули.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Ларисо Федорівно.

Зараз ми переходимо до секції профілактики, власне, визначення факторів ризиків виникнення онкологічних захворювань. Надаю слово директору Національного комітету "Міс Україна" Копаниці Ірині. Будь ласка.

КОПАНИЦЯ І.Ю. Добрый день. Выступала Дарина Митченко - наша финалистка. Возможно, она немного волновалась и скромничала, но на самом деле мы восхищаемся, потому что для неё эта история – последнего года её жизни. Мы восхищаемся ею, потому что то, что она проделала за этот год – это огромная работа. Она проводит по 5 тренингов в неделю, она все свободное время посвящает посещению онкобольных. И то, что мы видели за год, какое это просто общение, вдохновляющий свой пример, какое это имеет влияние на процесс их выздоровления – это уникально.

Вследствие этого есть предложение от Национального комитета конкурса. Нас иногда, бывает, воспринимают не всерьез, а очень жаль, потому что это огромный потенциальный ресурс, который может быть задействован в очень многих социальных программах. Это региональные представительства практически в каждом городе Украины. И абсолютно все участницы, потенциальные участницы конкурса, оргкомитеты – они все готовы участвовать просто так же в организации, допустим, психологической помощи, в организации центров. У нас есть время, у нас есть люди, у нас есть определенные ресурсы и главное - есть огромное желание людей.

То есть то, что нам необходимо в этом ключе, это только какая-то правильная методология, может пошаговая инструкция от организаций и учреждений, как это сделать. И я думаю, что мы в этом смысле можем очень-очень помочь многим процессам.

Также история Дарины нас немножечко натолкнула еще на одну идею и проект, который мы будем реализовывать в следующем году, это, привлекая известных публичных личностей, это будет проект по биохакингу. Это, может, очень поповское такое слово, но суть его в том, чтобы на примере публичных людей за определенный период времени показать, что правильная и своевременная диагностика, полная абсолютно, организма человека и внимательное отношение к себе, и корректировка своего образа жизни, питания, всего может дать в очень краткие сроки огромные результаты. Мы не можем, разумеется, об этом говорить, как о профилактике раковых заболеваний, но я уверена, что это может повлиять на процент предупреждения возникновения многих заболеваний.

Если здесь есть специалисты, которые готовы поучаствовать советом, рекомендациями в данном проекте, мы с удовольствием, будем очень благодарны. Спасибо.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякуємо, Ірино. Будемо співпрацювати з вами.

Зараз до слова запрошую директора Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології пана Чехуна Василя Федоровича. Будь ласка. 3 хвилини.

ЧЕХУН В.Ф. Дякую, шановна Ольго Вадимівно. Шановні колеги, я представляю академічний інститут, але цей академічний інститут є єдиним представником в європейському співтоваристві протиракових інститутів.

І сьогодні дійсно багато звучало питань щодо терапії, діагностики, на жаль, не йшлося про індивідуалізацію, на жаль, не йшлося про сучасні технології, які забезпечують сучасний рівень. Але справа в тому, що саме наш інститут може такі пропозиції надавати, і вони відпрацьовані, і вони готові до впровадження. Але я не про це буду говорити, шановні колеги.

Будь ласка, перший слайд. Дайте назву.

Знаєте, я взяв цю назву, я хотів би, щоб ви на неї звернули увагу, тому що цю назву я взяв із листа від батьківського комітету однієї з найбільших шкіл Києва, які надіслали нам листа подяки від батьківського комітету і учнів старших класів. Ми започаткували такий проект "Наука суспільству", де наші молоді вчені ходять до шкіл і читають лекції про рак. Відпрацьовано 10 тематичних лекцій, в яких молоді розповідають що це таке за проблеми, і як їх можна обійти.

Так от, я отримав листа від батьківського комітету, де було написано: ви знаєте, ми з посмішкою спочатку зреагували на ваші пропозиції і участь у таких проектах, але коли прослухати цей цикл, то ми зрозуміли, що таке рак.

Рак – це полум'я, і ми знаємо тепер як його обійти. Тому, шановні колеги, я хотів би сказати, перше, говорилося про лікування, говорилося про діагностику, але ще ніхто не відміняв золотого стандарту: попередити хворобу в 100 разів легше, ніж її лікувати. І тому я хотів би на цих моментах зупинитися.

Будь ласка, наступний слайд.

Так от, я хотів би ще раз звернутися до цифр на цьому слайді. Ви бачите динаміку зростання онкопатології щорічно. Сьогодні мене, скажімо так, здивувала цифра, яку продемонструвала Олена Олександрівна – директор Національного інституту раку, тому що я чомусь думав, що ми ще не переступили той страшний бар'єр в мільйон хворих, а виявляється, тому що я ще недавно про це говорив, що у нас десь 900 тисяч, сьогодні вона показала страшну цифру! Шановні колеги, це при тому, що у нас населення зменшується. І от врахуйте динаміку цього процесу.

Ви зверніть увагу, на цьому слайді, здається, є цифри стосовно того, що згідно Міжнародної агенції раку було доведено, що 85 відсотків онкопатології пов'язано з факторами навколишнього середовища. Звертають на це увагу чи не звертають? Звичайно, ні. І це не тільки Чорнобиль.

Будь ласка, наступний слайд.

Зверніть, будь ласка, увагу на такі знайомі та небезпечні фактори. Тут ідеться про фактори харчування, будівельні матеріали і так далі, але я вас дуже прошу звернути увагу на останній рядок. Там написано так: серед 5 мільйонів відомих хімічних сполук лише близько тисячі випробувано на антиканцерогенну активність. Звертають на це увагу чи не звертають? Та звичайно, ні! Ми стрімголов ідемо вперед і створюємо і синтезуємо нові сполуки і не задумуємося над тим, яка буде проблема для здоров'я людини.

Будь ласка, наступний слайд.

За лімітом часу я не буду вам розповідати про кругообіг оцих канцерогенних факторів у навколишньому середовищі. Але, шановні колеги, СО, метан біля тієї корівки, яка їсть травичку і яка все це поглинула, а потім ми з вами - і от вам замкнений цикл по канцерогенним факторам, і маємо те, що маємо, як сказав один із великих наших політиків.

Наступний слайд, будь ласка. А от на наступному слайді розроблена нами програма. Я вам хочу сказати, що я вже не один раз звертався просто протягом тривалого часу до різних міністерств з приводу того, що дійсно нам сьогодні терміново потрібна програма профілактики. В інституті розроблена дійсно така програма. От зараз мені сказали: так Чорнобиль. Шановні колеги, а окрім Чорнобиля плюс 5 мільйонів джерел і їх комбінацій. Представляєте, що ми маємо? Тому якщо ми не звернемо сьогодні увагу на ці речі, то буде катастрофа.

От внизу пропозиції, які нашим інститутом розроблені і ефективно працюють. За лімітом часу я не буду на них зупинятися. Будь ласка, наступний слайд.

Знову-таки, ось шляхи зниження ризиків канцерогенних факторів навколишнього середовища. Вони відомі, ці речі. Але знаєте, ми дуже часто просте, відоме, на нього не звертаємо увагу, а воно є найбезпечнішим і найбільш ефективним як шлях, так і фактор впливу на нього.

Наступний слайд. Освіта, так. Так от, про цей проект, про який я говорив, для школи, ми ходили. Так що робити? З чого починати? А починати треба, шановні колеги, з тієї дитинки, яка ще лежить поперек краватки і її батьків. Але це треба доносити, щоб вони розуміли, підвищувати освіченість суспільства з цієї проблеми. Тому що, знаєте, я був одного часу на радіоефірі "Ера", прямий ефір. І мені телефонує там слухач і каже: ти знаєш, от ти так гарно усе розповідаєш, але я тут інтелігентний чоловік з вищою освітою і я половину термінів не розумію. Я, звичайно, вибачився перед цим слухачем. Кажу: ви знаєте, я жалію, що зараз не зміг в доступній формі вам донести цю інформацію, але ви самі сказали, що ви – інтелігентна людина і освічена. Сьогодні так стрімко розвивається така наука і зокрема проблеми онкології, що появляються нові терміни, і ми повинні піднімати рівень суспільства, рівень освіченості. Оце вам буде первинна профілактика, що робити і як робити.

У нас дійсно був проект, до речі, який підтримав Віталій Кличко, "Наука, суспільство". Оце в рамках цього проекту ми зробили оцей цикл лекцій. Знову-таки, з державної казни – нуль!

Наступний слайд, шановні колеги. А ось я сказав про те, що дійсно ми єдиний інститут від України, який є членом європейського співтовариства. Але ми ще щільно співпрацюємо із Всесвітнім інститутом профілактики раку. Я щорічно приймаю в міжнародних конгресах участь, які присвячені цій темі. От в минулому... Не в минулому, а в цьому році до нас прийшов президент Європейського співтовариства профілактики раку Пітер Бойл, де ми підписали з ним угоду і що робити.

Шановні колеги, он там – цілий ряд буклетів, виданий нашим інститутом. Ви знаєте, за рахунок кого ми їх видали? За рахунок посольства Нідерландів. Наступний слайд. Я не буду вже про журнали.

Шановні колеги, дякую всім за увагу. Але зверніть, будь ласка, увагу, хто зможе, на наш сайт і електронну пошту. Я вас дуже запрошую до співпраці. У нас є фонд "Єдність" проти раку. Ольга Вадимівна, вам велике спасибі, що ви нас всіх збрали, тому що нам потрібна площадка для зустрічей от з таких різних і таких, знаєте, стурбованих, схвильованих однією й тією ж проблемою. Тому що нам потрібно відпрацювати алгоритм взаємодії.

Я сьогодні тут чув представників фондів, фірм, компаній. От біля мене тут сиділи представники фармкомпаній. Я їм розповідав тут тихенько про індивідуалізацію, а він каже: "Слухай, давай будемо починати, тому що катастрофа у фармакології". Зараз не буду зупинятися на цьому, колеги.

Давайте не будемо шалено кидатися і не враховувати сучасних можливостей. Тому закликаю до співпраці.

Ольго Вадимівно, дякую. І якщо ще будуть такі зустрічі, давайте відпрацюємо цей дійсно алгоритм взаємодії, ми реально щось зможемо зробити.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Я вам дякую. Ми наступні зустрічі будемо робити більш фокусні, тематичні, тому що дві години вже тяжко сприймається інформація. Ми хотіли, я думала так зорієнтуватися, щоб усіх зібрати разом, але далі будемо працювати... Але щодо спільного плану дій – ми обов'язково його зробимо, тому що ви вже зрозуміли: крім нас більше немає кому. Тому все, що ми зробимо, все, що ми доб'ємося, я ще раз наголошую, це створення такого мікроклімату в країні, щоб влада не могла відступити і не могла [не] приймати правильних рішень.

Зараз до слова запрошується Чернюк Володимир Іванович, виконуючий обов'язки директора інституту ДУ "Інститут медицини праці".

Будь ласка, 3 хвилини.

ЧЕРНЮК В.І. Вельмишановна Ольго Вадимівно! Шановні учасники нашого "круглого столу"!

Моя тема – це "професійний" рак, це злоякісні новоутворення, що можуть виникати під впливом шкідливих виробничих чинників, які мають канцерогенну дію. За даними Міжнародного агентства з вивчення раку, 10 чи 20 відсотків захворювань на рак пов'язані з впливом саме виробничих канцерогенних чинників. Але систематичні дослідження цієї проблеми почалися в Україні, починаючи з 2008 року. Проблеми, які є найважливішими сьогодні з виявлення "професійного" раку, це саме процедура виявлення цього захворювання, рання діагностика. Про неї говорили багато виступаючих.

Я хочу сказати про проблеми, які стосуються саме "професійного" раку. Усі профпатологічні центри, обласні лікарні, акредитовані на право встановлення діагнозу професійного захворювання, мають право на діагностування "професійного" раку. Інша справа, не хочуть брати на себе відповідальності за такий діагноз, бо його обґрунтувати дуже непросто. Необхідні добрі знання про онкозагрози на конкретному виробництві, канцерогенні чинники, їх рівні, тривалість експозиції, органи-мішені, ризики індивідуальні і популяційні. Необхідна якісна санітарно-гігієнічна характеристика умов праці, про це я дещо пізніше ще раз скажу. Необхідно мати можливість застосувати онкотест. Необхідно мати можливість застосувати інструментальні дослідження, які могли б допомогти в діагностиці, у виявленні цих захворювань, тобто навіть передракові стани, при проведенні періодичних медичних оглядів.

Тому реально ставить діагноз "професійний" рак" Інститут медичної радіології імені Григор'єва в Харкові, Інститут промислової медицини в Кривому Розі і наш Інститут – Інститут медицини праці.

Але на сьогоднішній день кількість вперше виявлених випадків "професійного" раку складає лише близько 20 випадків на рік, тоді як за розрахунковими даними очікувана реалізація ризику онкозахворюваності на таких виробництвах має складати 200-300 випадків захворювань на рік, що в якійсь мірі кореспондує з прогнозами міжнародного агентства з вивчення раку.

Щодо заходів профілактики. Їх коротко можна сформулювати в чотири позиції. Звичайно радикальним є елімінація канцерогенно-небезпечного чинника з виробництва або технічні та технологічні заходи по зменшенню його рівня на робочому місці або зменшення рівнів впливу на працюючих: засоби індивідуального захисту, колективного захисту.

Надзвичайно важливим є систематичний і санітарно-гігієнічний моніторинг канцерогенних чинників на робочому місці, котрого останнім часом майже не стало через ліквідацію Державної санепідслужби. Необхідна тотальна диспансеризація, довічний систематичний медичний контроль за станом здоров'я працівників канцерогенно-небезпечних виробництв: з онкотестами, з застосуванням сучасних інструментальних методів діагностики.

І врешті-решт, на наш погляд, максимальне запозичення міжнародного досвіду з питань скринінгу і ранньої діагностики злоякісних новоутворень, професійного генезу і впровадження його на всіх рівнях надання медичної допомоги працюючому населенню від сімейного лікаря, про що тут говорилось багато, до високоспеціалізованих центрів професійної патології.

Ота пропозиція про створення державної програми чи відновлення цієї програми по боротьбі з онкозахворюваністю, то ми би з задоволенням брали би участь і в розробці розділу профілактика професійного раку і у виконанні основних завдань цього розділу. Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Шановні колеги, скажіть мені, будь ласка, в нас ще залишилось питання хоспісної паліативної і психологічної підтримки. Ви ще спроможні слухати і працювати? Тоді, щоб я запропонувала? Я би запропонувала, у нас великі розділи – психологічна підтримка і паліативна допомога, то зробити окреме засідання, якщо ви не будете заперечувати. Я нікого не ображу цим? Не чую вас. Щоб ми її не пожмакали. Спікери присутні тут? Є спікери? Ви не заперечуєте, що ми це розглянемо окремо? Не заперечуєте.

Тоді я з вашого дозволу дам слово для доповіді пану Володимирі Редьку щодо фармацевтичного сектору. В нас буде пан Редько і пан Міхеєв. А хоспісну паліативну і психологічну підтримку ми спробуємо, причому запросимо Міносвіти, запросимо тих, хто долучений.

ІЗ ЗАЛУ. І соцполітики.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. І соцполітики. І зробимо тоді окремий "круглий стіл". Пробачаєте мені? Добре.

Пан Володимир, будь ласка, вам слово і пан Міхеєв готується.

РЕДЬКО В.В. Дуже дякую.

Шановна Ольго Вадимівно! Я хотів звернутися "шановні депутати", але ви вже одна залишилася тільки, на жаль. Сподіваюся, що це було б цікаво всьому депутатському корпусу.

Шановні присутні! Я представляю Асоціацію виробників інноваційних ліків, котра в Україні представлена 16 провідними міжнародними компаніями, котрі є виробниками інноваційних препаратів. Ви бачите тут логотипи цих компаній, вони всім добре відомі, і більшість цих компаній є виробниками оригінальних препаратів, котрі застосовуються для лікування онкологічних захворювань. Наступний слайд, будь ласка.

Ми побудували свою коротеньку презентацію таким чином, що ми хотіли визначитися тут з основними тезами, що в нас у країні дійсно є проблемою, яка ситуація в країні. І тут ми поставили п'ять пунктів. Один з них – це висока смертність та пов'язані з цим економічні витрати. І якщо ви бачите, тут є цифри: щогодини вмирає у нас в країні 10 жителів нашої держави, це близько 90 тисяч щороку, і десь 35 відсотків це люди працездатного віку. Ми вважаємо, що це жахлива статистика.

Наступний пункт – це відсутність державної політики, котра існує всюди в розвинутих країнах, так званій "National Cancer Plan". І ми будемо відповідно до цих пунктів говорити, що б ми запропонували зробити реально, включити в Резолюцію або якісь кроки зробити.

Наступний пункт – це відсутність повноцінного доступу наших пацієнтів до інноваційного ефективного лікування у зв'язку з обмеженістю Національного переліку та державного фінансування. Я покажу коротенькі два слайди, що відбувається з Національним переліком.

Наступний пункт. Відсутність досконалої процедури державних закупівель. Це так звані можливості переговорної процедури довгострокових контрактів.

І останній на цьому слайді пункт – низька інноваційна привабливість нашої країни у зв'язку з недосконалістю захисту патентних прав виробників.

Будь ласка, на наступному слайді ви можете побачити червоним – це наш запропонований Національний перелік лікарських засобів. В ньому червоним, як ви можете побачити здалеку, це препарати, котрим більше ніж 30 років, вони з'явилися на світовому ринку і були зареєстровані. Зеленим – це менше ніж 20 років, всього 9 препаратів. Найстаріший тут – 1948 року препарат, найновіший – 2007 року препарат. Наступний слайд.

А в цей же час відбувається в світі, FDA зареєстровано, кожен рік ви бачите кілька препаратів нових. У 2014 – 20 нових препаратів та показань, у 2015 – 24. І їх немає в нашій країні і невідомо, коли вони будуть очікуватись.

Наступний, будь ласка, слайд.

Ми коротенько тут підсумували, який же внесок міжнародної фармацевтичної індустрії на сьогоднішній день в нашій країні. Це перша інвестиція в інновації, це означає, що ми реєструємо препарати тут та гарантуємо їх присутність на ринку.

Наступний пункт – це що ми забезпечуємо доступ пацієнтів та лікарів до передових методів і технологій лікування та діагностики за рахунок активної участі в програмах клінічних досліджень. І наші колеги будуть доповідати про цей пункт також.

Застосовуються різноманітні програми підтримки пацієнтів, так звані "Patient" та "System programs", які забезпечують доступ тих пацієнтів, котрі не мають можливості їх купувати, до інноваційних ліків. Багато застосовується таких засобів, як гуманітарна допомога лікарськими засобами, медичними виробами, діагностичними засобами, освітні програми для лікарів і пацієнтів. Це відомо всім присутнім тут учасникам нашого "круглого столу".

Ми дуже активно беремо участь у всіх процесах щодо реформування галузі в цілому і в усіх ініціативах Міністерства охорони здоров'я та інших міжнародних інституцій. А також ми є основним просувачем етичних стандартів ведення бізнесу в країні.

Наступний, будь ласка, слайд. Ми хотіли би підкреслити, що найважливіша мета в сфері онкології – це термінова розробка національної програми так званого контролю онкологічних захворювань з урахуванням передового європейського та світового досвіду. І ви бачите тут приклади, що існують в світі, в Європі так звані настанови, як це робити. І в них чотири напрямки цих програм, і головний з них – це, перше, профілактика у тому числі, і вже говорили про це сьогодні, вакцинопрофілактика як найбільш ефективна як з медичної, так і з економічної точки зору. Рання діагностика, скринінг та огляди, обов'язкове лікування за передовими світовими стандартами. І, як вже доповідали колеги, паліативна допомога.

Наступний, будь ласка, останній слайд: що ж ми пропонуємо за необхідне. По-перше, ініціювати створення робочої групи з розробки національної програми контролю онкологічних захворювань з залученням як фахівців, присутніх тут, так і пацієнтських організацій, й індустрії. І звертаємося до вас з проханням якимось чином зрушити цю активність. Ми дуже вдячні колегам, котрі тут доповідали, пані Колеснікова в тому, що вже така ініціатива була започаткована розробити таку національну програму, але ми не знаємо, що з нею відбувається. Вважаємо, що це дуже важливо повернутися до цього питання, обов'язково включити в резолюцію та залучити всіх зацікавлених сторін до розробки такої національної програми.

Визначити на законодавчому рівні онкологію як один з чотирьох пріоритетних станів на ряду з тим, що вже разом з соціально-небезпечними, орфанними захворюваннями та імунопрофілактикою. І пропонуємо, що це має покриватися загальнодержавним фінансуванням в повному обсязі. І таким чином забезпечити доступ онкологічних хворих до інноваційних високоефективних лікарських засобів – тих, що ви бачили на моїх слайдах.

Декілька ще пунктів. Це ініціювати впровадження передового світового досвіду у процедуру державних закупівель. Ми говорили з вами, що дуже ми маємо обмежені можливості фінансування цих програм. Існує багато інструментів, таких як конфіденційні ціни, довгострокові договори з виробниками препаратів, переговорні процедури, а також такі пункти, як звільнення від ПДВ та вимоги щодо доведення повної терапевтичної еквівалентності лікарських засобів. Це дуже важливі речі, котрі ми хотіли би запропонувати імплементувати в нашій країні.

Останній, але теж дуже важливий пункт, котрий забезпечить присутність інноваційних ліків в країні, це все-таки дотримання умов захисту інтелектуальної власності.

І наприкінці я хотів би підтвердити наше бажання та готовність приймати саму активну участь в усіх ініціативах та продовжувати подальшу плідну співпрацю. І також ми гарантуємо можливість забезпечення участі провідних експертів міжнародної фармацевтичної індустрії. Дякую дуже.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Володимир.

Голова підкомітету з клінічних досліджень Європейської Бізнес Асоціації Міхеєв Олексій, "Клінічні випробування в онкології в Україні та світі: реалії та перспективи".

МІХЕЄВ О. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановні колеги, шановні панове, шановні Ольга Вадимівна! Я хочу представити вам дуже стисло матеріали стосовно випробувань в онкології в Україні та в світі, що ми маємо на сьогоднішній день і які перспективи взагалі є у клінічних досліджень в Україні і які проблеми ми маємо і вони мають бути вирішені, я думаю, якщо можливо, в найближчі часи.

Можна наступний слайд, будь ласка. Підкомітет Європейської бізнес-асоціації з питань клінічних досліджень об'єднує в своїх рядах компанії, фармацевтичні компанії, які є розробниками та ініціаторами проведення клінічних досліджень, а також інші організації, які займаються організацією, адмініструванням та можуть бути також спонсорами клінічних досліджень.

Є такий міф, до речі, що клінічні дослідження – це галузь виключно фармацевтичної індустрії. Це неправда. Клінічні дослідження, що ініціюються "Фармою", складають лише 50 відсотків у всьому світі, інші 50 відсотків клінічних досліджень спонсоруються, ініціюються і так далі або державами, державними органами влади, наприклад, Інститутом охорони

здоров'я США фінансується приблизно 10 відсотків клінічних досліджень у світі та інші академічні та неакадемічні дослідницькі лабораторії.

Чому я так детально кажу, тому що Україна практично виключена з другої частини клінічних досліджень з певних на то причин на сьогоднішній день, в тому числі і в онкології. Як казав мій колега, попередній доповідач, впродовж останніх п'яти років завдяки клінічним дослідженням в усьому світі, це не лише клінічні дослідження, які проводились фармацевтичною галуззю, це інші також, було 70 нових лікарських засобів, як показано на слайді, досягли маркетингової авторизації в країнах Північної Америки та в Європейському Союзі. В Україні з тих 70-ти нових лікарських засобів, а це кандидати для так званої спрощеної системи реєстрації, з них на сьогоднішній день в Україні зареєстровано лише один. Тому доступу в пацієнтів, українських пацієнтів до інноваційних лікарських засобів немає. Це міф, що ми лікуємо пацієнтів найсучаснішими методами лікування. Ні і ще раз ні. Лікарські засоби, які застосовуються в Україні, які стандартні, вони були розроблені 30-40-50 років тому. І це правда.

Наступний слайд, будь ласка. На сьогоднішній день, в останні п'ять років, найбільш широкі галузі, де розробляли лікарські засоби, це не галузі, а захворювання – це лімфоми, меланоми, дрібноклітинний рак легенів тощо.

Наступний слайд, будь ласка. На сьогоднішній день найбільша кількість новітніх лікарських засобів, що застосовуються в стандартах лікування онкологічних захворювань – це в першу чергу так звані таргетні лікарські засоби, таргетні ліки. На цьому слайді ви бачите, скільки відсотків, нижня частина – це блакитне, скільки займають клінічні випробування більш 300 так званих таргетних лікарських засобів. Традиційна хіміотерапія, вибачте, цитокіни займають теж приблизно 50-60 відсотків клінічних досліджень і найбільш маленька частина – це радіотерапевтичні методи дослідження. Тобто цей слайд відображає дійсно зростання клінічних досліджень протягом останніх 10 років у онкології, проте найбільша кількість досліджень приходить на так звані таргетні лікарські засоби, доступ до яких наших пацієнтів, пані директор інституту раку підтвердила, немає зовсім. Вони мають доступ лише тільки протягом так званих клінічних досліджень, як правило, яких в Україні мало.

Будь ласка, наступний слайд. Стосовно меланоми. На сьогоднішній день 44 нових препарати для лікування меланоми знаходяться на останніх фазах клінічної розробки, вони ніколи не надійдуть в Україну, до речі. Протягом наступних 10 років наші пацієнти не будуть мати доступ до них.

Далі. На сьогоднішній день світове портфоліо розробок у пізніх стадіях, тобто це кандидати на вихід до маркетингової авторизації складають 589 продуктів. Кількість компаній виробників – 511. Зверніть, будь ласка, увагу на ці 2 цифри, а потім я скажу, що відбувається на сьогоднішній день з клінічними дослідженнями в Україні не тільки з лікуванням, а з клінічними дослідженнями в тому числі.

Будь ласка, наступний слайд. Україна на сьогоднішній день взагалі знаходиться наприкінці. Це є міф, що в Україні проводять клінічні дослідження провідні фармацевтичні компанії. Це не міф – дійсно провідні. Ми виключені від проведення досліджень середніх, маленьких лабораторій, які дійсно надають можливість пацієнтам отримувати не тільки дослідницький продукт, а й отримувати безкоштовно за рахунок таких компаній, як це робиться у всьому світі, найкращу стандартну на сьогоднішній момент терапію.

В Україні на сьогоднішній день лише на 100 тисяч населення є 3 дослідження. В Естонії – 58 досліджень на 100 тисяч населення. У Чехії – 26 досліджень на 100 тисяч населення. Нижче нас є: Індія, Китай і інші, африканські країни взагалі не проводять дослідження, крім інфекційних препаратів.

Далі. А от що відбувалося з дослідженнями в Україні, не тільки з онкологічними. Вони дуже бурно розвивалися. Не так погано все було, але десь у 2007 році, ви бачите, кількість їх знизилася. Чому? Тому що був введений так званий непрямий податок на розміщення клінічних випробувань в Україні. Такого податку немає в Україні на розміщення клінічних випробувань, але вийшло так, що клінічні дослідження стали обкладатися податком десь приблизно 40, 50, 60 відсотків. Так якось вийшло.

У 2014 році ця проблема була частково вирішена Кабінетом Міністрів та Верховною Радою, але вона не вирішена повністю. Україна, Бразилія, Росія, Китай – лише тільки 4 країни у світі, які обкладають наукову гіпотезу податком. Дослідницький продукт, тобто те, що досліджується, це не є лікарським засобом. Це лише гіпотеза – невідомо чи буде вона лікарським засобом, чи не буде. В Україні гіпотеза обкладалася відсотком – 20 відсотків, на сьогоднішній день – 7 відсотків. Але це не дозволяє... Фактично в Україні можуть працювати, в клінічних дослідженнях бути спонсорами лише топ 10 фармацевтичних компаній світу. Для інших проведення досліджень в Україні немає сенсу у зв'язку з непрогнозованістю. Це перша проблема з дослідженнями в Україні. Вона вирішена, але вирішена частково.

Будь ласка, наступний слайд. Зверніть, будь ласка, увагу на дані Державного експертного центру цього року стосовно досліджень в онкології. Пам'ятаєте цифру: 589 продуктів знаходиться у стадії розробки, лише 28 з них є в Україні. А пацієнтам це практично єдиний шлях – клінічні випробування в Україні в онкології стали єдиним шляхом для отримання інноваційних лікувань, і не тільки інноваційних лікувань, а найкращого стандартного лікування, принаймні стандартного лікування.

Будь ласка, наступний слайд. Це кількість пацієнтів, що була включена в Україні в клінічні випробування. У 2014 році – 3 тисячі онкопацієнтів і 80 онкогематологічних пацієнтів, в тому числі педіатричних. У 2016 році кількість їх скоротилася у 2 рази. Тобто в клінічних дослідженнях прийняли участь лише 1 700 пацієнтів з 1 мільйону хворих.

Нам потрібно, перше. Ми звертаємося до спільноти, ми хочемо привнести в Україну клінічні дослідження. Європейська бізнес-асоціація в цьому році прийняла рішення, що цей 2017 рік у нас був роком промоцій України, як місця проведення досліджень.

Там є багато неприємних факторів. Наприклад, ... (нерозб.) українських лікарів, низький індекс цитування українських лікарів і так далі. Ну, не вірять. Як говорилося у фільмі: "Я вам не верю!" Це одне. Повірять, і вже вірять, правда!

Будь ласка, наступний слайд. Проблема у тому, що діюче українське законодавство, Закон України "Про лікарські засоби" в частині клінічних випробувань, стаття 7 була написана 20 років тому, коли ще про міжнародні клінічні дослідження першої, третьої, четвертої фази ніхто ще і не чув. Ця стаття була розроблена для інститутів, академії наук, які начебто розробляли лікарські засоби, і це все. Ця стаття застаріла. Міністерство охорони здоров'я, а також Державний експертний центр в межах цієї статті вдосконалили підзаконні акти дуже добре. Україна вважається серед інших країн Європи країною з найбільш жорсткою системою з точки зору регулювання клінічних досліджень, у тому числі етичної. Це правда. Ми імплементували всі можливі в рамках цієї статті положення Європейської директиви. Наступного року, 2018-го, починається дія європейського акту, регуляційного акту з клінічних випробувань, метою якого є попередження виходу клінічних досліджень з Європейського Союзу. Якщо українські законодавці не відреагують і не удосконалять наше законодавство, не підзаконні акти, стосовно клінічних досліджень, з клінічними дослідженнями в Україні буде ще гірше.

Дякую вам за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую і вам.

Шановні колеги, я дякую вам всім за участь в цьому "круглому столі", він є тільки початком.

Ще пану Ігорю Найді, так, на завершення слово я обіцяла дати.

І я тоді підведу підсумок. Власне, підсумок полягає в тому, що це буде початком нашої спільної роботи. Ви отримаєте резолюцію, отримаєте план дій покроковий. І я дуже сподіваюсь на вашу підтримку. Я дуже сподіваюсь, що протягом наступного року нам всім вдасться досягнути того, щоб наші онкохворі люди мали захист від держави. Це моя особиста мета.

І я потребую вашої допомоги, тому що я розумію, тобто тільки невеликої кількості депутатів в парламенті буде недостатньо, щоб вплинути на Кабінет Міністрів, вплинути на Міністерство охорони здоров'я. І, власне, за вашою підтримки я вірю в те, що нам вдасться це зробити.

Пан Ігор Найда, будь ласка.

НАЙДА І.В. Дякую.

Добрий день! Я дуже коротко. Дякую за можливість сказати декілька слів від вітчизняного фармвиробника.

Я представляю корпорацію "Юрія-Фарм" в даному випадку. І тут був присутній Петро Іванович Багрій, який представляє Асоціацію "Виробники ліків України", це ті виробники, які входять по виробництву сертифікованих за міжнародними стандартами належної виробничої практики.

Ми насамперед стоїмо на тому, щоб була правдива інформація. Бо, на превеликий жаль, на сьогодні та інформація, що ллється з вуст деяких людей стосовно охорони здоров'я, вона стосується і фармацевтики, що все не таке і все не так.

Я смію вас запевнити, що українські фармвиробники, які входять в Асоціацію "Виробники ліків України", їхні препарати представлені в понад 50 країн світу, вони є якісними і є для України значно доступнішими.

Ми запевняємо вас, що при державній підтримці, і це в резолюцію я прошу внести. А що таке державна підтримка? Це не означає, що давайте нам преференції там в порівнянні з кимось іншими, а якраз інвестувати в сферу фармацевтики, яка є галуззю дуже інтенсивною, яка може працювати на те, щоб створювати високоінтелектуальні місця роботи і давати валютну підтримку державі, і давати саме доступні ліки українцям.

І зараз уже працюють виробники над тим, щоб через декілька років Україна побачила, що наші фармвиробники можуть виробляти в тому числі онкопрепарати при онкозахворюваннях. Так, вони будуть відповідати стовідсотково тій якості, якої потребує світ і, повторюся, є доступні.

Крім того, ми також готові працювати над біотехнологіями, і вже працюють, зокрема, "Фармак", де створена потужна база, для того щоб не тільки виробляти ліки, які є токсичними все-таки, хочеш не хочеш, а нові спектри, які є нетоксичними.

І на завершення скажу, що корпорація, яку я представляю, випускає ліки, які здатні мінімізувати ризики тих же самих лікувальних засобів, які використовуються для онкотерапії.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Ігорю. Дякую всім присутнім.

Ще раз прошу пробачення, що ми всім нашим спікерам не надали слова. Це наша організаційна помилка. Всім хотілося сказати якнайбільше, ми не вписувалися в хронологію. Ми заплануємо наступний "круглий стіл", вам буде повідомлено додатково. Власне, будемо вже опрацьовувати резолюцію і будемо рухатися далі.

Ще раз вам дякую. І всім гарного вечора.