

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" у Комітеті з питань охорони здоров'я
на тему: "Цукровий діабет. Міжнародний досвід.
Проблеми та можливості в Україні"

14 червня 2018 року

КИРИЧЕНКО О.М. Дуже дякую всім присутнім. Я член Комітету з питань охорони здоров'я. Мене звуть Кириченко Олексій. Я член Радикальної партії Олега Ляшка. І від імені Комітету з питань охорони здоров'я я дуже радий вітати вас, тут присутніх. Ми чітко розуміємо важливість, актуальність цієї проблеми. Ми знаємо, що у нас існує одна з найбільших епідемій неінфекційної хвороби, яка називається діабет. Ми розуміємо, що колосальні в тому числі матеріальні ресурси, які ми вкладаємо в лікування цієї хвороби, крім того, що вони недостатні, вони не дають нам можливості і достатньої сили впливати на цю проблему. І у ваших виступах, я сподіваюсь, що ви принаймні покажете вектори, на які треба звертати увагу для того, щоб, я розумію, не подолати цю проблему, але принаймні вплинути на перебіг цієї хвороби і на перебіг ускладнень, які виникають внаслідок цієї хвороби.

Я сподіваюсь, що Ольга Богомолець та Микола Тронько з'являться найближчим часом і теж візьмуть участь у нашій нараді.

А зараз я запрошую до слова Нам Чо. Це президент Міжнародної діабетичної федерації, професор, який приїхав до нас з Північної Кореї... Вибачте, будь ласка, з Південної Кореї.

НАМ ЧО. Доброго дня. І дякую за теплий прийом. Як ви бачили з програми, темою моєї доповіді буде тягар діабету і головні вектори боротьби з ним. Так, власне, до цієї боротьби краще застосувати слово "війна", ніж "цунамі". Проблема діабету більш серйозна ніж ми могли подумати. В цій кімнаті сидять люди, лідери, які доклали чимало зусиль для того, щоб справитися з цією проблемою. Але я хотів би представити деякі повідомлення від Міжнародної діабетичної організації. Як ви знаєте, ми організація, яка об'єднує 147 націй. Ми організація, яка займається не тільки лікуванням людей, але й також намаганням зменшити кількість людей, які захворюють.

Ви знаєте, що наразі у світі понад 425 мільйонів людей захворюють на діабет. Також 352 мільйони мають переддіабет і у половини з них розвинеться діабет в найближчі роки. Отже, до 2030 року у всьому світі буде понад 600 мільйонів людей хворих на діабет.

Власне, щороку ми тратимо понад 724 мільярди доларів на боротьбу з діабетом. І власне, понад 80 відсотків людей, які хворі на діабет, проживають у країнах з низьким або з середнім достатком. У понад 70 відсотків хворих, які проживають у країнах з низьким рівнем достатку, хворобу не діагностовано. Це також стосується і України.

Я зустрівся з багатьма представниками в Україні з того часу, як я приїхав, 11 числа. І кожен з них стверджував, що в Україні понад півтора (?) мільйони людей хворих на діабет. Я не вірю цим показникам, я вважаю, що ранні показники понад удвічі більші.

Я вчора побував у Вінниці, і у Вінниці з півмільйонного населення 51 тисяча хворі на діабет. Власне, тому, він вважає, якщо в одному місці масштаби захворювання 10 відсотків, невже в нації може бути масштаб лише 3 відсотки? І тому нагально треба боротись з цією проблемою.

Власне, як визначити мільйони людей, які хворі на діабет, але вдають, що вони не є хворі. Власне, це є вашим завданням, вашим домашнім завданням визначити цих людей.

Власне, другим домашнім завданням буде допомога людям, які вже захворюють, і допомогти їм зупинити розвиток хвороби. У 23 відсотків людей, які захворюють впродовж наступних десяти років, виникнуть проблеми з зором. У людей з першим типом діабету виникнуть хвороби нирок. Власне, це також вплине на розвиток серцево-судинних захворювань, раку, будь-що. Власне, діабет це є матір'ю всіх захворювань.

Які є шанси розвитку діабету в дітей з надлишковою вагою і який ріст захворювань на діабет серед жінок і у всіх верствах населення? Є два головних виклики. Перше – як допомогти тим людям, які вже хворіють на діабет, і друге – запобігти захворюванню в подальшому. Якщо ви цікавитесь моєю точкою зору, як підійти до цього питання, в мене немає панацеї, але ви повинні комбінувати і лікування, і запобігання.

Власне, як з цим боротись? В першу чергу, завдяки освіті. Власне, інформувати населення про цю хворобу, власне, покращити систему охорони здоров'я і систему медичного страхування, яка допомагатиме людям, які хворі на діабет.

Це війна, і 5 мільйонів людей щорічно гинуть від діабету. Яка ще війна в історії людства вбивала 5 мільйонів людей щороку? Яка війна в історії людства коштувала 726 мільярдів доларів щорічно? Жодна. Лише діабет.

Не покладайтесь на уряд, бо це все у ваших руках, ви повинні припинити війну з діабетом.

Якщо у вас є якісь пропозиції щодо того, як Міжнародна діабетична асоціація може допомогти вам у цій боротьбі, я відкритий до ваших звернень.

Дякую вам.

КИРИЧЕНКО О.М. Я очень благодарен за тот уровень внимания, которое вы уделяете Украине. Если можно, сейчас будут выступающие много говорить о тех действиях, которые мы проводим в Украине, но мы имеем определенный опыт борьбы с диабетом. У нас уже работали два, как минимум, государственные программы по борьбе с диабетом. У нас сейчас уже работает программа безкоштовних ліків, которой мы возмещаем стоимость инсулинов и сахароснижающих препаратов нашему населению. Но, к сожалению, у нас есть

определенные сложности в реализации этих программ. И было бы очень интересно, чтобы вы могли каким-либо образом сформулировать опыт других стран, которые имеют хорошие результаты в лечении и профилактике этого заболевания.

А сейчас я приглашаю к слову Очеретенко Валентину Дмитриевну, которая является главой ради Української діабетичної федерації.

ОЧЕРЕТЕНКО В.Д. Доброго дня, шановне зібрання. Нарешті це відбулося, сьогодні до нас повернулися обличчям наші владні структури. Ми мали зустріч з нашим в. о. обов'язки міністра Уляною Супрун. Наразі ми зараз усі, хто має відношення до діабету чи через свою хворобу, чи через хворобу когось, хто у його родині хворіє, чи ті люди, які опікуються, організують діабетичну допомогу, я дуже вдячна усім, хто відгукнувся. Я бачу тут багато знайомих облич. І наразі я хочу розповісти, що маю донести до вас як лідер Українського діабетичного руху. Будь ласка, презентацію.

Наразі нам виповнюється вже 30 років. 30 років ми працюємо задля діабету. Одна крапля, вона створює лише коло на воді. Якщо ми маємо багато крапель, якщо ми їх поєднуємо, то ми можемо й впливати на рішення наших владних структур. Ми можемо боротися з діабетом більш дієво ніж поодиночі. Якщо ми будемо говорити про наші успіхи, про наші злети, це наслідок того, що ми зуміли об'єднати зусилля людей, які переймаються цією проблемою. Якщо ми будемо говорити про ті падіння чи ті негаразди, які зустрічалися нам на нашому шляху, то це наслідок того, що ми не зуміли, не змогли достукатися до наших владних структур, не змогли їм пояснити, наскільки важлива є проблема цукрового діабету.

30 років тому в Харківській області було започатковано Харківське обласне діабетичне товариство. Я прийшла до цієї проблеми через свою доньку, яка мала два рочки, коли вона захворіла на цукровий діабет, і це подія, яка торкнулась не тільки її особисто, не тільки мене як маму цієї дівчинки, але всієї родини.

Саме тому сьогодні тема наступного Всесвітнього дня діабету, ви всі знаєте, що таке Всесвітній день діабету. Наступний слайд, будь ласка. Немає, так немає.

Добре, якщо ми будемо говорити про діабетичний рух в Україні, я не хочу розповідати вам всю історію нашого руху, бо це буде довга і цікава лише для мене історія, бо я цим жила 30 років.

Я хочу почати з того, що вперше в світі, у 2006 році, Генеральна Асамблея ООН прийняла резолюцію, яку ініціювала громадська організація. Це була наша IDF. Я мала щастя бути в той час віце-президентом Міжнародної діабетичної федерації. Наша делегація, яку очолював почесний президент Української діабетичної федерації, віце-президент Академії медичних наук пан Тронько, вона мала у своєму складі ще і нашого видатного народного артиста пана Богдана Бенюка, на жаль, я його не бачу зараз в залі, він мав прийти, і мені

хочеться зараз перерватись і надати слово тим... Продовжувати? Будь ласка, може, щось можна зробити з моєю презентацією?

Саме резолюція ООН, яку було прийнято 20 грудня 2006 року, вона називається Всесвітній день діабету. З цього часу той день, який відзначався в країнах світу, не будучи офіційним днем, ООН було визначено як день ООН. З цього часу ми сфокусувались на іншому пункту цієї декларації, з мого боку, я вважаю, що це найважливіший пункт декларації, а саме: рекомендовано усім країнам світу мати резолюції, мати національні програми "Цукровий діабет".

Я маю мрію. Моя мрія – це зробити, щоб Українська діабетична федерація стала такою потужною як Американська діабетична федерація. Уявіть собі, що через декілька десятків років усі будуть орієнтуватись на настанови, які написані нашими фахівцями. Українська діабетична асоціація дуже потужно буде це імплементувати.

Наступний слайд, будь ласка. Але зараз моя мрія має номер 1а. Це мрія мати Національну програму дій в Україні. Ця програма має бути раціональною програмою. Багато хто каже, програма - то більше грошей, це витрачання грошей на нові якісь плани. З моєї точки зору, програмування, планування - це завжди економічне використання коштів. Ті кошти, які ми маємо, якщо ми будемо добре планувати, вони можуть бути використані у більш ефективний спосіб. Наступний слайд, будь ласка.

Якщо ми говоримо про національні програми в Україні, то я маю сказати, що перша програма була у нас прийнята у 1999 році. Але за 6 років до того ми мали міську програму у місті Харкові, харківська міська програма "Цукровий діабет". Вона мала майже всі ті пункти, які ми маємо наразі. У 1999 році вперше ми відмічали в Києві в "Українському домі" Всесвітній день діабету. І до нас завітала президент Міжнародної діабетичної федерації Марія де Альва з Мексики. І співпало так, що саме в ці дні було підписано Президентом Указ про Національну програму.

Наступна програма більш прогресивна, вона дала більше результатів. Працювала з 2009 року. Але наразі, коли в 2013 році було прийнято Концепцію третього видання Національної програми, ми не змогли її затвердити через події, які перевернули нашу країну, завадили тому. Але в будь-якому випадку я вважаю, що така програма конче потрібна (наступний слайд, будь ласка), тому що сьогодні в Україні ми маємо демографічну дуже складну ситуацію. І діабет вкладає великий свій відсоток у ці цифри. Сьогодні ми знаємо, що у світі смертність, яка раніше вважалася, що тільки 3 відсотки людей помирають від діабету, сьогодні вважається, що діабет і діабет плюс супутні хвороби, кардіоваскулярні і інші важкі ускладнення діабету, і діабет плюс туберкульоз - це 12 відсотків усіх смертей у світі кожного року. Наступний слайд, будь ласка. Ще наступний. Тому що я не мала слайдів, а зараз вони з'явилися, я трішечки з порядку збилася.

Але ми знаємо, що 156 країн світу мають національні програми з діабету. Це 86 відсотків усіх країн світу. Минулого року ще 2 країни отримали програми,

це Австрія і це Молдова. І я маю сказати, що ті країни, що мають національні програми, вони мають більше успіху в імплементації зусиль, щоб подолати діабет. І саме наявність програми допомагає використовувати усі інструменти, що є в країні, належним чином. Наступний слайд.

Я хочу звернути вашу увагу на настанови, на які я посилалася, Американської діабетичної федерації. Там багато того, що ми вже знаємо і ми вкладали в наші програми, але є пункти, на які я хочу звернути вашу увагу, а саме: підвищення рівня здоров'я і зменшення розбіжностей по регіонах. Такого пункту ми ніколи не мали, і це перший пункт настанов Американської діабетичної асоціації. Наступний слайд, будь ласка.

Третім слайдом ми маємо комплексний аналіз медичної допомоги та оцінка впливу коморбідних станів на діабет. Такого також немає в нашому старому і в нашому запланованому плані дій з діабету.

Наступний слайд, будь ласка. Також менеджмент чи керування способом життя. Такого також пункту немає в нашій програмі, але це, мабуть, найважливіше.

Наступний слайд, будь ласка. Мене дуже вразило те, що окремим пунктом ми маємо людину похилого віку з діабетом, бо це наразі в Штатах майже 30 відсотків людей, які мають понад 65 років, хворі на цукровий діабет. Це майбутнє України. В нас зараз не дуже багато людей похилого віку, але вони будуть старішати і вони будуть хворіти на діабет.

Наступний слайд, будь ласка. Ще один пункт, якого немає в нашій програмі і ніколи не було. Це захист прав людей з діабетом, тих, хто кожного дня біжить марафон, який немає фінішу, кожного дня без канікул, без вихідних, без виключення на сон, має пильнувати свій діабет. І саме діабетичні організації мають захищати права цих людей.

Наступний слайд, будь ласка. Ще наступний. Він не просто пустий, бо друга моя мрія – це моя особиста мрія. Я сподіваюсь, я мрію дожити до того часу, коли технології допоможуть відновлювати ампутовані кінцівки, і моя донька побіжить по дорозі так, що начебто з нею нічого не сталося і що вона знову повна сил.

І остання моя мрія, мабуть, найважливіша мрія, мрія кожної людини у світі, що має діабет - світ без діабету. Це "vision" Міжнародної діабетичної федерації, те, на що докладають зусилля найрозвинутіші організації, найпередовіші вчені у всьому світі. Я сподіваюсь, що буде такий час, коли наші вчені, наші науковці також зможуть внести свою лепту в те, щоб у світі не було діабету.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую вам за не просто доповідь, за ваш біль. І дуже б я хотіла, щоб ні наші діти, ні наші дорослі не помирили від наслідків цукрового діабету. Так, ми не можемо вплинути, часом, на його появу в певній мірі, але ми

можемо вплинути на те, щоб не було ускладнень, і щоб наші діти та наші дорослі не гинули від наслідків цукрового діабету.

Хочу продовжити нашу з вами зустріч з того, що хочу всіх медичних працівників, які є зараз в цій залі, привітати з нашим професійним святом.

(Оплески)

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. День медика – це день людини, яка служить своїм життям людям, яка не шкодує свого часу, яка часом залишає свої потреби, свою родину для того, щоб врятувати чийсь життя. За останні роки війни ми втратили майже 100 медичних працівників, які, рятуючи життя інших, загинули на передовій. І саме в цей день я хочу сказати всім присутнім в цій залі. А можна попросити, щоб медичні працівники підняли руки, щоб розуміти, скільки вас тут є? Медичні працівники! О! Чудово! А не медичні? Ну тим паче мені надзвичайно приємно і надзвичайно важливо сказати вам слова підтримки.

Я чітко усвідомлюю, що теперішній час в нашій державі – це час надскладних випробувань. У нас не тільки війна на фронті. У нас зараз іде війна проти корупції, інколи війна за здоровий глузд. І я вважаю, що сьогодні, і цього не приховую, наша держава і наша влада не ставиться відповідно гідно і не підтримує медиків, тому що заробітна платня, яку сьогодні отримують українські лікарі, мінімальна - 3 тисячі 200 гривень, яка дорівнює зарплаті санітарки і зарплаті медсестри.

І шануючи роботу і медсестер, і санітарок, я хочу сказати, що для лікаря мати таку саму зарплату це приниження його людської, професійної, моральної, етичної гідності. І те, що Кабінет Міністрів не йде і не виконує ні доручення Комітету з питань охорони здоров'я, не звертає увагу на сто тисяч підписів, які передані в Кабінет Міністрів профспілками, це означає неповагу до медичної спільноти. А це означає неповагу до пацієнтів, яких лікують сьогодні лікарі, тому що вижити на заплату в 3 тисячі 200 гривень нереально і неможливо. На ці гроші можна тільки не померти. І то складно не померти, якщо ти не захворів, а лікувати свою родину, виховувати своїх дітей, допомагати своїм батькам на цю зарплату неможливо. Тому держава і влада, Кабінет Міністрів таким чином спонукає лікарів і медиків до побутової корупції, шукати шляхи, яким чином можна заробити ще більше грошей.

Відсутність державних програм, які би підтримували хворих з онкологією, а сьогодні держава фінансує лише 30 відсотків хворих на онкологію, лише 27 відсотків хворих на серцево-судинні хвороби. Так само недоглянутими є і хворі на цукровий діабет, для яких відсутність лікування, відсутність саме тих ліків, які їм потрібні, і ті ліки, які дають результат, а не ті ліки, які є просто в переліку, які хтось туди поставив з якоїсь певної причини, незважаючи і не звертаючи увагу на реальні потреби людей, це є абсолютно негідне, недостойне поведіння влади по відношенню до свого народу.

І я особисто обіцяю вам, що рішення і Резолюція цього "круглого столу", і прошу всіх вас, я знаю, які у вас є проблеми, отримую від вас листи, прошу вас, коли ви завершуєте вашу доповідь, чітко зазначати, що дані слова вашої заяви ви просите внести в Резолюцію "круглого столу". І ця Резолюція піде на стіл Прем'єр-міністра України. І ми будемо вимагати виконання і захисту прав українських громадян, які мають право відповідно до нашої Конституції, мають право відповідно до наших законів бути захищеними для того, щоб вони могли служити нашій державі і нашій країні, бути громадянами.

Тому я вітаю всіх моїх колег з Днем медичного працівника. Хочу сказати, що в той час, як у Білорусії зарплата лікаря стартує від 300 доларів і до 1000 доларів, сьогодні в тій Росії, з якою ми воюємо, зарплата лікаря стартує від 2 тисяч доларів. І я не дивуюсь, що за останні декілька років понад 60 тисяч наших колег з вами виїхали з нашої країни. І я категорично не підтримую таку політику і таку поведінку держави по відношенню до медиків і по відношенню до пацієнтів. Цей "круглий стіл" є інструментом для того, щоб ми з вами разом, спільно могли впливати на владу, яка поки що не опікується в повній мірі інтересами і здоров'ям пацієнтів з цукровим діабетом і пацієнтів з іншими ендокринними порушеннями.

Тому я дякую всім ініціаторам цього "круглого столу", дякую вам, дякую всім громадським рухам, які борються за життя своїх близьких людей. І хочу подякувати пану Нам Чо, президенту Міжнародної діабетичної федерації, професору, Південна Корея, за те, що він приїхав підтримати і захистити інтереси пацієнтів, інтереси медичної спільноти.

І я дуже сподіваюсь, що Міністерство охорони здоров'я в особі виконуючої, тимчасово виконуючої обов'язки міністра почує і буде виконувати рішення "круглого столу", які є не політичними, які просто захищають життя і здоров'я українських громадян.

Дякую всім вам. І зараз надаю слово Миколі Дмитровичу Троньку, віце-президенту Національної академії медичних наук України, директору Інституту ендокринології та обміну речовин імені академіка Комісаренка Національної академії медичних наук України.

І оскільки не буду брати більше слова, ще раз хочу сказати. Для мене надважливо, що всі ваші слова, зауваження мають бути внесені в Резолюцію "круглого столу". І я, на жаль, буду змушена знову залишити вас, тому що зараз маю вилетіти на полігон нашого Міністерства внутрішніх справ для презентації тренінгового центру парамедиків, рятувальників, пожежників послам G-7. Але мій колега Олексій Кириченко є чудовим фахівцем, і я впевнена, що разом з Миколою Дмитровичем результат цього "круглого столу" буде професійним і далі буде "руководством к действию", керівництвом до виконання для виконавчої влади.

Миколо Дмитровичу, вам слово.

ТРОНЬКО М.Д. Шановні колеги! Ну, перш ніж я зупинюсь на тих нагальних питаннях, які ми винесли на порядок денний, я хотів би щиро подякувати і від себе, і від усіх вас, що все-таки керівництво комітету, народні депутати, які тут присутні, винесли на порядок денний це надзвичайно серйозне питання. Тим паче, вже Ольга Вадимівна сказала, що на нашому засіданні присутній президент Міжнародної федерації діабету, професор Нам Чо із Південної Кореї.

Шановні колеги, сьогодні вже я так почув Валентину Дмитрівну, яка тільки що виступала з таким вступним словом, я думаю, що кожен з нас, який тут присутній, безперечно погодиться з тим, що проблема цукрового діабету є одним з пріоритетних питань для національної системи охорони здоров'я, і виключенням не є і наша держава.

Про те, що я сказав, і ті дані, які були наведені, я тут слайди також підготував, але не хотів, щоб вони повторювались, щоб не втрачати той час. Єдине, що мені хотілось би сказати, що зараз понад 400 мільйонів хворих на цукровий діабет у світі, очікуємо в 2045 році ще на 240 мільйонів більше. А якщо вважати, що сьогодні півмільярда, 500 мільйонів пацієнтів з порушеною толерантністю до глюкози, то практично кожен дев'ятий мешканець нашої Землі має порушену інкреторну функцію підшлункової залози. І найголовніше, і не тільки тому, що зростає кількість хворих на цукровий діабет в світі, а й тому, що це обумовлено серйозними ушкодженнями, серйозними ускладненнями, які виникають при цукровому діабеті, а це викликає інвалідність і передчасну смерть.

Шановні колеги, мабуть, в цілому, щоб ми не втрачали час, я хотів би підтримати те, що сказала Ольга Вадимівна, що ми дійсно повинні провести наше засідання дуже конструктивно, і щоб Резолюція була дійсно тією базою, яка б додала нам конкретні кроки, що ми повинні робити найближчим часом і більш віддалено.

Перша проблема була, є і, на превеликий жаль, залишається, і цією проблемою ми повинні займатись – це виявлення цукрового діабету. Ми знаємо, що сьогодні в Україні десь мільйон 260-270 тисяч, але, на превеликий жаль, ми зараз не маємо дуже коректну статистику, тому що, ви знаєте, анексія Криму і війна на Сході ці цифри трошки змінили. Але виявлення цукрового діабету говорить про те, що кількість хворих на цукровий діабет зростає.

Друге питання, яке ми повинні розв'язати – це виявлення ускладнень цукрового діабету. Ми акценти повинні перенести, але якщо відносно виявлення цукрового діабету 1-го типу тут питань немає, то відносно 2-го типу зараз світова діабетологія про це якраз і говорить, про те, щоб на ранніх етапах ми могли виявляти діабет 2-го типу, щоб профілакувати ті чи інші ускладнення, особливо на ранніх етапах.

Відносно ускладнень. Ольго Вадимівно, ви тут присутні і ми всі тут присутні, неодноразово ми говорили, що самі спеціалісти-ендокринологи, діабетологи, і те, що ми зробили відповідний крок у реформуванні відносно

сімейної медицини, ми повинні мати чітку систему виявлення ускладнень цукрового діабету, а це серцево-судинна патологія. Вже сьогодні було сказано, показаний слайд, ви знаєте, від кардіоваскулярної патології удвічі-втричі більше зростає кількість інсультів церебральних і інфарктів міокарду, діабетична стопа, нефропатія, ретинопатія. Це надзвичайно велика питома вага тих пацієнтів, які потребують профілактики і, звичайно, адекватного лікування.

На превеликий жаль, коли ми подивимось нашу статистику, то в нас виявлення всіх тих ускладнень, про які я зараз говорю, значно менше, чим в цивілізованих країнах. Це говорить про інше, не тому, що ми так добре профілактуємо або лікуємо, ми невчасно виявляємо ці ускладнення. Більше того, я хочу сказати, що це дані Всесвітньої організації здоров'я про те, що з діабетом 2-го типу, коли ми ставимо діагноз, і це проблема не лише наша, це і цивілізованих країн, вже є ускладнення.

Третє питання. Треба чесно і відверто сказати, держава зробила певні позитивні кроки відносно надання допомоги хворим на цукровий діабет. Ви знаєте, в 1999 році була створена перша державна програма про цукровий діабет. Зараз в Україні працюють вітчизняні заводи, які створюють наші вітчизняні високоякісні, я підкреслюю, високоякісні інсуліни, цукрознижуючі препарати. Таким чином, в арсеналі нашого лікаря є і імпорتنі препарати, є і вітчизняні, але тут є єдине питання, яке ми повинні загострити, ми зараз проводимо велике клініко-епідеміологічне дослідження відносно стану і контролю, глікемічного контролю у цих хворих.

На превеликий жаль, якщо в попередні роки в нас ця цифра сягала в цілому по Україні десь 22-23 відсотки, то зараз ці попередні дані, які ми маємо, вони значно менші, десь 15-16 відсотків. Не будемо профілактувати, не будемо мати компенсацію цукрового діабету, ті ускладнення, про які ми говоримо, вони будуть зростати, а це єдиний, може, не єдиний, а визначальний критерій профілактики цукрового діабету.

Четверте питання, яке я хотів підняти тут. Вчора ми були з президентом Міжнародної федерації у виконуючої обов'язки міністра пані Супрун, ми деякі питання обговорили, я потім вам більш детально про це скажу. Це відносно надання нашим хворим на цукровий діабет, щоб ми могли аналізувати. Ми з вами не маємо матеріалу для аналітичної роботи.

Я розумію, що весь реєстр цукрового діабету зробити надзвичайно важко і може в цьому немає потреби, але навіть той реєстр, який ми маємо сьогодні, оперативний реєстр, відносно закупівлі інсуліну, цукрознижуючих препаратів, але кожен лікар-ендокринолог при певних умовах, обласний ендокринолог, науково-дослідні інститути повинні мати доступ до цієї інформації для того, щоб зробити, як ми з вами лікуємо, зробити дійсно постійний моніторинг діагностики лікування цих хворих.

Позитивним кроком я вважаю реімбурсацію, яка зроблена, хоча вона, чесно кажучи, потребує деяких удосконалень.

Я думаю, що ми повинні коло цих питань обговорити з вами і дійсно винести в цю Резолюцію, для того щоб у майбутньому в найближчий час подивитися, як вони виконуються.

Шановні колеги! Вчора ми були з президентом Міжнародної федерації. Я вже про це сказав. І ми, Президія Академії медичних наук, разом з громадськими організаціями плануємо в наступному році провести велику Всеукраїнську науково-практичну конференцію, присвячену проблемам цукрового діабету в Україні і шляхам їх вирішення. Я думаю, що от та Резолюція, яка сьогодні буде вироблена, вона ляже в основу майбутньої нашої конференції. Це ми повинні зробити, тому що одне діло – говорити, ну у нас інколи, знаєте, розповідають, що ми робимо з вами, а я б хотів, щоб ми дивились на всі проблеми через призму зробленого. Ось через призму зробленого. Те, що ми повинні робити, це дуже правильно, це треба, але найголовніше – це треба досягти тієї мети, до якої ми намагаємось пройти. Великий шлях нам треба пройти. Але ми повинні вибрати найбільш оптимальний, щоб дійсно реально ми могли би кардинально поліпшити медичну допомогу нашим хворим на цукровий діабет в Україні.

Я абсолютно впевнений у тому, що ми таку Резолюцію разом з вами, з Міжнародною федерацією діабету виробимо, і разом з нашими громадськими організаціями.

Спасибі.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую, Миколо Дмитровичу.

Я вважаю, що дуже важливо, що ви приєдналися до нас, а зараз я запрошую до слова Кондрацьку Ірину Миколаївну. Це експерт МОЗ України за напрямком "Ендокринологія, дитяча ендокринологія".

КОНДРАЦЬКА І.М. Доброго дня, шановні колеги! Шановний головуючий! Вельмишановні колеги! У мене сьогодні подвійна місія, оскільки я трішки озвучу офіційну інформацію від Міністерства охорони здоров'я і трішки інформацію щодо ендокринологічної служби від лікарів-ендокринологів.

Отже, забезпечення хворих на цукровий діабет необхідними лікарськими засобами та медичними виробами здійснюється за рахунок державного, місцевих бюджетів та інших джерел, не заборонених законодавством. На сьогодні Міністерство охорони здоров'я України спільно з міжнародними та вітчизняними фахівцями розробило ряд основоположних нормативно-правових актів, які започатковують структурні зміни системи охорони здоров'я, зокрема Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", який дає можливість запровадити новий ефективний механізм фінансування галузі охорони здоров'я через оплату наданих пацієнтам медичних послуг у межах гарантованого державного рівня за принципом "гроші ходять за пацієнтом".

З метою безперебійного забезпечення хворих на цукровий діабет 1-го та 2-го типу необхідними препаратами інсуліну та цукрознижуючими препаратами

Міністерство охорони здоров'я з 1 січня 2017 року запровадило на усій території України пілотний проект системи відшкодування вартості препаратів інсуліну через аптечну мережу, що фінансується в рамках цільової субвенції для лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, та з 1 квітня 2017 року програму "Доступні ліки", та пропоную продовжити реалізацію зазначеного пілотного проекту.

Я хочу, щоб саме це внесли в Резолюцію "круглого столу", що пропонується продовжити реалізацію пілотного проекту щодо реімбурсації препаратів інсуліну.

Впровадження системи відшкодування вартості препаратів інсуліну дає змогу в першу чергу забезпечити безперебійний доступ хворих на цукровий діабет до життєво необхідних препаратів інсуліну та запровадити в Україні систему реімбурсації, яка ефективно використовується в провідних європейських країнах.

За інформацією від адміністратора Реєстру, оскільки програма реімбурсації не могла працювати без Реєстру пацієнтів, які потребують інсулінотерапії, був запроваджений Реєстр пацієнтів, і за інформацією від адміністратора Реєстру станом на 31 травня до Реєстру підключено користувачів першого, другого та третього рівнів в усіх регіонах України. Тобто всі 25 адміністративно-територіальних одиниць працюють в системі реімбурсації препаратів інсуліну.

У поточному році в Україні 161 тисяча 691 пацієнт отримали препарати інсуліну в аптечних закладах за рецептами. Заявлено трошки більше пацієнтів. Тобто у нас різниця між заявленими пацієнтами і фактичними пацієнтами, які прийшли до аптечних мереж, становить трошки більше 56 тисяч хворих.

Крім того, на доручення Міністерства охорони здоров'я в 2016 році структурними підрозділами з питань охорони здоров'я обласних та Київської міської державних адміністрацій були розроблені та подані на затвердження до обласних, міських державних адміністрацій комплексні регіональні програми та заходи щодо діагностики лікування, зокрема заходи щодо контролю ендокринологічних захворювань, у тому числі цукрового діабету. Нині в ряді областей вже діють регіональні програми та заходи, які передбачають додаткові заходи за рахунок обласних і місцевих бюджетів для забезпечення якісної медичної допомоги хворим на цукровий діабет.

Відповідно до пункту 8 Постанови Кабінету Міністрів України від 23.01.2015 року № 11 "Деякі питання надання медичної субвенції з державного бюджету місцевим бюджетам" у разі потреби відповідні місцеві ради мають право здійснювати розподіл цільових видатків на лікування хворих на цукровий та нецукровий діабет, які передбачені в обласних бюджетах, між місцевими бюджетами адміністративно-територіальних одиниць відповідної області та мають право додатково понад обсяги медичної субвенції планувати та здійснювати з місцевих бюджетів оплату поточних видатків закладів охорони здоров'я та програм у сфері охорони здоров'я.

Окрім того, питання надання якісного медичної допомоги хворих на цукровий діабет було та залишається пріоритетним напрямком діяльності Міністерства охорони здоров'я України, тому міністерство і надалі вживає заходів щодо державної підтримки цієї категорії хворих шляхом здійснення централізованих заходів, зокрема закупівлі витратних матеріалів для визначення рівня глюкози в крові, та заходів щодо зміни системи забезпечення населення необхідними лікарськими засобами.

І хочу сказати вже від ендокринологічної служби, що я вважаю, що запровадження системи реімбурсації препаратів інсуліну – це найуспішніший реформаторський проект не тільки в медицині, але в Україні загалом. Безумовно, багато є бажаних його прикрити. І нам, я думаю, хто працює давно, відключали і Реєстр пацієнтів, тому що ви бачите, що дуже багато мертвих душ, і зараз намагаються прикрити систему реімбурсації – повернутися назад, на тендерну закупівлю інсулінів. А я думаю, що тут присутні пацієнтські організації цього не дадуть зробити.

Ще хочу акцентувати на чому увагу, шановні пацієнтські організації і лікарі, обласні ендокринологи! Я думаю, що зараз потрібно звертати увагу на навчання пацієнтів з цукровим діабетом, донесення інформації, що компенсація це є важливо, відкриття шкіл для пацієнтів на ланці амбулаторної допомоги, а не в стаціонарах, тому що це є більш ефективним, і відкриття кабінетів профілактики та діагностики діабетичної периферичної нейропатії, тобто кабінетів діабетичної стопи, тому що, на жаль, ми маємо дуже багато ампутацій. Я думаю, що ви всі чудово розумієте, що в нас статистика офіційна збирає тільки високі ампутації, а малі ампутації - ніхто про це нічого не знає. Це дуже важливо для наших пацієнтів.

І я хочу подякувати всім лікарям-ендокринологам, які долучились до цього проекту, які ефективно працюють, і сподіваюсь, що ми дуже плідно далі будемо працювати разом.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую за доповідь. Якщо можна, я на правах головуючого задам запитання, яке я не почув у вашій доповіді.

Шановна Ірино Миколаївно, ви тільки що сказали, що в нас є 56 тисяч хворих - це розрив між заявленими та реальними пацієнтами. З моєї точки зору, це абсолютно прямо кореспондується з тим тезисом, про який говорив Микола Дмитрович, що в нас немає Реєстру пацієнтів з цукровим діабетом. Скажіть будь ласка, а що саме міністерство робить для того, щоб в нас з'явився, а він з'явився, і працював цей реєстр?

КОНДРАЦЬКА І.М. По-перше, Реєстр пацієнтів, які отримують інсулін як 1-го, так і 2-го типу цукрового діабету, він існує, і він працює. І саме за даними цього реєстру ми маємо таку інформацію. Це єдиний реєстр в Україні пацієнтів, який має офіційні підтверджуючі документи, на сьогодні це єдиний реєстр.

Щодо пацієнтів 2-го типу цукрового діабету. На сьогодні є накази, які передають цю категорію пацієнтів на первинну ланку, тобто сімейним лікарям. Наскільки я знаю, сьогодні формується система "eHealth", яка буде працювати, і будуть робити реєстр пацієнтів хворих саме цукровим діабетом 2-го типу, які знаходяться на таблетованій терапії.

ТРОНЬКО М.Д. Щоб у нас були не монологи, а все-таки якась дискусія, щоб ми винесли те, заради чого ми сьогодні з вами зібрались. Це я хочу для себе також вивчити.

Є оперативний реєстр для закупівлі інсулінів. Відносно 2-го типу, ми знаємо, що тактика і стратегія відносно 2-го типу дещо змінилась, і ми про це вже говорили неодноразово. Десь 30 відсотків у цивілізованих країнах з діабетом 2-го типу також знаходяться на інсуліні. І ми повинні це врахувати.

Я розумію, чому народний депутат задав це питання, тому що до мене звертались з Міністерства охорони здоров'я та з інших інстанцій, що в реєстрі є якась невідповідність між кількістю хворих на цукровий діабет і кількістю інсулінів, які випускаються, не співпадають. Я на знаю цього. Може, ви краще орієнтуєтесь у цьому. Може, вони помиляються. Ну там тисячі. Там, розумієте, такі цифри, які мені говорили, я не знаю про це, але це є таке питання, стоїть воно.

Ну і відносно, так щоб я вже не задавав його, відносно 2-го типу. Ми повинні дійсно лікувати другий 2-й тип, ви розумієте це. І ми, на превеликий жаль, коли аналізуємо цей глікемічний контроль, ми повинні задавати питання одне. Сьогодні держава по великому рахунку дала все-таки великий арсенал діабетичних препаратів для лікування цукрового діабету. А відносно глікемічного контролю ми скажемо, який він у нас. Ну 15-20 відсотків. Це невелика кількість. І перш за все одна причина – те, що ми невчасно надаємо, змінюємо цукрознижуючу терапію для цих кроків. Ви ж знаєте в багатьох випадках, коли ми запізнюємося давати цим хворим і переводити їх також на інсулін. Оце треба врахувати, а для держави ж треба рахувати гроші.

Я перепрошую. Будь ласка.

КОНДРАЦЬКА І.М. Так, дякую, Миколо Дмитровичу. Дуже актуальне запитання, особливо щодо компенсації пацієнтам з цукровим діабетом. Щодо розходження кількості – такого немає. Реєстр кількості пацієнтів – так. Але ті, які отримували інсулін, - ні. От скільки прийшло пацієнтів в аптеку, стільки вони інсуліну й отримали. Просто кількість зареєстрованих і поданих хворих, що начебто вони отримують, їх більше, але їм рецепти не виписують. В цьому і позитив цієї системи, що рахуються тільки ті хворі, які доходять до аптечної мережі. Тобто фактичні хворі.

Щодо того, в світі дійсно цукровий діабет 2-го типу – це приблизно 30 відсотків отримує інсулінотерапію. В Україні, на жаль, є клінічна інерція лікарів, і у нас від 11 до 15 відсотків пацієнтів отримують інсулінотерапію з 2-м

типом діабету. Про що це свідчить? Про те, що більшість пацієнтів, на жаль, отримують неадекватну цукрознижуючу терапію. Отут вже потрібно працювати, я думаю, з лікарями для того, щоб інтенсифікувати не тільки таблетовану цукрознижуючу терапію, але і вчасно призначати пацієнтам інсулін і не боятися цього.

КИРИЧЕНКО О.М. Я щиро дякую. Вибачте, будь ласка, за прискіпливість, але я хочу скористатися можливістю, яка у нас є. Шановний Нам Чо, яка ваша позиція з приводу створення реєстрів, які накривають таку велику територію? 42 мільйони українців живе зараз в Україні. Чи знаєте ви у світі дієві механізми реєстрів пацієнтів з цукровим діабетом на такій кількості населення?

НАМ ЧО. Створити такий реєстр є можливим, але він коштуватиме дуже багато грошей, тому вам потрібно запитати себе, власне, для чого вам потрібний цей реєстр і що він вам може дати. Він є корисним, але система, яка може врахувати всіх пацієнтів, це неможливо. В нас для цього є універсальна система медичного страхування, але, власне, створити такий точний реєстр можна, якщо є загальнонаціональна система медичного страхування. Власне, в Кореї перед тим, як створити загальну систему, ми почали з окремих міст або окремих регіонів. Тому ефективніше почати з окремих місць. Наприклад, як з того міста, яке ми вчора відвідали, у них був дуже точний реєстр.

КИРИЧЕНКО О.М. Thank you very much.

А зараз я запрошую до слова Соколову Любов Костянтинівну. Це керівник відділу діабетології Інституту ендокринології та обміну речовин імені В.П. Комісаренка.

СОКОЛОВА Л.Б. Шановні колеги, добрий день! Використовуючи таку нагоду поспілкуватися з провідними ендокринологами нашої країни, коли я готувалася до цього виступу, я думала, а що ж сказати про надання ендокринологічної допомоги хворим з цукровим діабетом? І до якого висновку я прийшла?

Я спробую за відведені мені 5-10 хвилин окреслити, на мій погляд, найважливіші напрямки, які потрібно виконувати, в яких ми повинні працювати. Бо, знову ж, на мій погляд, основним успіхом в лікуванні хворих на цукровий діабет буде послідовність нашої роботи, тобто від скринінгу пацієнта, особливо пацієнтів, які мають фактори ризику розвитку цукрового діабету, в тому числі діти, які мають фактори ризику розвитку цукрового діабету. Це ми повинні робити, однак це не тільки робота ендокринологів. Це робота на даний час сімейних лікарів, лікарів, які працюють на первинній ланці надання медичної допомоги. Тобто якщо ми не будемо співпрацювати з ними більш тісно, то ми не досягнемо успіху у виявленні хворих. Як казав професор Нам Чо, і в світі, і в Україні половина хворих не знає про те, що вони хворіють цукровим діабетом. І

коли ми виявляємо їх, ми виявляємо їх вже з ускладненнями. Тому ця ланка вкрай, на мій погляд, важлива для того, щоб запобігти розвитку і виявити хворих на ранніх стадіях захворювання.

Чи ведеться така робота в Україні? На мій погляд, вона започаткована, започаткована в співпраці з приватним, скажемо так, партнерством. І я сподіваюся, що ми будемо мати результати таких скринінгових програм, які зараз проводяться в різних регіонах України.

Ми повинні пам'ятати також про те, що значній частці захворювань на діабет, як не дивно це виглядає, можна запобігти. Яким чином? Ми повинні створити умови для мотивації населення щодо ведення здорового способу життя. На жаль, я бачу тут бейджик професора Швеця Олега Віталійовича, який займається дієтологією в Україні, його немає, на жаль.

Однак я вважаю, що ми повинні не тільки так отут, кулуарно, поспілкуватися про це, а включити в освітні програми навіть середніх вищих навчальних закладів. Інформування щодо заходів профілактики розвитку цукрового діабету проводити на державному і регіональних рівнях через засобами масової інформації. І тут я вважаю, що нам може допомогти і держава і уряд так, щоб ці заходи були дієвими.

Через засоби масової інформації пропагувати здоровий спосіб життя. Повинна бути соціальна реклама. Є така соціальна реклама з приводу інших неінфекційних хронічних захворювань, вона є навіть там в місцях загального користування: в поїздах, в літаках. Повинна бути така і з приводу цукрового діабету обов'язково. Бо діабет, особливо другого типу, йому можливо запобігти, але треба знати, що треба робити. Населення це повинно робити!

Діабет піддається лікуванню, тому необхідно забезпечити послідовність у роботі усіх ланок надання медичної допомоги: первинної, вторинної і третинної ланки. Ми всі працюємо і ми всі знаємо, як працювати на своїй ланці. Але переходу з однієї ланки на іншу такого поступового й дієвого, на мій погляд, у нас немає. Тому я як представник високоспеціалізованого закладу бачу хворих вже з хронічними ускладненнями, коли ми вже, на жаль, не можемо дієво хворому допомогти, бо "маховик уже запустили" і повернути назад лікування хворого неможливо. Тому потрібно, щоб на первинній і на вторинній ланці ми працювали на одному полі.

Як це зробити? У нас є зараз дозвіл Міністерства охорони здоров'я використовувати будь-які протоколи з лікування, не будь-які, а міжнародні протоколи з лікування хворих з різних патологій, зокрема з цукрового діабету. На мій погляд, вони теж повинні бути уніфіковані і наближені до реалій нашої країни.

Як це зробити? Взяти міжнародні протоколи: Американської діабетичної асоціації, Європейської асоціації по вивченню цукрового діабету, вони є – перекласти їх державною мовою. Затвердити в МОЗ чи в локальній установі, чи в Академії наук, в цьому органі, який має владу. І цих протоколів притримуватися на всіх ланках надання медичної допомоги хворим на цукровий

діабет, щоб не вийшло так, як "лебідь, рак і щука": кожен лікує щось своє. А хворий то один, тому його потрібно лікувати поступово, правильно, згідно протоколів, які ми маємо прийняти за єдиний протокол в нашій державі.

Що ще, на мій погляд, актуально? Цукровий діабет – це коморбідне захворювання. Один ендокринолог не в змозі використати всі свої знання і вміння для лікування хворого з хронічним ускладненням. Тому ми повинні працювати дуже тісно, дуже плідно з лікарями інших спеціальностей: з кардіологами, з неврологами. Тут нам можуть допомогти знову ж розробка єдиних проколів з різних ускладнень, конференції, на яких ми будемо обмінюватись досвідом лікування. Тобто якщо ми будемо відокремлені, то успіху нам не досягти.

Що зроблено, на мій погляд, дуже прогресивного, як Ірина Миколаївна сказала, реформаторського. Це реформування системи забезпечення препаратами інсуліну. Так, ми чуємо з регіонів різні відгуки щодо роботи цієї програми. Але ми повинні розуміти, що це вірний крок, вірний шлях. Хай це буде перший крок, але шлях цей вірний. Абсолютно я вам дякую за підказку.

Це перший крок, але ми розуміємо, коли ми ідемо. Якщо ми не будемо нікуди іти, ми нікуди і не прийдемо! Тому треба працювати, треба наробляти свій досвід для того, щоб виправляти ті помилки. Вони обов'язково будуть, бо не може бути зразу щось таке ідеальне. Але з чогось потрібно починати. І, на мій погляд, це програма дуже і дуже корисна і для лікарів, і для пацієнтів, і загалом для держави також. Бо вона, на мій погляд, зможе якось окреслити ті кошти, які виділялись на препарати інсуліну.

Працює програма "Доступні ліки". На мій погляд, вона потребує вдосконалення детального дуже для пацієнтів, які хворіють на цукровий діабет, і тих, які мають додаткові ускладнення, наприклад, кардіологічні. Бо, на мій погляд, ті препарати, які там є, не зовсім відповідають сучасному рівню надання медичної допомоги в світі. А ми ж прагнемо до Європи, тобто ми повинні якось формувати таким чином цю програму "Доступні ліки", щоб там були сучасні препарати, а не ті, які використовувались в 90-х роках, так, минулого століття, навіть минулого тисячоліття.

Ще одна проблема, яку, я думаю, ми повинні тут обговорити, що забезпечення хворих на цукровий діабет послугами охорони здоров'я можливий тільки при належному рівні фінансування. Знову ж приєднуюсь до мудрих слів професора Нам Чо, що це фінансування можливе тільки, коли буде державне страхування. Бо по-іншому ми не зможемо потягти весь той тягар економічний, який потребує хворий на цукровий діабет. Якщо будуть такі надходження зі страхових фондів - приватних, державних - тоді ми можемо включати в лікування хворих більш коштовні препарати, витратити кошти на медичні виробы, на засоби самоконтролю і таке інше.

В чому я бачу тут проблему і як її вирішити? Поки в нашій країні відсутня ефективна система моніторингу структури захворювання, вкрай складно оцінити обсяг коштів, які ми витрачаємо на хворого. Бо не можна поррахувати, ми не

знаємо, скільки у нас хворих, скільки хворих мають ускладнення, скільки лікування цих ускладнень коштує. Тому, на мій погляд, реєстр, хай він буде спочатку в регіонах, потім його можна об'єднати, але ми тоді будемо бачити, скільки у нас хворих, які у нас хворі, скільки вони коштують для держави, і тоді ми зможемо їх адекватно лікувати, бо у нас будуть на те фінанси.

Ну і я думаю, що мої 5-10 хвилин вже використані, навіть 15. І наприкінці своєї, вибачте, довгої промови, бо накіпіло, я хочу привітати всіх з Днем медичного працівника. Перш за все побажати здоров'я, бо воно безкоштовне, на жаль, а воно повинно бути безцінним для нас для всіх, я не обмовилася. Побажати творчої наснаги, побажати особистого щастя. Бо якщо ми не будемо мати наснаги і мотивації в лікуванні наших хворих, ми нічого не досягнемо. Бо медицина – це творчість, і ми повинні про це пам'ятати.

Дуже дякую вам.

КИРИЧЕНКО О.М. Я щиро дякую Любові Костянтинівні. А зараз до слова запрошую Костянтина Вікторовича Надутого. Це заступник голови правління Українського лікарського товариства.

НАДУТИЙ К.О. Дякую. Олександрович тільки.

Шановні колеги! Ну, перш за все, приєднуюсь до привітань з приводу професійного свята. Це велике свято насправді. Лікар – це одна з ключових фігур в соціумі, кругом. І достойна оцінка його місії, якщо її немає в державі, то й держава, власне, чи є вона.

Сьогодні ми живемо в складний час, і от ці сподівання на майбутнє, ми завжди живемо сподіваннями на майбутнє: колись буде добре. І ми працюємо для того, щоб колись бодай наші діти жили добре. Стосовно діабету це теж має своє втілення. Я абсолютно впевнений, що вчені сьогодні працюють над тим, щоб діабету просто не було. Ми ж знаємо, що теоретично це можливо, і дуже велике досягнення вже є на сьогодні. Ми сьогодні вирошуємо тканини, ми сьогодні можемо імплементувати органи і так далі. Це все вже можливо практично. Але це не стало ще доступним для кожної людини, це не можна зробити кожній людині. Це настільки дорого.

Отже, ми працюємо в реальному полі. Тому давайте подумаємо, спробуємо відповісти на деякі питання самі собі: чия проблема в тому, що у нас менше виявлених пацієнтів, захворюваність менша на цукровий діабет, і водночас більше ускладнень? Це проблема діабетологів? Ні. Жодним чином це не проблема діабетологів. Діабетологи повинні дати пораду пацієнту, коли він до них направлений кимось. Вони ж не можуть потрапляти і не повинні потрапляти прямо до діабетолога. Таке трапляється, на жаль, часто. І це вже, на жаль, також часто пізно. Де це повинно відбуватися? Де драматургія основна відбувається? Вона відбувається на первинній ланці. А що у нас таке первинна ланка сьогодні з точки зору ментальності людини? От оголосили сьогодні реєстрацію пацієнтів, пацієнти повинні обрати лікаря первинної ланки. Ну ми то знаємо, ми пробували

це робити в 2010-2014 роках. І ми точно знаємо, що 15-20 пацієнтів самочинно йдуть, тому що вони прагнуть цього, ще 10 відсотків можна копнути коліном і вони прийдуть, а решта не прийдуть, не хочуть, навіть собак спускають. Оце ментальність.

Тобто ментальна недоступність первинної допомоги це сьогодні є основною, однією з першопричин того, що пацієнти не йдуть до лікаря за профілактикою, вони не йдуть до лікаря за порадою, вони йдуть тоді, коли пальці почорніли. Ну так? Або зір стали втрачати. Це проблема первинної ланки? Це самі лікарі повинні себе рекламувати? Ні, це теж не проблема первинної ланки. Вони готові надати свою допомогу, вони готові запропонувати свої послуги – і ми сьогодні вчимо, вже сьогодні, по програмі післядипломної освіти європейського гатунку, тому що вона складена під кваліфікаційні характеристики, затверджені за WONCA, і там є діабет, і там є цукровий діабет, і там є інша ендокринна патологія, які має сімейний лікар виявляти.

Але чи хоче пацієнт отримати цю допомогу? Чи є стимули у лікаря застосовувати ці знання? Ні. Ні першого, ні другого немає, до речі. Немає, як ми сказали, в ментальності потреби в профілактиці. І друге, сьогодні та система фінансування, яка закладена, вона не передбачає стимулів до якісної роботи, там дуже великі стимули для того, щоб ендокринологи не залишилися без роботи. Важливо приписати пацієнтів, а потім якнайшвидше їх скеровувати на вторинний рівень. А можливо, взагалі не звертати увагу.

Дивіться, що ми зауважували? Ми дуже багато писали, Асоціація зверталась, писала, говорила і сьогодні говорить і пише про те, що скринінг – той основний інструмент, який забезпечує раннє виявлення захворювань, і є доказовий скринінг, і цукровий діабет відноситься до категорій доказовості "А", повинен фінансуватися за спеціальною програмою окремо. Всі скринінги причому – гіпертонія, цукровий діабет, рак шийки матки і так далі і тому подібне. Цукровий діабет – тяжка, дорога для держави і дорога для пацієнтів хвороба. Ми можемо забезпечити, щоб наші пацієнти дожили ті 10-15 років, в які будуть науковці розробляти радикальне вирішення, і можемо цього не зробити.

Так от, стимули до скринінгу, до ранньої профілактики, це спеціальні заходи, які повинні бути враховані в системі фінансування. Сьогодні вони не враховані. Це треба вписати в Резолюцію, що скринінги на хроніку, в тому числі цукровий діабет, повинні бути враховані в системі фінансування.

Четвертинна профілактика. Ми сьогодні, тут більшість діабетологів, ендокринологів, спеціалістів – без нашої взаємодії, довіри між сімейним лікарем і спеціалістом ми не зможемо досягти результату в цьому сенсі. Чому? Тому що ми ж знаємо сьогодні "разливанне море" "фуфломіцинів", скільки при діабеті крапається зайвого, непотрібного робиться і так далі, і тому подібне для того, щоб лікувати, так би мовити, ускладнення у той час, коли не вилікувано нормально цукровий діабет – першопричина. Ми лікуємо нейропатію, а треба лікувати не нейропатію, треба лікувати діабет – це причина стану.

І в цьому є взаємодія сімейного лікаря і діабетолога або спеціаліста вторинної ланки, там терапевта стаціонарного, в тому, щоб сімейний лікар вибирав такого спеціаліста, який відповідально ставиться до адекватності втручання, і мав право вибирати такого лікаря. Тоді складуться довірчі відносини, тоді складуться відносини партнерські, і тоді пацієнт в цій системі відносин буде на першому місці його інтерес.

Що ж, 10-15 років – це великий час, хтось не доживе. Ми будемо хотіти, щоб усі дожили. Ми можемо разом, сімейні лікарі разом з діабетологами, спеціалістами скласти стандарт. Я почув усі необхідні слова, і цим дуже задоволений, з уст Миколи Дмитровича і Любові Костянтинівни. Люди розуміють проблематику, люди говорять про те, що болить і нам, сімейним лікарям. Отже, ми можемо разом зробити цей національний стандарт, щоб за цим стандартом. Це не складна патологія, якщо це виписати все ретельно і по нормативах, скажімо так.

Сьогодні, на жаль, знищена національна система стандартизації, ви про це знаєте? Нам дозволили застосовувати, так би мовити, міжнародні стандарти, але Євросоюз своїм рішенням, рішенням Ради міністрів Євросоюзу в 2001 році постановив, що всі стандарти медичні повинні бути національними. Це рішенням Ради міністрів Євросоюзу.

У нас немає сьогодні, через рік ми втратимо всі стандарти найактуальніші, які розроблені в Україні на доказовій базі. І по яких стандартах ми будемо працювати, за якими стандартами будемо планувати фінанси або сплачувати за медичні послуги, абсолютно незрозуміло. В таких умовах сформувавши програму практично неможливо.

Отже, я запрошую також і я прошу допомоги, звертаюся до Міжнародної діабетичної асоціації за допомогою, за підтримкою наших прагнень робити в національному контексті найефективніші підходи до цукрового діабету. Одним із таких дуже важливих речей є індикатори, от цього у нас на сьогодні, на жаль, майже немає. У нас на рівні державної політики формулюються такі індикатори, які є проміжковими або інструментами: гроші ходять за пацієнтом, вибір лікаря і тому подібне. Це оголошується як мета.

Насправді це засоби. Мета – це здоров'я людини, яке вимірюється конкретно тривалістю життя і так далі. Ми не можемо міряти кількість пацієнтів з цукровим діабетом – це ніякий не індикатор, він нічого не говорить. Повинен бути відсоток від популяції. Відсоток - і порівняний з подібними відсотками в інших країнах. Тільки тоді це може розраховуватись як штука, яка вимірюється, і може ставитись як ціль.

Отже, я пропоную і вписати в Резолюцію: за допомогою Міжнародної діабетичної асоціації сформулювати такі індикатори, які би ми могли поставити за цілі в програмі діабету.

Отже, шановні колеги, наша Резолюція, і скільки їх уже написано за останні 2-3 роки, це важливий документ. Це наш біль, це наша думка, це наш меседж в майбутнє. Я дуже сподіваюся, що ми разом - діабетологи і сімейні

лікарі, разом з Міжнародною діабетичною асоціацією зможемо зрушити цю проблему з мертвого місця.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

А зараз запрошую до слова Прудіуса Пилипа Григоровича, це головний лікар Вінницького обласного високоспеціалізованого ендокринологічного центру.

ПРУДИУС П.Г. Дякую.

Шановні колеги, дійсно, не витрачаю час мій, що Любов Костянтинівна зупинилася на тих питаннях, які я хотів підняти сьогодні. Але дивіться, перша ситуація, будь ласка, можна перший слайд, якщо там є. У нас закони сьогодні, які прийняла Верховна Рада сьогодні, з приводу реалізації реформи охорони здоров'я на сьогодні. Я просто нагадав, тому що навряд чи хто дивився їх і аналізував. Можна наступний слайд, наступний момент. Проблема медичних гарантій. Я просто нагадую, щоб ви просто подивилися, що продекларовано вже і прийнято законом України на сьогоднішній день. Третій слайд можна далі, я просто щоб ми нагадали.

Ключові етапи реформи, я просто зупинюсь на тому, а тепер подивіться, ситуація така, яка наша роль в цих от ключових реформах? Дивіться, перша ситуація, ми сьогодні створюємо госпітальні округи. Сьогодні там, буквально я не хочу навантажувати, наступний слайд є, розписано, що робить первинний, вторинний, третинний рівні на сьогоднішній день. Чітко розписано абсолютно, а де ми там. Перша задача, все пересувається, ви знаєте, куди – на первинку. А потім, я не буду навантажувати, подивіться наказ МОЗ України, що має мати первинка в собі, чим вона оснащена. Чи може вона виконати сьогодні це тим, чим її оснастили? По суті там що є? Ростомір, вага і більше нічого немає. Яким чином? Буквально наступне, якщо можна, слайд, є воно. Чи може вона це робити?

Другий момент, це кадровий потенціал. Можна цей слайд потім залишити, будь ласка, назад поверніть його. А кадровий потенціал, чи готовий сьогодні сімейний лікар, маючи ті знання, які на нього покладають? Те, що ми продекларували і мені згадалося таке, пам'ятаєте, "Людина з бульвару Капучинів"? Коли вони на конях їдуть, вона каже: "Я хочу завагітніти".

КИРИЧЕНКО О.М. Шановний Пилипе Григоровичу, я дуже вибачаюся. Вибачте. Але ми тут зібralися для того, щоб знайти шлях. Шлях.

ПРУДИУС П.Г. То не буду тоді.

КИРИЧЕНКО О.М. Ми знаємо і маємо свою точку зору з приводу реформи. Але ми сьогодні говоримо про цукровий діабет і шляхи рішення цієї проблеми.

ПРУДИУС П.Г. Я вибачаюсь. Тоді в даний момент я не буду. Я не буду. Я вибачаюсь, здалека почав.

Я просто хотів щодо системи, що на сьогоднішній день, якщо ми матеріально технічно нас не забезпечимо і кадровий потенціал сьогодні ми скорочуватимемо... Сьогодні, яка ситуація? Тут іде тенденція на скорочення кадрів ендокринологів в Україні, закриття деяких спеціалізованих установ. Сьогодні не прописані чітко функції "третинки", чим повинна займатися "третинка". Якщо прописана функція "вторинки", то сьогодні не прописані функції "третинки", чим вона повинна займатися. Сьогодні відсутня функція лікарської посади лікаря-ендокринолога на сьогоднішній день. Якщо ми це... Сьогодні відсутні узгоджені дії дійсно між вузькими фахівцями - окулістом, ендокринологом, нефрологом і інших речей. То сьогодні ми будемо мати те, що ми маємо сьогодні, інші країни, зберегти те, що ми маємо. Тобто запис до ендокринолога - лікарі загальної сітки не будуть мати знати, а до нас буде запис - десь рік, півроку на запис до наших лікарів.

Тому ми повинні врахувати від функцій до можливості матеріально-технічного забезпечення тих реформ, які вже проголошені, чи може реалізувати "вторинка" те, що сьогодні виконує "третинка". Якщо ми цього не врахуємо, то все інше буде деклараціями.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

А зараз я запрошую до слова Тищенка Костянтина Вікторовича, головного лікаря Вовчанської центральної районної лікарні Харківської області.

ТИЩЕНКО К.В. Дякую. Добрий день, вельмишановна президіє, професоре Нам Чо, присутні. Перший слайд, будь ласка. На сьогоднішній день Вовчанський район є одним з найбільших районів Харківської області і його загальна площа складає 1888 квадратних кілометрів. На сьогоднішній день в районі на 1 січня цього року проживає 45 тисяч 737 чоловік, з яких 7 тисяч 658 осіб – це діти.

На 1 червня цього року в районі перебуває на обліку 1629 осіб, хворих на цукровий діабет. Це складає 3,6 відсотка від загальної кількості населення. 9 хворих на цукровий діабет – це діти в районі. Хворі на інсулінозалежний діабет 298 осіб, з яких 9 дітей, і цукровий діабет 1 типу – це 102 особи.

Наступний слайд. Структура захворюваності, я для ознайомлення цей слайд надав. У своїй доповіді Микола Дмитрович казав, що при лікуванні цукрового типу 2-го типу на сьогоднішній день в Європі, у світі виходять на цифру 30 відсотків. У нас, на жаль, ця цифра в районі 12,8 відсотка від загальної кількості хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Далі, будь ласка. На жаль, за останні 5 років, наступний слайд, дякую, є тенденція, з одного боку, зниження кількості населення. Якщо в 2013 році це було 48 тисяч осіб, які мешкали в районі, як я вже казав, у 2017 році це, на жаль, тільки 45,7 тисяч осіб. Але якщо ви подивитесь, кількість хворих на цукровий діабет зростає: від 1490 пацієнтів до 1629. Співвідношення на сьогоднішній день більше за рахунок осіб пенсійного віку, але, на жаль, є тенденція до росту і хворих працездатного віку.

Наступний слайд. Ендокринологічна допомога в районі мешканцям нашого району надається, як вже казали, на первинному та вторинному рівнях. Це лікарі амбулаторії сімейної медицини, а також лікарі-терапевти та лікар-ендокринолог центральної районної лікарні. На жаль, на сьогоднішній день ця посада вакантна, так як наш лікар знаходиться в декретній відпустці.

Також третинна допомога. Харківщина надає достатньо допомогу нашому району. Так, постійно район відвідують бригади обласної клінічної лікарні, які очолює завідувач ендокринологічного відділення Смирнов Іван Іванович, а також бригади, які очолює Балюк Марина Олександрівна. Це наш позаштатний фахівець обласного управління охорони здоров'я.

На сьогоднішній день ендокринологічний кабінет центральної районної лікарні оснащений відповідно до всіх вимог, які надаються міністерством. Він підключений до електронного реєстру хворих. Відповідно до 890-го Наказу в КЗОЗ "Вовчанська ЦРЛ" сформований та постійно діє електронний реєстр пацієнтів, хворих на інсулінозалежний цукровий діабет, налагоджена тісна співпраця з аптеками та забезпечується населення району препаратами інсуліну.

Ось цей слайд, я теж його з метою ознайомлення розмістив. Ну ви бачите, більше 50 відсотків це "Інсулін" і "Фармак", аналогові та імпорتنі не перевищують 16 відсотків, і співвідношення картриджних та флаконних форм один до двох. Дякую.

Наступний слайд. Потреба в коштах для забезпечення хворих Вовчанського району на цукровий діабет препаратами інсуліну на 2018 рік складає 1 мільйон 564 тисячі гривень. На жаль, на сьогоднішній день на 2018 рік створений річний ліміт лише в сумі 915,4 тис. гривень, що складає лише 58,5 відсотка від потреби.

За перші 5 місяців цього року ми вже використали 567 тисяч 36,2 відсотка. Крім цього, суттєва проблема полягає ще й у тому, що забезпечення препаратами інсуліну має помісячний розподіл коштів. І в нас є така дилема, у нас є місяці, коли нам надається лише 33,5 тисяч гривень на місяць, є місяці, коли 156,5 тисяч гривень при щомісячній потребі 130 з половиною тисяч гривень. Тому питання риторичне, як нам виходити з цієї ситуації.

Ну, можу сказати єдине, що завдяки увазі безпосередньо голови районної державної адміністрації, начальника управління охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, адміністрації лікарні та взаємодії з фармацевтичним представником, який нам надає інсуліни, нам вдається

знаходити якийсь взаєморозуміння. Але це все в ручному режимі. І я вважаю, що це не повинно так бути.

З 1 квітня - вже неодноразово сьогодні це питання піднімалось – з 1 квітня 2017 року в Україні стартувала урядова програма "Доступні ліки". Як я вже казав, у нас в районі 1629 осіб, які потребують участі в цій програмі. В 2017 році, в кінці, були зроблені попередні розрахунки для потреби в коштах для виконання цієї програми на 2018 рік. Наступний слайд, будь ласка.

Але, на жаль, нам потрібно 5 з половиною мільйонів гривень. Нам гарантували лише 1 мільйон 132 тисячі. Тобто не більше 20 з половиною відсотків від потреби. А за 5 місяців цього року ми вже вибрали 596 тисяч, тобто більше половини – 52,6 відсотка. Тому що буде в кінці року – теж залишається поки що питанням.

Хочу звернути вашу увагу на той момент, що програма хворих на цукровий діабет II типу - можуть отримати лише препарати "Метформін" і "Гліклазид", які задекларовані в цій програмі. Але тут більшість – лікарі-ендокринологи, вони прекрасно розуміють, що не завжди ці препарати, вони можуть бути використані у всіх хворих на цукровий діабет II типу. Тому я теж піднімаю це питання – розширення спектру цукрознижуючих таблетованих препаратів для хворих з діабетом II типу.

Також хотів би трохи зупинитися на питанні, яке має місце у нас в районі. Відповідно до рішення сесії Вовчанської районної ради в 2016 році була розроблена та працює районна програма, підкреслюю, працює тільки за кошти районних та місцевих бюджетів, програма підтримки закладів охорони здоров'я Вовчанщини і її підрозділ "Доступна медицина для всіх". Відповідно до цієї програми нам на 2017-2018 роки виділено 553 тисячі гривень, що надасть змогу покращити матеріально-технічний стан насамперед лабораторної діагностики і, по-друге, максимально наблизити вторинну медичну допомогу до сільського населення.

Суть цієї програми в тому, що тричі на місяць комплексна бригада лікарів центральної і районної лікарні в складі 10-12 фахівців, а також ультразвуковий апарат і фахівець ультразвукової діагностики, також пересувний рентгенологічний комплекс, також офтальмологічний кабінет виїжджають безпосередньо в населений пункт під керівництвом сімейного лікаря, і в цьому населеному пункті проводиться комплексний медичний огляд.

Ви бачите дані за останні 5 місяців. Оглянуто більше 18 тисяч чоловік. І первинно виявлено 138 випадків патології ендокринологічної тільки, з яких 88 осіб проліковано амбулаторно, стаціонарно 24 особи і 26 осіб нами були спрямовані на третинний рівень в зв'язку з необхідністю дообстеження або хірургічного втручання на щитовидній залозі або інших захворюваннях.

Також мені хотілось би загострити вашу увагу на тому, що на сьогоднішній день в районі всі фельдшерські пункти та амбулаторії сімейного лікаря оснащені глюкометрами в кількості 47 штук та тест-смужками до них. І ось буквально декілька тижнів тому ми отримали в повному обсязі потребу в

тест-смужках для глюкометрів очих 9 дітей, які у нас хворіють на цукровий діабет I типу. Будь ласка, наступний слайд.

Мої пропозиції. Попередній, будьте ласкаві. Мої висновки. Ну, перший – це для нашого району, це наша проблема – відсутність постійного лікаря-ендокринолога, яка безумовно має вплив на результати роботи ендокринологічної служби.

Недостатнє фінансування програм забезпечення хворих інсулінами та нераціональний помісячний розподіл коштів. Базове спостереження та лікування хворих на цукровий діабет – це те, що казали багато інших доповідачів – на цукровий діабет II типу, а особливо I типу здійснюється переважно сімейними лікарями або лікарями-терапевтами центрів. До лікаря-ендокринолога хворі звертаються лише вже при наявності ускладнень або з метою призначення інсулінотерапії та взяття їх на відповідний облік, або при отриманні довідки для проходження і отримання групи інвалідності.

Урядова програма "Доступні ліки" є дієвим механізмом лікування та профілактики ускладнень основних груп захворювань – це серцево-судинні, цукровий діабет та бронхіальна астма. Але потребує, з моєї точки зору, розширення спектру цукрознижуючих препаратів, які входять в цю програму.

Наступний слайд. В завершення свої доповіді хочу зробити пропозиції, які прошу врахувати і внести до Резолюції нашого сьогоднішнього зібрання. Вони такі: розробка та прийняття на рівні Верховної Ради та Кабінету Міністрів України державної програми "Цукровий діабет", яка була б спрямована на первинну профілактику захворюваності та профілактику ускладнень цукрового діабету і формування у населення та осіб з цукровим діабетом здорового способу життя, регулярні заняття фізичною культурою та спортом, збалансованого харчування та постійного адекватного лікування.

Забезпечення інсулінозалежних хворих препаратами інсуліну через програму "Цукровий діабет" або "Доступні ліки" в повному обсязі при достатньому фінансуванні. Розширити перелік фармацевтичних субстанцій, включених до урядової програми "Доступні ліки" і спрямованих на лікування цукрового діабету II типу.

Рекомендувати фінансовим органам різного рівня при плануванні та розподілі субвенцій на забезпечення хворих цукровим діабетом інсулінами враховувати реальні помісячні потреби і надавати відповідне фінансування.

І, мабуть, біль головного лікаря сільської лікарні – це кадри, тому поновити на законодавчому рівні цільове направлення випускників медичних вищих навчальних закладів в сільську місцевість з метою доукомплектування лікарськими кадрами лікувально-профілактичних установ первинного та вторинного рівнів.

Наступний слайд, будь ласка. Ще один, будь ласка.

І наприкінці я теж хочу всіх поздоровити з Днем медичного працівника! Побажати здоров'я, наснаги, професійних звершень і всього вам найкращого.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую вам.

Я зараз запрошую до слова Спринчук Наталію Андріївну – це керівник відділу дитячої ендокринної патології Інституту ендокринології та обміну речовин імені Комісаренка.

СПРИНЧУК Н.А. Добрий день, шановні колеги. Я не скажу нічого нового. Ми не виходимо з тієї світової "колії", де захворюваність на цукровий діабет росте. І найприкріше, що я можу сказати, те, що діабет цукровий I типу серед дітей молодшає. Якщо захворюваність на 2002 рік складала 0,48, то на сьогоднішній день серед дітей від нуля до шести років вона складає 1,3 на 10 тисяч дитячого населення.

Цукровий діабет, звичайно, страшний своїми ускладненнями. І ми знаємо, що ускладнення цукрового діабету напряму залежать від компенсації, від оптимального стану глікемічного контролю: чим він кращий, тим менші ускладнення і тим пізніше вони виникають.

І теж скажу прикру річ, якщо вам повідомлю, що на сьогоднішній день компенсація серед дітей з цукровим діабетом першого типу, якщо ми беремо за показники цільові, до яких ми маємо прагнути, то це менше 30 відсотків.

І, звичайно ж, хочу зупинитися, оскільки мало часу, на тих основних моментах, за допомогою яких, якщо ми їх будемо покращувати, ми покращимо і компенсацію цукрового діабету в наших діток, а тим самим і знизимо інвалідизацію населення і дитячого, і в подальшому дорослого, тому що наші діти – це наше майбутнє, майбутнє нашої країни.

Основні напрямки. Я вже не вперше сьогодні кажу про первинну ланку. Підвищення обізнаності лікарів. Якщо я не перша про це кажу і навіть не друга, звичайно, на цьому рівні є проблеми. Я можу сказати, що підвищувати треба не тільки рівень ендокринологів первинної ланки, які вже працюють з дітьми з цукровим діабетом, а є що підвищувати, підвищувати треба рівень і сімейних лікарів, і лікарів-педіатрів, там, де повинен проходити скринінг і там, де повинна бути первинна діагностика підвищення цукру.

Дуже важливо, на якому етапі був виставлений діагноз: чи це діагноз був поставлений дитині в таких вже явних клінічних проявах, при комі, не дай Боже, чи він був виявлений на етапі лабораторного діабету, доклінічного діабету. Звичайно, чим раніше буде виявлений діабет, тим легше буде його перебіг, і тим пізніше ми будемо мати, а, може, взагалі десь в когось і позбудемося ускладнень цукрового діабету.

Організація і забезпечення дієвої, я хочу підкреслити це слово, дієвої школи по навчанню і самоконтролю за цукровим діабетом. Я знаю, що вторинна ланка, третинна ланка ці школи має. Ми маємо таку школу, ми маємо центр по самонавчанню щодо цукрового діабету. Але цих шкіл бракує на первинній ланці. І ці школи треба опустити саме на первинну ланку. Не третинна ланка повинна навчати дітей, як жити з діабетом. Ми можемо проконсультувати, ми можемо дати якусь пораду, а це те, з чим людина повинна йти по своєму життю. Тому,

звичайно, треба звернути на це увагу, дослухатися і виділити кошти. Я розумію, що це не дешево, але це треба робити. Якщо ми про це не будемо говорити, то ми ніколи цього не досягнемо.

Проведення постійного, безперервного моніторингу стану клінічної та метаболічної компенсації цукрового діабету. Знову ж таки, скажу, що ті діти, які прибувають в наш інститут, в наше відділення, навіть серед тих дітей менше 10 відсотків, які мають пристрої для постійного моніторингу глюкози. Деякі країни в Європі і світі, не буду казати які, якщо дитина захворює цукровим діабетом, вона неперервним моніторингом глюкози забезпечена безкоштовно і постійно. І це я кажу, що це ті діти, які прибувають в наше відділення. Але ті, хто вперше до нас приходять, і коли ми розмовляємо і говоримо про постійний моніторинг глюкози, дехто з них, хто вперше до нас потрапляє, вони про це навіть не чули і не знають. Знову ж таки, треба звертатися до первинної ланки.

Активне використання новітніх технологій. Звичайно, це помпова інсулінотерапія. Це дорога річ. Але не йде мова про те, щоб забезпечити всіх бажаючих, це і неможливо, але хоча б щоб була якась база цих помп для тих дітей, для тих людей, яким це вкрай необхідно, хоча б на якомусь етапі, 6-12 місяців – для того, щоб нормалізувати їх стан, дати цю помпу в оренду, вивести їх на нормальний рівень компенсації, а потім вже можна розмовляти і про звичайну інсулінотерапію.

Знову ж таки, дуже важливим є впровадження генетичних методів у диференційну діагностику різних форм цукрового діабету. Ми знаємо, що є моді-діабет, який, якщо брати Європу, серед дитячого населення зустрічається у десь приблизно 4 відсотках, а то і більше. Якщо взяти статистику по нашій країні, це менше, не те, що менше 1 відсотка, це десь буде приблизно 0,2 відсотка, якщо взяти тільки тих дітей, яким виставлений реально цей діагноз. Не тому, що в нас менше дітей з моді, ні, їх також однаково, ми одна популяція, ми просто не маємо можливості підтвердити цей діагноз. Якщо ми його не підтверджуємо, значить, діти отримують не патогенетичне, а симптоматичне лікування. Треба на це звернути увагу.

Дуже важливим є питання - розвиток системи психологічної допомоги дітям і сім'ям з цукровим діабетом. Бракує кабінетів психологічної допомоги, центрів психологічної допомоги. І тут я хочу звернути увагу, що вони повинні бути не тільки на первинній ланці, це треба обов'язково, вони повинні бути якраз там, де є дитяче відділення, взагалі відділення ендокринологічні в лікувальних закладах охорони здоров'я, тому що коли вперше виставляється діабет дитині, то це стрес для всієї сім'ї. Сьогодні було одне життя, завтра життя зовсім інше.

Ми не можемо казати, що це вирок. Ми кажемо, що це спосіб життя, але це якісно інакший спосіб життя. Вони вчора жили одним, сьогодні ми кажемо – це діабет, завтра і сьогодні це інсулінотерапія, і не кожен зможе зробити цей крок зразу. І це відтягується, і погіршується стан дитини, тому що ми не можемо самі

взяти і примусово вводити ін'єкції (на сьогоднішній день, ви знаєте, інформовані згоди всі батьки підписують) без погодження батьків на це.

Тому психологічні ставки повинні бути не тільки на первинному рівні, а і там, де є відділення ендокринологічне, це і вторинна, і третинна ланка, тому що це стрес для всієї сім'ї, і тут не тільки діабет в дитини, а тут на цей спосіб життя повинна перейти вся сім'я, вся родина цієї дитини.

Оце основне, що я хотіла так сказати. І, звичайно, не треба забувати про вдосконалення системи санітарно-просвітньої, про профілактику. Я коли вчилась і росла, нам казали, що наша медицина має основний – це профілактичний напрямок, але останнім часом, мені здається, він почав трошки забуватись. Так що треба згадати про це, щоб він не був на третьому плані.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Я щиро дякую.

На самом деле, вы меня извините, но вот уже в течении многих выступлений звучит несколько тезисов, которые говорят о том, что у нас высшая школа разрознена с нашей "первичкой", что у нас нет достаточной квалификации нашей "первички". Я прошу прощения, я возьму лишь минуту, я попытаюсь все-таки поставить тезисы. Да, действительно, у нас есть проблема между тем, что институты третичного и четвертичного уровня абсолютно не работают с нашей "первичкой", с нашей точки зрения, вот когда мы думали о том, что реформа здравоохранения, в первую очередь, сможет привлечь на нашу "первичку" людей более высококвалифицированных за счет резкого повышения заработной платы именно на "первичке".

Поэтому я думаю, что это тот эффект, который мы должны будем отследить через год-полтора, и тогда мы сможем набрать уровень людей, которым вы сможете объяснять, что конкретно вы от них хотите. Это первый фактор.

Второй фактор. Это то, что мы говорим про санпросветработу. Мы в Украине создали новый институт, который называется "Public health", который точно отождествляет то, что неинфекционные заболевания – это основная причина смертности. И мы надеемся, что этот институт более корректно заработает и тогда вот эти санпросветмероприятия нам будут более доступны, и в том числе финансирование.

По поводу психологической підтримки. Вы понимаете, я имею возможность наблюдать это в некоторых других заболеваниях: например, туберкулез, например, онкология. И я говорю о том, что отлично работают именно гражданские, неправительственные организации. И то, что вы говорите: ставки, ставки, - это очень важно. Но вопрос: чем должен заниматься вот человек на этой ставке? В моем восприятии это человек, который должен научить гражданские организации работать с этими людьми, которые впервые столкнулись с этим диабетом. В этих организациях чаще люди, которые являются представителями, которые живут с этим всю жизнь, и они находят

более короткий, более близкий подход. Я думаю, нам, врачам, нужно просто поменять подход, понимаете? И в том числе наши местные советы могут проводить тендер и финансировать эти громадські об'єднання, які займаються тим чи іншим питанням. Я думаю, что это тот путь, над которым мы должны думать. Давайте без реплики, потом.

А сейчас все-таки я приглашаю к слову Бенюка Богдана Михайловича – это депутат Київської міської ради, народний артист України. І що важливо? Що це почесний президент Української діабетичної федерації. Тобто ми кажемо про великий вплив громадськості на цей процес.

БЕНЮК Б.М. Шановне товариство! Мені надзвичайно приємно! Я хочу кожного з вас тут, в цій залі, привітати із тим, що ви не покладаючи рук, не покладаючи душі своєї займаєтесь цією роботою, вкрай потрібною, це зрозуміло. Дай Боже, щоб у вас вогник вашої душі ніколи не гаснув, ніколи ви не розчаровувалися, бо ви розуміли, що ви для кожного хворого, який має цукровий діабет, ви є як перша вчителька у кожного з нас, як ми попадали в школу з 1-го по 4-й клас, яка залишається у нас в пам'яті на все життя, бо вона вчить багато чого такого, що ми потім в житті робимо. Ви цим самим займаєтесь, як і я займаюся в своїй основній роботі в театрі.

Долею випадку пан Микола Тронько багато років тому, коли він склав свої повноваження в керівництві нашої федерації, я очолив цю федерацію. Мені багато кореспондентів казали, задаючи таке питання, кажуть: "А вы что, больной?" Мене Бог милував поки що, я не маю цієї хвороби. Але ж ми не знаємо, коли вони з'являється, як вона з'явиться і коли вона прийде до тебе і постукає в твої двері. І спостерігаючи те, який шок відбувається в родинах, коли вони мають дитинку, яка там в 4-5 років іде в школу і має цукровий діабет вроджений, і що відбувається з родиною, як вона повинна перебудуватися, про що ви говорите, дуже важливо все налаштувати так, аби ця дитина росла, не відчуваючи те, що вона якась інакша є, а тим паче, вона зустрічається в школі і має такі величезні проблеми, де її пригощають там цукерочками і так далі, не мені вам це розказувати, ви це все знаєте. Але дуже важливо, щоб ви, власне, оцей душевний трепет, який є у вас, і співпереживання, яке конче дуже потрібне, що воно у вас було. Ви шукаєте різні ходи, роки міняють ці ходи, але не міняється найважливіше: серце наше і любов. Коли вони є, тоді все можна зробити в цьому світі і навіть перебороти цю хворобу! Дуже важливо, щоб ви були мудрі. Я вам бажаю здоров'я!

Приходьте, діставайте велику розрядку в театрі обов'язково. Я вас на халяву буду запрошувати туди абсолютно і ви будете дивитися вистави, де вам також потрібно знайти той момент розрядки, який нам потрібен.

Так само обов'язково треба ота розрядка від тих побутових речей, які у нас є, ті речі, яких нам завжди не вистачає, та війна, яка у нас є, та війна, яка у нас іде в медицині, ці переживання, які ми зараз маємо. Світ у нас непростий. І дякуючи тому, що приїхав до нас поважний гість, який представляє всесвітню

організацію, надзвичайно приємно його вітати тут, що він є у станах Верховної Ради України, і що ми можемо долучитися зі своїми проблемами, і можливо вони відгукнуться і якісь нам допоможуть залатати ті дірки, яких у нас величезна кількість.

Многая літа я вам усім бажаю! Здоров'ячка бажаю! Тримайтеся! І пам'ятайте, що коли ми разом, то ми все на цьому світі зможемо зробити.

Ми красиві! Я дивлюся на вас, дивлюсь і розумію, що вираз обличчя, вираз душі - ми повинні весь час випромінювати неймовірне тепло. І от коли це тепло від нас зсередини йде, а ми втомлюємося, бо треба весь час підкладати дрова туди в душу, щоб горіли наші очі, а тут дуже важливо, щоб цей наш великий "кладезь" під божою рукою від нас не виходив, тоді ми будемо та нація, яка хвора, без сумніву, над нами прокотилося в минулому столітті величезна кількість всіляких бід, ми хвора нація і нам треба час для реабілітації. Ми зараз цю реабілітацію вибудовуємо також у військових умовах, і тому це неймовірно складно! І ви маєте неймовірно складну роботу!

Але треба разом все одно об'єднатися і робити. Нам жити далі. Нас стає менше-менше-менше. І ми розуміємо, що нам треба втриматися, втриматись, знайти спосіб, як підтримати один одного.

Я вас всіх люблю! Дай вам боже здоров'я!

(Оплески)

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую. Але до нас доєднався Швець Олег Віталійович, це Президент Всеукраїнської громадської організації "Асоціація дієтологів України".

ШВЕЦЬ О.В. Шановний головуючий, шановні колеги, дуже вдячний за можливість виступити перед такою шановною аудиторією.

І я хочу сказати, що дійсно цукровий діабет – це проблема всесвітньої охорони здоров'я, яка вирішується дуже важко, і тут багато фахівців-ендокринологів, які працюють щодня з такими хворими, яких уже мільйони в Україні. Але дійсно профілактика цукрового діабету, як первинна так і вторинна, лишається таким ще не зовсім освоєним, скажемо так, плацдармом.

Тому я хочу сказати, що Всесвітня організація охорони здоров'я говорить про те, що здорове харчування, нормальна вага тіла, висока фізична активність, відмова від куріння є основними напрямками профілактики цукрового діабету II типу. І, безумовно, збалансоване адекватне харчування є також одною з головних складових лікування цукрового діабету II типу і, власне, вторинною профілактикою попередження ускладнень. Для того щоб зробити, скажемо, ризик захворювання на цукровий діабет II типу нижчим, можна робити різні речі відповідно до міжнародного досвіду. Вони мають різну ефективність і забирають різні проміжки часу. І дійсно, всі ці речі повинні робитись одночасно. Ми повинні працювати над освітою, над удосконаленням знань і навичок медичних

працівників відносно здорового харчування, лікувального харчування. На превеликий жаль, у нас дуже велика інерція в цьому напрямку і багато лікарів продовжують рекомендувати пацієнтам якісь формальні, шаблонні речі, які не мають відношення до сьогоднішнього рівня наукових знань. Тому треба переходити на індивідуальні рекомендації з харчування людям, які ще здорові, у яких є метаболічний синдром, а тим більше діабет.

Крім того, дуже багато залежить від політиків, я перепрошую. На сьогодні є позитивний досвід запровадження сучасного законодавства, яке може значно зменшити ризик неінфекційних захворювань, зокрема цукрового діабету. Це стосується і, скажемо, обмеження реклами нездорових харчових продуктів, які містять велику кількість солі, цукру, жиру, особливо реклами, яка спрямована на дітей. Це один із пріоритетних напрямків. З іншого боку, ми повинні, вже розроблений проект рекомендацій по організації харчування дітей у школах. Там повинна бути змінена повністю концепція від того, що сьогодні, до того, що дійсно дозволяти продавати лише ті продукти харчування, які є здоровими і мають низький вміст перерахованих солі, цукру і жиру.

Крім того, важливим напрямком є реалізація стратегії щодо зменшення споживання солі, цукру, трансжиру в Україні. І це також потребує законодавчої підтримки.

Безумовно, дуже важливим є інформаційний напрямок. Суспільство українське повинно бути більш обізнаним щодо ризику цукрового діабету, коли він виникає, які є способи профілактики цукрового діабету. І перші кроки вже зроблені. Минулого року були вперше в Україні затверджені рекомендації щодо здорового харчування. За нашою участю, за участю Центру громадського здоров'я і Міністерства охорони здоров'я вони є доступні в мережі Інтернет, вони відповідають засадам доказової медицини. Там мова йде про 7 головних рекомендацій, які дозволяють людині запобігти неінфекційним захворюванням, а також є сучасна модель здорового харчування, адаптована до наших традицій, українська "тарілка здорового харчування".

Власне, всі ці напрямки є. Ми починаємо шлях у цих напрямках і сподіваємось, що цей шлях, він буде подоланий якомога скоріше і ми зможемо запобігти багатьом випадкам цукрового діабету II типу за рахунок того, що українці почнуть харчуватися більш здоровою їжею, будуть більш свідомо обирати здорові продукти і напої, виховувати дітей. І все це дійсно зможе надати нам зиски і в плані захворюваності, смертності, втрати працездатності - економічні.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую за увагу.

Запрошую до слова Паламарчук Валентину Антонівну. Це голова Коломийського діабетичного товариства Івано-Франківської області.

ПАЛАМАРЧУК В.А. Я вітаю всіх щиро. Дякую за запрошення. Емоції переповнюють, тому що я мама тієї дитини, якої Бог не милував, як пан Богдан казав. 30 років тому мою дитину спіткала така біда. І самі розумієте, в той час не було такої інформативної бази, як зараз, і ми сприймали дуже важко, передати навіть словами то не можу, тому що ні глюкометрів, ні шприц-ручок. Ви знаєте, були шприці скляні, ми їх кип'ятили. Просто зараз жахливо згадувати про той біль, який переносила дитина, як ти її колеш тим шприцом. Зараз, дякувати Богу, вже є це все. Але за 30 років, повірте, серце матері, як той горобець, тріпочеться кожен день, хоче побачити дитину і здоровою, і щасливою, і щоб в нього в сім'ї все склалося. Але не тільки від нас все залежить, залежить від держави. На цьому шляху, ви розумієте, скільки ми хворіємо, були такі проблеми, які могла держава вирішити, але вона не вирішувала. Тендери створили, я не знаю, для чого і для кого, якщо ми на рік по 3-4 місяці купляли інсуліни за свої кошти, тому що не відбувся тендер. Мене не цікавило, чому він не відбувся, мене цікавило, чому та людина на тому місці, яка отримує зарплату, не отримала "наганяй", вибачте за таке слово, і не отримала якусь догану чи покарання. Я громадський діяч, я мама хворої дитини, я не повинна переживати, чому тендер не відбувся, я повинна переживати, чому інсуліну на завтра в дитини немає. І я не знаю, чим я маю завтра колоти. Якщо лікар виймає з холодильника, який має – те дає, перепрошую, знаєте, лікарі, що веде до того в кінцевому результаті. Я розумію, що немає, але дають те, що є. Якщо ми хочемо виростити здорову, гарну націю, якщо я хочу бачити дитину здоровою, потрібно призначати ті ліки, які потрібні і які не несуть шкоди.

На сьогоднішній день вже зробили реімбурсацію, зробили вже той тендер, ніби по рецептах іде, до кінця року, не знаємо, гарантій ніхто не має, чи буде на кінець року і на початок року знову та сама картина, чи будуть кошти. Бо вже з таблетками ця картина в нас є. Кошти на таблетки на сьогоднішній день скінчилися. Хоча які ті таблетки? Ну, самі ви знаєте, призначають – те, що призначають. Але і на ці таблетки хоч незахищеним верствам населення теж не вистачає коштів. Вони хочуть жити, вони хочуть гарно жити і нормально жити.

Повірте, коли йдеш по той інсулін, і під кабінетом наслухаєшся всього, що завгодно, бо якщо держава би подбала, повірте, цього би не було. Держава подбала про те, щоб дітям дати путівки. Дітям дають путівки на оздоровлення, тільки тим, в кого батьки на державному підприємстві працюють. А що робити тим дітям, в кого батьки не мають можливості працювати, або десь працюють так, що їм не положено, от не положено, і все? Скажіть, що, та дитина не заслуговує профілактичного, лікувального якогось гарного санаторію чи відпочинку? Теж заслуговує. Треба продумати і цей момент, записати.

Ще одне питання, я його вже піднімала, і не раз. Чому дитина-інвалід, і це не тільки дитини стосується, це стосується всіх інвалідів, люди з інвалідністю тільки зимою інваліди, як студенти? Влітку везеш дитину на оздоровлення, перепрошую, сплачуєш повну вартість. Хто придумав, на якій основі ґрунтувалося це пояснення? Я не знаю. Але я звертаюся і прошу підняти це

питання і якось це вирішити, тому що батьки переважно везуть на оздоровлення дітей тільки влітку, коли канікули. І я вважаю, що це потрібно зробити, невеликі кошти, якщо б держава подбала про це.

Ще одне питання: глікозильований гемоглобін. Скажіть, будь ласка, зробили порядок: кожний квартал маємо здавати глікозильований гемоглобін. Глікозильований гемоглобін – це є приватні фірми, яким платяться гроші. 300 гривень на квартал викидаєш за аналіз, бо це приватні. Чи не можна зробити от усім інсулінозалежним хворим з державного бюджету закупку от цього аналізу проводити не з свого карману? За 1 тисячу 300 гривень, яку людина отримує, ну, переважно всі так отримують, більше-менше, купити ліки, глікозильований гемоглобін зробити і купити тест-смужки. Чи невже не можна запрограмувати, перепрошую, поставити так, що ті люди, які на інсуліні, які мають хоча би інвалідність, дати ті ліки, той глікозильований і тест-смужку безкоштовно?

Глюкометри ми закупили. Наша організація вже працює з 1990 року. Повірте мені, скільки ми скринінгів зробили, напевно, я не порахую, не згадаю. Але ми кожного тижня по два рази на тиждень проводимо скринінги. Які ми кошти тратимо, це наші вже якісь, знаєте, турботи. Але якби держава це зробила, це було би набагато краще.

До нас приїжджали і з Києва, і з різних куточків України на запрошення на такі "дні діабету". І всі бачили, були у нас люди навіть з Італії, коли ми проводили до дня міста, було велике дійство в центрі міста, була велика палатка і проводили. І люди з Волині, з Італії питаються: "А що це таке?" І кажуть: "А в нас такого немає. Ой, які ви молодці!" Ми виявляли на день до 10 чоловік уперше виявлених. Скажіть, це допомога лікарям? Правда, допомога? І це тому хворому, який не знає, теж допомога.

То чому не виділити з державного бюджету ці кошти, щоб ми їх не шукали, щоб ми їх не вишукували, де знайти, щоб закупити оті тест-смужки? Я вважаю, що це потрібно робити.

І на закінчення, я перепрошую, бо багато хотілося, сказала те, що сказала. Дуже вам щиро вдячна, що я висказала те все. І бажаю, щоб ви ніколи не знали цієї хвороби і щоб ваша родина не отримала того, що я отримала за своє життя. Тому що дуже гірко жити і не знати, що в тебе завтра, якщо держава про тебе не дбає. А коли держава повертається до тебе спиною, тобі ще гірше.

Бажаю всім натхнення, здоров'я, медикам терпіння до нас, бо ми трошки є своєрідні, діабетик трошки нервовий буває, так що ви нас пробачте. І всього найкращого.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

Я запрошую до слова Власенко Ірину Олексіївну – це член правління Європейського регіону Міжнародної діабетичної федерації (IDF).

ВЛАСЕНКО І.О. Дякую.

Вельмишановна президіє, шановні колеги, шановні друзі, яких я бачу тут! Перш за все, я хочу подякувати комітету Верховної Ради за те, що ви відреагували на ініціативу Української діабетичної федерації провести таке засідання, повне емоцій, повне проблем засідання. Це дуже важливо. І треба говорити. Якщо ми будемо говорити, може, знайдемо план вирішення наших проблем.

Як уже казали, основна національна політика по діабету була затверджена Резолюцією ООН по діабету, і основним досягненням цієї Резолюції було те, що саме призив був до всіх держав, до всіх міністерств охорони здоров'я ввести програму "Цукровий діабет". Ви можете її назвати по різному: програма, стратегія, політика, план дій, як завгодно, але це має бути такий ґрунтовний план наших дій, який має фінансуватись, як казала Валентина, ми не можемо знайти гроші на якісь окремі моменти і латати дірки, потрібно планово зробити програму, яка б забезпечувалась фінансуванням.

Щодо звіту ВООЗ, який був опублікований в 2016 році, як вже казали, що в розділі "Впровадження та фінансування національних програм" 156 країн рапортують, що вони прийняли національну програму, 127 - кажуть, що вони мають на це кошти і 126 – рапортують, що в них виконується ця програма більш-менш в якомусь об'ємі.

Але ми частина Європи, і я хочу сказати, що у 32-х, тут вже останні дані, із 47 країн є національний план. Ми, які ще в 1990 році мали програму "Цукровий діабет", і ми зараз в цих країнах, в яких немає цієї програми, я вважаю, що це не має бути. Ми сучасна країна. Так, в нас є проблеми, але я вважаю, що має бути бажання і та необхідність, яка на сьогодні є.

Наступний слайд, будь ласка. Ця програма має бути, є IDF, є, як сьогодні вже казали, всі рекомендації Американської діабетичної федерації, наукової я маю на увазі, і Європейська асоціація вивчення діабету, вони, звичайно, дуже важливі для стандартів, для розробки стандартів. Але я звертаю вашу увагу на той науковий потенціал, на ті документи, які розробляє IDF, він залучає науковий потенціал світу. Наприклад, ви це все можете знайти на сайті IDF, дуже доступно, дуже просто.

Це має бути також положення. Вони розробляються згідно проблем. Наприклад, положення про біосиміляри. Це питання дуже важливе сьогодні. Ви знаєте, ви стикаєтесь з цими проблемами кожен день, я маю на увазі лікарів. Вони перша ланка, у них виникають ці проблеми. Тому звертайтеся, будь ласка, до цих положень по біосимілярах.

Розробили положення по мобільних девайсах. Це дуже цікаво.

Окрім того, в минулому році ми завершили таке дослідження європейське щодо бар'єрів надання практичної допомоги, діабетологічної допомоги. Це теж треба знати і вже реагувати, вони вже, ці дослідження, по Європі.

Наступне. Ми в стінах Верховної Ради сьогодні озвучили дуже багато проблем. Але я хочу сказати, що ми повинні, у нас іде реформа, і ця реформа – не так багато я почула проблем щодо реімбурсації, вони є, на них треба звертати

увагу і правильно реагувати. Тому що ця гарна система, яка працює в таких розвинутих країнах як годинник, але вона побудована також на страховій медицині. І з кишені пацієнта дуже рідко в країнах де доплачують. Ми нещодавно, два тижні тому, приїхали із саміту Східноєвропейських діабетичних асоціацій, який поводився в парламенті Молдови. І там теж впроваджена ця система реімбурсації, вона працює. Але там не доплачують пацієнти, тому що вона побудована, враховуючи і страхову медицину. Тобто іде покриття як з держави, так і з страхової компанії.

Я дуже вдячна. Я хочу звернути увагу, що система реімбурсації задіює також аптечні заклади. І я дуже вдячна своїм колегам, які тут присутні, провізорам, фармацевтам, які прийшли сюди і, я думаю, розкажуть про ті проблеми, які є, і на які треба реагувати, тому що за цим кожним кроком є життя людини. І нам здається це статистикою, але ви бачите: сьогодні ця статистика – це живі люди, які з вами сьогодні ділилися тим болем, який у них є кожен день.

Наступний слайд, будь ласка. Хочу ще звернути таку увагу, бо ми в стінах Верховної Ради, що є така програма, платформа IDF, яка організувала і мобілізує членів парламентів для обговорення цієї проблеми, для вирішення боротьби з цукровим діабетом. Ви бачите, наш вельмишановний пан Богдан Бенюк, пан Олег Мусій – вони також беруть участь у цій платформі, в обговореннях, підписують такі документи. Тому в тому числі й це ми теж маємо використовувати.

І наступне. Я дуже пишаюсь, що таке велике зібрання. В нашому засіданні бере участь наш професор, наш президент дуже великої організації, яка включає більше 200 членів з різних країн світу, що він долучається до нас, хоче зрозуміти наші проблеми і допомогти нам.

Сподіваюсь, що наша робота буде дуже плідна, тому що ми відкриваємо проблеми. Нам не потрібно звітувати, як все добре. Нам потрібно вирішувати проблеми.

А стоячи я хочу подякувати лікарям за ваш труд від усіх пацієнтів, тому що ви на передовій. І дуже вам вдячні всі. Пам'ятайте, ваше слово для пацієнта – це закон, тому що ви скажете – будемо працювати.

Дякую вам усім за увагу.

(Оплески)

КИРИЧЕНКО О.М. Я щиро дякую.

Ми заслухали всіх, хто був запланований до виступу. Ми зараз переходимо до наступного етапу – все-таки це є обговорення. Я прошу вас всіх пам'ятати про те, що це "круглий стіл", який має завершитись Резолюцією цього "круглого столу". Тобто це ті тези, які ми маємо записати, акцентувати на них увагу і все-таки знайти шлях імплементувати це в життя.

Тому у ваших всіх дискусіях я прошу все-таки бути максимально коректними і чіткими.

Зараз, якщо ваша ласка, я запрошую до слова, це перша людина в обговоренні, Петренко Людмилу Іванівну – це президент Міжнародної діабетичної асоціації України і головний редактор науково-популярного журналу "Діабетик".

ПЕТРЕНКО Л.І. Дякую. Я теж хочу приєднатися і привітати всіх з Днем медичного працівника. Побажати всім здоров'я. А також запрошую всіх спільними зусиллями долати ті негаразди, які сьогодні є в медицині.

Окремо хочу подякувати комітету Верховної Ради, особисто голові комітету і заступнику - Ользі Вадимівні і Олегу Мусію за ті звернення, з якими ми завжди як громадська організація по проблемах для хворих на цукровий діабет звертаємося до комітету, і вони не залишають наші звернення без уваги.

Хочу сказати, що той проект, який сьогодні запроваджений в Україні, вистражданий нами з 2005 року, і нарешті він працює в Україні. За цим проектом сьогодні ми вже знаємо, скільки пацієнтів інсулінозалежних отримують інсулін, які інсуліни вони отримують, які витрати держави є і який у них рівень контролю.

На жаль, коли в 2014 році ми зробили моніторинг контролю хворих на цукровий діабет, перед цим у нас було надання гуманітарної допомоги саме препаратами, тисячі препаратів глікованого гемоглобіну, а потім зробили проект з усіма областями, то ми побачили, що тільки 20% наших хворих мають нормальні показники глікемії. Тобто решта 80% - це люди, які мають ризик ускладнень, і це лягає на бюджет не тільки сім'ї, але і держави. Тому витрачається 20% на лікування, а 80% це на лікування ускладнень.

Тепер сьогодні держава відшкодовує тільки за інсулін. І що я хочу сказати, перед цим засіданням я давала запит в Державний експертний центр, на сьогодні у нас ті, що отримують інсулін, 199 тисяч 147 осіб. З них за інсуліном прийшло всього 160 тисяч 825 осіб. Тобто 38 тисяч 322 особи не прийшли отримувати інсулін! Я питаю: чому? Перше хочу, щоб ви записали: проаналізувати, в яких областях самий більший відсоток пацієнтів не з'явилося за інсуліном і чому саме? Чому? Запишіть, будь ласка, це перше.

(Шум у залі)

ПЕТРЕНКО Л.І. Ми говоримо про те, що наш реєстр сьогодні виявляє "мертві душі". З чим ми стикаємось? Там добре працює державний центр, але коли ми відсилаємо, наприклад, запрошення до наших хворих з'явитися на Всесвітній день діабетиків, 20 років проводимо вже в Україні, то приходять такий нам відпис "такого дому не існує за такою адресою". Розумієте? Це "мертва душа". Тобто сьогодні у нас 38 тисяч 322 особи треба з'ясувати, чому і в якій області самий більший відсоток пацієнтів не з'явилося за інсуліном.

Не дивлячись на те, що реєстр хворих та реімбурсація все ж таки дозволяють нам економити до 500 мільйонів гривень щороку, пацієнти

стикаються з недостатнім фінансуванням у деяких регіонах. Тобто про що ми говоримо? Сьогодні держава відшкодовує медичними субвенціями десь 60% всього від потреби. Решту потреби повинні виділити місцеві бюджети. І дуже важко сьогодні з місцевими бюджетами працювати, щоб вони виділяли кошти на закупівлю інсулінів. Тільки вчора мені був дзвінок з Бучі, в них немає зараз коштів на інсулін. Тобто субвенція закінчилася. Треба аналізувати, яка область і місцеві бюджети може покрити ці 20-30 відсотків, а яка не може. То це або державна повинна 100 відсотків відразу відшкодовувати від потреби саме областям на інсуліни.

Тому хочеться, щоб ви записали, чому місцеві бюджети не виділяють кошти на 100-відсоткове забезпечення, тобто додаткове, на інсулін. Тому що в минулому році саме влітку в 4 областях, а саме в Харкові, не видавався пацієнтам інсулін 3 місяці. Три місяці наші пацієнти в Харкові не отримували інсулін. Довелося вийти з відкритим листом на Прем'єр-міністра Гройсмана, повідомити про цю проблему. І хочу сказати, що за два тижні ця проблема була вирішена, додаткові кошти, медична субвенція пішла не тільки на ці 4 області, а й на всі інші області, і ми змогли прожити на ці кошти перший квартал. Але зараз знову така ситуація настає в багатьох областях – закінчуються кошти саме на інсулін. Тому треба звернути увагу: або держава виділяє 100 відсотків на закупівлю і віддає медичну субвенцію, або чітко вписати, що місцеві бюджети повинні покривати 20, 30, 40 відсотків з місцевих бюджетів. І це повинні депутати на місцевих радах записати собі в свої плани, щоб це було виконано.

Що я хочу сказати про тест-смужки. Тут виступала мама. Ми також всі є хворими на цукровий діабет, у нас теж є хворі діти, онуки і таке інше. Що я хочу сказати? На сьогодні держава видає з розрахунку лише 2 тест-смужки на день, але хворі на цукровий діабет, особливо дитина, йому робиться від 7 до 10 замірів цукру у крові. У нас 2 роки була дуже велика затримка, 2015-17 роки, наші діти не отримали жодної тест-смужки. Ми тримали на контролі всі ці рішення. Ми зустрічалися багато разів з тими організаціями, які закуповували. І в цьому році дали 22 упаковки тест-смужок нашим дітям. Тобто з тими заборгованостями, які були від Міністерства охорони здоров'я. Але з чим ми стикаємося? На місцях що роблять? Не видають 22 упаковки тест-смужок. Дуже багато іде телефонних дзвінків. Видають 16 або 18 лише упаковок. Це теж ми тримаємо на контролі, будемо аналізувати, чому так відбувається.

Якщо наші хворі, наприклад, діти, 365 днів, 7 штук на день взяти цих тест-смужок, то це виходить 2 тисячі 555 штук, помножити на саму дешеву на сьогодні упаковку, це 300 гривень, то виходить на рік 766 тисяч 500 гривень, це повинна витратити сім'я тільки на закупівлю тест-смужок для того, щоб здійснювати контроль за перебігом хвороби. Розумієте? Це дуже велике навантаження. І коли ми говоримо про те, що треба зменшити навантаження на бюджет, ми це розуміємо, і тому ми пішли саме на цю систему реімбурсації, яка дає нам змогу зекономити кошти і бачити, вирахувати, скільки потреба коштів.

На сьогодні яка нова проблема у нас є? Ми говоримо багато, але проблема яка. Оскільки наш проект уже відбувається рік, то у нас в кожній державі існує національний перелік. Так було створено і в 2016 році Національний перелік тих лікарських засобів, які закуповуються за державні кошти. Оскільки ми побачили в тому Національному переліку, що і нам рекомендують, 40 одиниць мілілітрів свинячого інсуліну, а в Україні вже з 2006 року наші хворі не отримують 40 мілілітрів, ми вже давно перейшли на 100 мілілітрів. Ми зразу написали листа в Державний експертний центр, тому що ми не знаємо, хто це складав такий нам національний список. Експертний центр нам зняв цих 40 одиниць мілілітрів свинячого.

Але що нам залишили? Нам все-таки залишили в цьому Національному переліку тільки флаконні види інсуліну. Ви самі розумієте, якщо наші флаконні види інсулінів, а наші діти, підлітки, наші ті, що мають втрачений зір, інваліди, приймають інсуліни в картриджах, то вони не можуть приймати ін'єкцію в шприцах. Розумієте?

Тому ми сьогодні, тобто ми ще в 2016 році наполягали на те, що раз є у нас сьогодні Національний перелік, або вносьте туди всі види інсулінів в картриджних формах, які зареєстровані в Україні аналогові форми інсуліну...

КИРИЧЕНКО О.М. Шановна Людмила Іванівно, вибачте, будь ласка, що я вас перебиваю. Вибачте. Але я пропоную інший шлях. Ви піднімаєте багато питань...

ПЕТРЕНКО Л.І. Я вже закінчую... Ви виходили, і тому ви не чули. Це і є проблема на сьогодні з 19-го року...

КИРИЧЕНКО О.М. Почекайте, будь ласка. Я пропоную провести окрему нараду, тому що тут фахівці, які і так знають вашу проблематику. Ви піднімаєте ті питання, які має вирішити МОЗ. Тому я пропоную провести окрему нараду з фахівцями МОЗ, щоб вони запропонували шлях. Це так. Але ж це не проблема "круглого столу" .

ПЕТРЕНКО Л.І. Якщо ви нам це влаштуєте. Тому що за півтора року ми з Міністром охорони здоров'я зустрітися не можемо. Вона просто від нас тікає. І якщо ви говорите, що ви знаєте цю проблему, але цього нам дуже замало, нам потрібно дійсно дієва допомога народних депутатів до прийняття не тільки національної програми по цукровому діабету і профілактиці, але ще і закону для діабетиків, який є в багатьох країнах. Тому я вас запрошуюю до активної участі, депутатів.

Свого часу ми змогли зняти двічі, отримати на парламенті 239 голосів і вирішити ті проблеми, які були на той час. Сьогодні дуже важко працювати саме з депутатами і з Міністерством охорони здоров'я. Ви говорите: "Ми зараз поговоримо". Але у нас сьогодні немає тут ні жодного заступника міністра

охорони здоров'я, жодного немає! Це ми побалакали і розійшлися. А міністерство – воно є окреме собі міністерство, робить те, що хоче. От і все.

Тому що вперше в житті за 20 років, коли ми проводимо Всесвітній день діабету, в тому році міністерство не з'явилося, жодний представник, Всесвітній день діабету проігнорували.

КИРИЧЕНКО О.М. Я ще раз прошу пробачення.

ПЕТРЕНКО Л.І. Не проігнорував Президент, розумієте, а проігнорувало Міністерство охорони здоров'я.

КИРИЧЕНКО О.М. Я народний депутат, який присутній тут, і слухаю вас.

ПЕТРЕНКО Л.І. Тому я прошу вас.

КИРИЧЕНКО О.М. Ваша досада, она об'яснима, но все-таки давайте в пределах...

ПЕТРЕНКО Л.І. Запишіть, будь ласка. Провести окрему нараду по національному переліку, що закупується за державні кошти.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

В мене є список з декількох осіб, які записались на обговорення, а після цього я буду надавати слово тим, хто піднімає руку.

Зараз я до слова запрошую Горбасенка Ігоря Михайловича. Це член Національної ради з питань протидії туберкульозу, ВІЛ/СНІДу при Кабінеті Міністрів України.

ГОРБАСЕНКО І.М. Доброго дня...

КИРИЧЕНКО О.М. Я все-таки прошу дотримуватись регламенту – 3 хвилини, тому що багато людей, які хочуть виступити, і ми маємо дати слово кожному.

ГОРБАСЕНКО І.М. Я буду намагатись коротенько. По-перше, я поздоровляю всіх, хто тут є, і лікарів, і тих, хто їм співчуває, з Днем медичного працівника.

По-друге, хочу звернути увагу на подвійну проблему: туберкульоз, ВІЛ/СНІД, діабет, і що б я тут не говорив, а присутня тут представник Інституту фтизіатрії мені не дасть збрехати, така проблема існує, вона дуже-дуже серйозна.

Тепер, завдяки стрімкому поширенню стійких до ліків форм туберкульозу, проблема драматизується. Люди з діабетом приблизно в 2,5 рази частіше страждають від туберкульозу, ніж люди без діабету.

Для вирішення цього подвійного навантаження в 2011 році ВООЗ та Міжнародна спілка по боротьбі з туберкульозом і хворобами легень розробили настанови з догляду за контролем туберкульозу і діабету, які рекомендували країнам вжити ряд заходів, в тому числі проведення двохнаправленого скринінгу на туберкульоз і діабет. Але як в нас це робиться, ви знаєте.

Відносно туберкульозу. По туберкульозу Україна зайняла перше місце в світі по захворюваності на туберкульоз з широкою лікарською стійкістю. В цьому році вона трішки поступилась Білорусії, але проблема існує. Знаєте, яка виліковність резистентних форм туберкульозу? 43,5 відсотка. А інші ідуть в паліатив. І от там, в паліативі, діабетики, і ми повинні зробити все, щоб ці люди не страждали.

В Україні ще існують категорії, які завдяки зниженню безпеки і стабільності життєдіяльності, це стреси і так далі, знаходиться 2,5 мільйони внутрішніх переселенців і воїни війни на Сході України.

Тому перед державою і нами стоять декілька питань: розробка, затвердження та впровадження стандартів лікування відповідно до сучасних світових стандартів з метою мінімізації ризиків розвитку туберкульозу. Внесення змін до національних планів дій з туберкульозу, в першу чергу, до загальнодержавної програми протидії туберкульозу, там діабету не існує, а повинен бути.

Також важливим вважається включення представника Української діабетичної федерації до складу Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/ СНІДу.

Скажу вам, що глобальний фонд, який акумулює кошти, він надав на СНІД за всі роки десь 700 мільйонів доларів, на туберкульоз там десь 150 мільйонів. Діабету там не існує. Тому, якщо не буде голосу людей з діабетом у цій раді, яка вирішує, хто буде отримувати кошти, люди з діабетом кошти не отримають. А ви знаєте прислів'я, Богдан Михайлович не дасть мені збрехати, це з Шекспіра: "Из ничего и выйдет ничего". Є гроші - є боротьба ефективна.

Далі ми, а нас всього дві людини в Національній раді, які "заточені", як кажуть, на туберкульоз, ми "пробили" питання введення в Національну раду представників людей з Української діабетичної федерації. Це було в травні минулого року. Ввели, Кабмін згодився, і до цього часу Кабмін не "роздуплився", я вибачаюсь за сленг. Він повинен прийняти рішення.

Тому я прошу по цих двох питаннях, а саме: по корегуванню загальнодержавної програми по боротьбі з туберкульозом відносно діабету, а також про включення представників Української федерації до складу Національної ради.

Взагалі скажу, якщо б Богдан Михайлович був саме членом Національної ради, то там би всі питання стали б з голови на ноги.

І ще висловлю своє переконання, ну, це вже не для протоколу, що будь-які медичні реформи, їм має передувати або йти поряд з ними реформа медичного страхування. У нас обіцяють реформу медичного страхування в 2020 році. Тому дай Бог нам не пережити, дай Бог нам не відчути якісь негативні наслідки цього дисонансу. Але ми всі ми повинні розуміти, як повинно бути і як воно іде.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Я дякую.

Я до слова запрошую Войцехівську Наталію. Будь ласка.

ВОЙЦЕХІВСЬКА Н. Доброго дня. Мене звати Наталія Войцехівська, волонтер Української діабетичної федерації.

І так сталося, що я вже майже 20 років живу з людьми і працюю з людьми з цукровим діабетом, тобто я знаю життя з цукровим діабетом. І хочу сказати, що на сьогодні ми вже багато говорили про медичну допомогу тим людям. Вона існує, вже друге питання якої вона якості, але вона існує.

А що стосується вже інформації для людей з цукровим діабетом, а саме підготовки, тобто методів самоконтролю цукрового діабету, то тут у нас, з моєї точки зору, проблема. Чому? Тому що я спілкуюсь з цими людьми, я знаю цих людей, і в нас немає єдиної системи самоконтролю, самонавчання і навчання людей з цукровим діабетом.

Хотілось би, я передаю інформацію від усіх людей з цукровим діабетом, щоб була єдина програма, державна програма для таких людей, щоб вона була сертифікована, щоб вона існувала у всіх закладах і щоб вона була державного рівня. Це дуже важливо, тому що коли людина отримує діагноз "цукровий діабет", проходить всі діагностичні методики і потім вона потрапляє додому, то вона не знає, що далі робити, як справлятися зі своїм станом, і чому в лікарні було все добре, а дома вже цукор то низький, то високий. Так? Тому дуже важливо, щоб були такі системи, щоб вони були державні, щоб вони мали сертифікат і щоб вони мали єдиний процес.

В свою чергу хочу сказати, що мала досвід роботи в Українській діабетичній федерації і мала можливість отримати освіту інтернаціонального характеру щодо навчання людей з цукровим діабетом і самоконтролю. Цю освіту я отримала в Казахстані. А вона була інтернаціонального характеру чому, тому що Казахстан мав змогу запросити з Німеччини викладача. Вони запросили, ми теж зі своїми колегами потрапили туди на навчання. Ми отримали сертифікати, Казахстан впровадив це навчання в своїй країні, а Україна такої змоги не має, тому що ми не фінансуємося.

Прошу внести це до Резолюції, тому що це важливо.

Ще одне питання, яке важливе, як мені задається, для людей з цукровим діабетом, це коли жінка з цукровим діабетом хоче народити дитину. Вона відповідає за життя, за здоров'я не тільки себе, а і, звичайно, другої людини – це своєї дитини. І вона не має ніякої підтримки і не знає, як контролювати свій стан,

стан двох людей. Тому це питання теж дуже нагальне для нас, прошу внести в Резолюцію.

На сьогодні багато людей з цукровим діабетом не мають підтримки щодо контролю цукрового діабету: тест-смужки, контроль результатів – не можуть контролювати цукор. Тому я дуже б просила, щоб цю програму теж впровадили в Україні. Тому що пишуть і в міністерстві, і говорять всі лікарі, і підтримують всі лікарі, але ми, люди з цукровим діабетом, не маємо тест-смужок і не всі маємо можливість їх купити.

От такі питання. Не знаю. Я сподіваюсь, що ви мене почули, тому що багато з лікарів ці питання піднімали.

І ось дуже дякую, пані Наталю, дійсно, коли дитина або уже більш старша людина отримує діагноз "цукровий діабет", то вона розгублюється. Діагноз – це одне, лікування – це друге, а вже адаптація і підготовка, і, скажімо так, самоконтроль, а цих програм немає – це вже друге, і дуже важливе питання, з нашої точки зору.

Нагадую, що мене звати Наталя Войцехівська, я волонтер Української діабетичної федерації. І я вже 20 років спілкуюся з людьми з цукровим діабетом. Тобто це досвід.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Я вичерпав список людей, які записалися на виступ. Тому я буду надавати слово за піднятою рукою. Будь ласка. Але ж представляйтеся, щоб було зрозуміло.

ЛУКАШЕВИЧ П.Ю. Дякую. Мене звати Павло Лукашевич – це компанія "Фармак".

І, власне, у мене дуже маленька ремарка, тому що "круглий стіл" - можна дуже довго говорити. Перед тим, як створилися всі програми по реімбурсації, реімбурсації інсулінів, по програмі "Доступні ліки", були так звані робочі групи, які регулювалися наказами Міністерства охорони здоров'я, і вже пройшло достатньо багато часу. Тому у мене пропозиція включити в Резолюцію – це поновити роботу робочих груп саме по реімбурсації препаратів інсуліну, тому що якраз робоча група напрацьовувала, і вона достатньо всебічно зможе оцінити результати і внести корективи для того, щоб це працювало краще. Маленька ремарка.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Будь ласка.

НАУМОВА О. Уважаемые коллеги, я хочу представиться. Наумова Ольга. Я являюсь президентом "Украинского общества целиакии". И хочу немножко

обратить ваше внимание на такую проблему, сопутствующую сахарному диабету, как непереносимость глютена, целиакию. И на сегодняшний день, если мы говорим о распространённости ассоциации - целиакия и диабет, то это у одного из десяти больных сахарным диабетом развивается целиакия. Целиакия – это генетически обусловленное заболевание, которое проявляется пищевой непереносимостью глютена, и является достаточно частой патологией, которая ассоциируется со многими аутоиммунными заболеваниями, и в первую очередь именно с сахарным диабетом. Это связано в первую очередь с тем, что существует очень много моментов в патогенезе этих двух аутоиммунных заболеваний.

Хочу обратить внимание на ту проблему, что если мы говорим о европейских протоколах и если мы говорим о том, как на сегодняшний день диагностируется целиакия среди пациентов как взрослых, так и детей с сахарным диабетом I типа, то все существующие протоколы говорят о тотальном скрининге целиакии среди пациентов с впервые выявленным сахарным диабетом I типа. И, к сожалению, в нашей стране, уже неоднократно обращаясь к эндокринологам о том, что необходимо обратить на это внимание, во всех существующих протоколах и рекомендациях эта ремарка отсутствует. То есть дети не скринируются на целиакию, когда ставится первый раз сахарный диабет I типа.

Хочу обратить внимание, что Международное общество педиатров-диабетологов в своих рекомендациях подчеркивают о необходимости проведения скрининга у детей и подростков с момента первый раз выставленного сахарного диабета I типа, причем не однократно, а ежегодно в течение 5 лет. И хочу обратить внимание, что это не говорится о пациентах, у которых есть какие-либо клинические признаки проявления непереносимости глютена, а именно о тотальном скрининге. В течение 5 лет один раз в год эти пациенты обследуются на непереносимость, а в последующем один раз в 2 года. Более частому обследованию подвергаются люди, у которых в семье уже продиагностирована целиакия, а родственники имеют сахарный диабет I типа.

Хочу еще обратить ваше внимание, что в этом году произошло такое достаточно важное событие. В мае Европейская ассоциация детских гастроэнтерологов и нутрициологов совместно с Европейской ассоциацией обществ целиакии подготовили такой манифест изменений, документ, который касается вопроса раннего выявления и установления диагноза "целиакия". И обратились с этим документом ко всем европейским странам и их правительству. Цель этого документа – создание возможности для предоставления пациентам, начиная с детского, именно подчеркну, возраста полноценных и безопасных условий жизни, обучения, проведения досуга и создания свободной и развитой личности, несмотря на существование у них такой тяжелой проблемы. А дети, у которых сопутствующий диагноз идет, диабет и целиакия, особо подвержены такому вот вниманию. Вышеупомянутые ассоциации призвали все страны Европейского Союза и страны, которые

являються асоційованими членами ЄС, внедрить и развить программу ефективного виявлення непереносимости глютенa, чтобы обеспечить как можно более ранню диагностику целиакии в первую очередь у детей с диабетом, которая является достаточно распространенным заболеванием в европейской популяции.

А я прошу со своей стороны внести в Резолюцию тот факт, что необходимо тотальное скринирование детей уже с поставленным диагнозом "сахарный диабет" I типа, и поддержать нашу инициативу в проведении пилотного проекта о ранней диагностике целиакии среди детей с сахарным диабетом в четырех областях. Это Киев, Одесса, Харьков и Львов.

Благодарю за внимание.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

Будь ласка.

ВЕНДЗИЛОВИЧ Ю.М. Дякую за слово. Вендзилович Юрій. Представляю Львівську область. Я хотів би наголосити на пункті частини 7-ї проекту Резолюції, а зокрема на пункті 7.2: "Вжити заходів для збереження наявної мережі та кадрового потенціалу комунальних закладів охорони здоров'я, що надають ендокринологічну допомогу населенню на первинному, вторинному і третинному рівнях. Забезпечення закладів охорони здоров'я сучасними діагностичними системами для оцінки ефективності лікування хворих, своєчасного виявлення та лікування ускладнень цукрового діабету".

Про це багато було сказано сьогодні, але не секрет: місцева влада під реформою "первинки" передає всі повноваження і старається все ж таки зобов'язати "первинку" займатися всіма проблемами, і в результаті реімбурсації, перенесення всіх хворих, скажемо, на рівень II типу, на рівень сімейного лікаря, терапевта дільничного, а всі решта – як би вважається, що ця проблема вже вирішена, і лікарі-ендокринологи - це вже питання, ну не будемо вважати як пережиток, але щось у тому дусі вже у нас відчувається.

Тому я би дуже був вдячний, якщо б цей пункт був обов'язково внесений в Резолюцію, саму Резолюцію.

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую за увагу. Це одна із тез наших інституцій, тому я вважаю, що це не дискусійне питання.

Будь ласка.

ПРОЦЮК О.В. Процюк Ольга, Національна медична академія післядипломної освіти.

Шановні учасники "круглого столу"! Багато питань, які сьогодні піднімалися як проблемні, можливо вирішити за допомогою уніфікованих клінічних протоколів надання медичної допомоги, які були розроблені зокрема і

для цукрового діабету і I типу. Це Наказ № 1021 від 28 грудня 2014 року і Наказ № 1118 від 21 грудня 2012 року. І там якраз передбачається і взаємодія лікарів різних рівнів надання медичної допомоги. Вони були розроблені зокрема і шановними колегами, які присутні сьогодні і робили доповіді. І ви знаєте, що вони розроблені на основі клінічних настанов NICE (National Institution for health and clinical excellence). Тобто це всі рекомендації, які мають доказову базу.

Ви знаєте, що тимчасово виконуюча обов'язки міністра охорони здоров'я Уляна Супрун сказала, що ми можемо користуватися міжнародними протоколами. Але ж вони все одно повинні бути адаптовані саме для нашої країни, і саме для нашої країни ми повинні обрати й індикатори надання якості медичної допомоги. До речі, в протоколі, який присвячений I типу, там передбачено обстеження дітей з цукровим діабетом I типу на целиацію, але тільки ті категорії, які часто мають гіпоглікемію.

Я вважаю, що ці документи є, вони дієві, вони, звісно, потребують вдосконалення, так як в 2015 році і був переглянутий Наказ № 1118, але, на жаль, він не був остаточно підписаний. Хочу підняти питання, що все ж таки документи є, вони досить дієві і ми повинні ними користуватися.

Дякую за увагу.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Будь ласка.

МІСЮРА К.В. Катерина Місюра, державна установа "Інститут проблем ендокринної патології імені Данилевського" (Харків).

Цілком зрозуміло, що розробка національної програми профілактики цукрового діабету – це єдиний шлях вирішення цієї проблеми з одночасним зниженням її економічної вартості. Про це свідчить і наш досвід, і досвід світовий. Але у мене, мабуть, виникло таке питання. У заключенні, яке представлено експертом МОЗ, написано, що вже декілька областей представили і затвердили на міському і обласному рівні регіональні програми профілактики. Але ж як це може бути, якщо на національному рівні немає затвердження алгоритму цієї діяльності, складення цього протоколу і немає юридичної та фінансової підтримки таких програм? Тобто юридично немає документа, який би давав нам змогу їх розробляти.

Наш інститут – Державна установа "Інститут проблем ендокринної патології" – вже майже 13 років займається клініко-популяційними дослідженнями, які ставлять за мету медико-економічне обґрунтування методичних підходів до цієї проблеми. І наш досвід свідчить, що виділити конкретну групу високого сумарного ризику при проведенні скринінгу - це ще можливо на рівні сімейної медицини, на першому рівні. Але без подальшого проведення в достатньому обсязі нагляду за цією групою, за проведенням просвітницької роботи - на своїй ділянці лікар першого ланцюга не зможе зробити в силу свої завантаженості по цілому ряду напрямів своєї діяльності.

Тому потрібно відверто визнати, що без роботи з групою цього високого ризику вся попередня робота по скринінгу втрачає сенс. Тому ні в якому разі не можна проводити профілактику діабету, якщо, на нашу думку, немає організації при лікувальних установах кабінетів профілактики або організації в регіонах центрів профілактики, які б ставили за мету своєї роботи проведення нагляду і просвітницької роботи як у взагалі населення, так і осіб високого ризику.

Ще один момент, на який хотіла би акцентувати увагу. Як вже неодноразово сьогодні говорилось, до основних чинників, які модифікуються, цукрового діабету II типу відносять абдомінальне ожиріння. Тому основні зусилля в роботі, як і це відображено в Резолюції, спрямовані на боротьбу з цією проблемою.

Але ця робота дуже серйозна й відповідальна, трудомістка, потребує грамотного підходу, щоб не завдати пацієнтові додаткової шкоди. Тому нею повинен займатися не сімейний лікар, медсестра кабінету, а кваліфіковані фахівці: лікарі-дієтологи, лікарі з лікувальної фізкультури. Кабінети ці повинні бути оснащені спеціальним обладнанням. Мати достатньо приміщень для проведення групових теоретичних і практичних занять. Мати в штаті на основі сумісництва ставки кардіологів, гастроентерологів і обов'язково психологів.

Тому я пропоную внести до Резолюції цього нашого "круглого столу", що, по-перше, треба розглянути можливість створення на регіональних рівнях або при лікувальних установах кабінетів профілактики та центрів профілактики, які будуть займатися як проведенням скринінгів і виявленням груп високого ризику, так і в достатньому об'ємі проводити просвітницьку роботу і нагляд за пацієнтами, які будуть віднесені до групи високого ризику.

Без чіткої юридичної основи цього алгоритму, без чіткої фінансової підтримки ця робота не може виконуватися ні сімейними лікарями, ні ендокринологами.

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Мені була опоненція. Якщо можна, я прокоментую.

По-перше, регіональні програми працюють доволі ефективно в рамках законодавства, яке уже існує. На сьогодні з 2015 року в Україні існує децентралізація, самоврядування і тому кожен регіон може робити так, як він вважає за потрібне для свого населення, для своїх пацієнтів і так далі.

По-друге, все ж таки я вважаю, що профілактика – це завдання первинної ланки, а не високоспеціалізованих установ. Бо хто з регіонів, вибачте, проїде 60 кілометрів, щоби зробити профілактичний огляд? Це просто нісенітниця!

Дякую.

КИРИЧЕНКО О.М. Шановні колеги, я прошу вас утримуватись від таких різких коментарів, тому що є фахівці, тут всі фахівці, які мають свою точку зору.

Ви можете сприймати її або не сприймати, але треба приводити логічні аргументи, а не "клеїти ярлики". Вибачте, будь ласка.

МАРЧУК Ю.О. Доброго дня! Мене звати Марчук Юлія, я представник "Академії сучасного політика".

Я просто мама, яка буквально місяць тому приводила дитину на обстеження і на діабет, і на целіакію в тому числі, і хочу задати також питання до Кондрацької Ірини Миколаївни: як ви бачите перший зв'язок між заробітною платою лікарів та клінічною інерцією лікарів? Це перше.

І друге. Чи є система контролю взагалі над тими документами, які створені на сьогодні? Тому що хочу сказати, що немає зараз ні в районного лікаря, де ми на обстеження стоїмо, ніякої немає ініціативи, контролю, немає жодного питання на коли нам прийти, тобто як ми самостійно створили своє харчування і як ми далі живемо, контролю з боку, це на практиці, держави жодного немає, контролю з виконання документів створених я не бачила особисто як документознавець по професії.

І якщо держава створила систему відшкодування і якщо створила умови для виділення бюджетів місцевих, там була така чітка фраза, що місцеві бюджети мають право виділяти кошти. Чи є якийсь конкретний відсоток чи конкретна якась межа, коли місцеві бюджети зобов'язані, а населення розуміє, що все останнє навантаження вони несуть самі? В такому разі людина розуміє, який формат вона дійсно зобов'язана розуміти, що це особисто її навантаження, і не буде "чарівної палички", не буде допомоги і від держави чекати немає чого. Це з точки зору самосвідомості населення, те, що ми хочемо сформулювати.

В мене все. Дуже дякую вам.

КИРИЧЕНКО О.М. Дякую.

Шановні колеги, я пропоную на цьому етапі підвести ризик. Думка кожного важлива. У нас буде працювати секретаріат Комітету з питань охорони здоров'я над підготовкою Резолюції по цьому "круглому столу". Тому ви можете кожен надіслати свої пропозиції в електронному вигляді, і ми будемо намагатись долучити до Резолюції "круглого столу" всі точки зору.

Зараз я запрошую до слова шановного професора Нам Чо. Я щиро дякую йому, що він надихнув і об'єднав навколо цієї проблеми провідних фахівців у цій галузі в Україні. І я прошу вас дати вашу оцінку, можливо, рецензію, можливо, якісь поради, щоб ми мали підтримку нашої точки зору.

НАМ ЧО. Дякую. Я почув вас усіх. Всі лідери думки в цьому питанні присутні, але все-таки загальну модель, я бачу, важко вибудувати. Я загалом поговорю про модель, яка може допомогти нам у цьому питанні. Є п'ять "А", п'ять пунктів. Це усвідомлення, підтримка, доступність, власне, доступ і здатність фінансова, доступність. Я би витратив п'ять годин, щоб пояснити всі ці п'ять головних пунктів, але в мене немає п'ять годин. Власне, який вам реєстр

потрібен, добровільний реєстр, обов'язковий реєстр, вам потрібно зробити той, який найбільше підійде вашій країні. Є цих п'ять пунктів і чотири сектори. Це, власне, лікарі-фізіотерапевти, так, у 95 відсотках вони виявляють, вони мають справу з цією проблемою.

Звісно, вам треба підвищити рівень їхнього добробуту, інакше вони не зможуть зосередитись на проблемах діабету. Звісно, адміністратори й ті люди, які відповідальні за напрями політики, їхня задача – створити ефективну модель. Вони зазвичай люблять витратити менше, але на більш ефективні речі. Один з компонентів – це, власне, пацієнти. А вони хочуть дуже якісну модель, але платити за неї менше.

Четверте – це фармацевтичні компанії й інші виробники. Вони люблять заробляти багато грошей. Власне, рецепт – це якщо б кожна зі сторін була згодна пожертвувати 20 відсотків того, що вони хочуть, на вирішення питання. Тобто щоб група, яка б займалася вирішенням цього питання, була збалансована й включала в себе всі чотири сторони.

КИРИЧЕНКО О.М. Thank you very much.

И сейчас я приглашаю к слову Тронько Николая Дмитриевича.

ТРОНЬКО М.Д. Шановні колеги, ну, приймаючи до уваги, що це заключне слово, я хотів би ще раз приєднатись до тих слів, які було сказано. Подяка керівництву комітету, тому що дійсно це питання давно вже повинно було би слухатись отут, в комітеті. І дуже вдячний, від усієї ендокринологічної спільноти я хотів би подякувати вам, особисто вам і Ользі Вадимівні, і всьому керівництву, і професору, президенту Міжнародної асоціація, який узяв участь. Це для нас дуже важливо. Чому? Тому що це наша думка і думка міжнародної федерації, які мають надзвичайно великий досвід по інших країнах світу.

Що б мені хотілося сказати? Ви знаєте, не буду зупинятися на тих і робити репліки, я хотів би, Людмила Іванівно, ви дуже слухні питання підняли відносно цих 30 тисяч хворих, які не отримують інсуліни, і немає у нас грошей для тест-смужок, то я думаю, я поступив би, знаєте, в два етапи.

Перший етап. Я як зробив би? Написав би листа виконуючій обов'язки міністра охорони здоров'я, листа від "круглого столу", щоб вони дали нам офіційну відповідь на ті питання, які ми в галузі медицини їм поставили. Тому що я хотів би, ви знаєте...

ПЕТРЕНКО Л.І. Ми вже це зробили. Ми чекаємо відповіді.

ТРОНЬКО М.Д. Ну от я чекаю, думаю. А потім зробити те, що, Олексію Миколайовичу, ви нам порадили. Зробити нараду відносно виконання тих чи інших положень.

По-друге. Тут було питання, дійсно, відносно навчання хворих на цукровий діабет. Це надзвичайно важливе питання. І може, тут не вимагається,

це я завжди казав, великих інвестицій. Але це дійсно потребує активізації цієї роботи. Я згоден, що на першому етапі, на першій ланці відносно цього ми повинні активізувати ці школи. Активізувати. І принципово змінити, як кажуть, принципово змінити навчання сімейних лікарів. Тому що ми маємо з вами досвід, і ви це добре знаєте, коли ми зустрічаємося з ними, вони, на великий жаль, не дуже добре обізнані з проблемою діабету. Це проблема. Але це треба робити.

Відносно цих грошей. Ви знаєте, ми повинні робити моніторинг відносно хворих на цукровий діабет. Ну я би зробив, я колись пропонував зробити якусь координаційну раду, до якої входили б представники громадських організацій, представники комітету.

Відносно моніторингу фінансів. От я вам скажу, 30 тисяч не отримали інсулінів, а де ж гроші? А гроші ж то виділені! Так, може, ці гроші координаційна рада, яка була при Міністерстві охорони здоров'я, перекинула б ці гроші на тест-смужки, на інші якісь проблеми. Але це треба робити. Це треба робити, тому що ми питання задаємо, а воно зависає в повітрі. Так що моніторинг не тільки хворих треба робити, а й моніторинг фінансування. Ну це такі часткові питання.

Шановні колеги! Я хотів би декілька слів сказати про те, що ми говорили. Є медичні питання і дуже такі організаційні питання, системні питання. Я думаю, що медичні питання ми згрупуємо. І я повністю згодний, що коморбідні стани, діабет і туберкульоз – це проблема, яку ми повинні також вирішувати, і розділити їх. Я думаю, в цьому відношенні ми з вами попрацюємо.

І декілька слів хотів би сказати відносно Всеукраїнської конференції, яку ми плануємо в наступному році десь в жовтні-листопаді, де будуть брати участь провідні фахівці в галузі діабетології як нашої країни, так і з-за кордону. Обов'язково будуть брати активну участь і буде секція для громадських організацій, де ми будемо вивчати досвід інших і переймати цей досвід в нашу систему охорони здоров'я. Це нам потрібно зробити.

Коли ми мали бесіду з президентом Міжнародної федерації, то, наскільки я зрозумів, звернення до виконуючої обов'язки міністра, нібито Міністерство охорони здоров'я буде брати активну участь у підготовці такої конференції.

Що б я хотів? Ми кажемо, що ми будемо робити. Але щоб ми через рік через ту кінцеву мету, заради чого ми тут зібралися, проаналізували ту роботу, яка буде відбуватися протягом цього року і наступного року.

Дуже дякую.

(Оплески)

КИРИЧЕНКО О.М. Щиро дякую, Миколо Дмитровичу. Це дуже важливо, що ви сказали.

Я від комітету щиро дякую всім присутнім. Для мене дуже важлива точка зору кожної людини. Я багато бачив різних поглядів на цю проблему, але я впевнений, що найголовніше, що ми зробили – про це потрібно говорити. Чим

більше ми про це говоримо, чим більше ми говоримо про цю проблему на різних рівнях, тим швидше ми знаходимо шлях для подолання цієї проблеми.

Я вітаю всіх лікарів, в тому числі співчуваючих у цій сфері людей, з професійним святом – Днем медика. Бажаю вам щастя, любові і наснаги у своїй професії.

Дякую.