

## СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" Комітету Верховної Ради України  
з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування  
на тему:

"Результати реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму  
фінансового забезпечення надання медичної допомоги  
в окремих науково-дослідних установах  
Національної академії медичних наук України"

10 грудня 2019 року

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Доброго дня, шановні колеги! Я пропоную починати. В нас вже 2-га година, маємо починати. Готові всі? Мінфін? Мінфін ініціював і не прийшов. А де пан Джигир? Ага, є. Так, починаємо.

Сьогодні Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування проводить засідання "круглого столу" на тему: "Результати реалізації пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги в окремих науково-дослідних установах Національної академії медичних наук України".

Для участі в обговоренні цього питання ми запросили народних депутатів України, керівництво Міністерства охорони здоров'я, Міністерства фінансів, представників Рахункової палати, Національної служби здоров'я, Національної академії медичних наук України та їх наукових установ.

З ініціативою щодо обговорення цього питання у такому форматі виступили Міністерство фінансів України та Міністерство охорони здоров'я. І наш комітет, безумовно, підтримав цю ініціативу.

Дозвольте вам нагадати, що цей пілотний проект реалізується за рішенням уряду з 2017 року у чотирьох провідних наукових установах Національної академії медичних наук: Національний інститут хірургії і трансплантології імені Шалімова, Національний інститут нейрохірургії імені Ромоданова, Національний інститут серцево-судинної хірургії імені Амосова та Національний інститут кардіології імені Стражеска. Його метою є удосконалення механізму оплати медичної допомоги третинного рівня та перехід від кошторисного утримання установ до оплати за надану медичну послугу.

Одним із завдань цього проекту було розроблення переліку медичних послуг, що мають надаватися на третинному рівні в рамках програми медичних гарантій та розрахунок їхньої вартості. Планувалося, що пілотні установи вийдуть на розрахунок реальної вартості медичної допомоги третинного рівня та забезпечать надання населенню безоплатних медичних послуг, оплачених державою, без доплати з кишені пацієнта. На його реалізацію з державного бюджету вже виділено 1,5 мільярда гривень: 2017

рік – 200 мільйонів, 2018-й – 600 мільйонів і 2019-й – 692 мільйони. Це окреме питання і в мене буде з цього приводу. У 2020 році планується виділити ще понад 700 мільйонів гривень.

Тому ми хочемо сьогодні почути результати, які здобули пілотні установи під час реалізації цього проекту. Також ми плануємо заслухати Рахункову палату, яка нещодавно завершила аудит ефективності реалізації цього пілотного проекту. Думаю, всім присутнім буде цікаво почути його результати. Крім того, всім вам відомо, що з квітня наступного року система охорони здоров'я України має перейти на нові механізми фінансування за конкретно надану медичну послугу за програмою "Медичні гарантії" для усіх рівнів надання медичної допомоги, у тому числі високоспеціалізованої.

У зв'язку з цим хотілось би також почути сьогодні відповіді на такі питання: чи увійдуть до програми "Медичні гарантії" у 2020 році заклади охорони здоров'я Національної академії медичних наук, які надають високоспеціалізовану медичну допомогу населенню (це в першу чергу до НСЗУ питання), якщо так, то на яких умовах? І що нам необхідно зробити для того, щоб наші громадяни мали доступ до високотехнологічної медичної допомоги, що надається у клініках провідних інститутів Національної академії медичних наук, а сплачувала за це держава без доплати з кишені пацієнтів. На мою думку, як мінімум, нам необхідно здійснити повний розрахунок ресурсного забезпечення медичних послуг, що будуть надаватися в цих клініках в рамках програми медичних гарантій, оскільки середня вартість надскладних операцій, які вони проводять, становить десятки, а іноді й сотні тисяч гривень. І пересічний пацієнт не спроможний оплатити таку допомогу. А держава в свою чергу повинна мати чітку уяву про потребу населення в такій допомозі та її вартість, щоб запланувати відповідний обсяг видатків на ці цілі.

На початку дозвольте надати слово моїм колегам – народним депутатам.

Шановні народні депутати, пропоную регламент 5 хвилин. Хто з народних депутатів хоче взяти слово? Прошу.

Прошу секретаріат слідкувати за регламентом.

МАКАРЕНКО М.В. Шановний Михайле Борисовичу, шановні колеги, шановні директори наукових, сільських медичних закладів, шановний Президенте Академії медичних наук! Я єдине хочу сказати коротко (до 5 хвилин), нам треба так зробити, щоб науково-дослідні інститути, які від Академії медичних наук, щоб вони фінансувалися тільки з бюджету. Зараз первинна, вторинна, я коротко хочу сказати, на фінансування медицини – 108 мільярдів гривень дано. Якщо ми це заберемо всі невідкладно, вторинний і третинний рівні, залишається 22 мільярди. 5 мільярдів гривень забирає

екстрена медицина. І на вторинну і третинну залишається 17 мільярдів гривень. Це нічого.

І зараз ці медичні науково-дослідні інститути – це є та програма, де хоча б щось в прогресі медицини і де поєднуються теорія і практика. І нам треба зробити так, щоб вони працювали з комфортом, а не так, що ми їх загубимо.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я не зовсім зрозумів, звідки ви ці цифри взяли.

Пані Оксано, це відповідає дійсності? Мені здається, що 72 мільярди на медичні гарантії.

МОВЧАН О.С. Розмір програм медичних гарантії на 2020 рік 72 мільярди гривень.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я дякую. Бо я думав, може, я щось не так почув.

Наскільки я розумію, що на "пілот" – це окремі кошти, не від НСЗУ, вони з окремого бюджету йдуть. Так, пане Джигир? Дякую.

Шановні народні депутати, хто ще має бажання? Прошу, пані Олю.

СТЕФАНИШИНА О.А. Доброго дня, шановні колеги! Дуже дякуємо за організацію цього "круглого столу".

Ми на комітеті вже це питання розглядали і обговорювали, власне, цей пілотний проект, який розпочався у 2017 році.

У першу чергу, у мене буде кілька питань. Нам учора ввечері розіслали інформаційні матеріали лише до цього "круглого столу", на превеликий жаль. Я не можу сказати, що вони є досить детальними, щоб досконало вивчити результати пілотного проекту, тому ми дуже очікуємо, по-перше, сьогодні детальних презентацій, дуже буде цікаво подивитися на звіт Рахункової палати, його нам не надали вчора. Можливо, він уже є у відкритому доступі, але я не впевнена, але сподіваюся, ми його також отримаємо.

Якщо можна, просто висвітлити такі питання, в першу чергу.

Яке практичне застосування, саме практичне, мав цей пілотний проект? Я почитала ті інформаційні матеріали, і наскільки я зрозуміла, відсоток пацієнтів, які отримали безоплатну якісну, ефективну медичну допомогу в закладах, які беруть участь у пілотному проекті, не є великим, але, можливо, я помиляюся, хотілось би дізнатися відсоток цих пацієнтів.

Також яким чином відбираються ті пацієнти, які безоплатно отримують медичну допомогу, і які платять за медичну допомогу? Я особисто знаю дуже багатьох пацієнтів, які продавали квартири, машини для того, щоб отримали якісну медичну допомогу, але за великі гроші, у закладах Національної академії медичних наук.

Також питання: чи Національна служба здоров'я отримувала результати роботи цього пілотного проекту? І чи матимете ви можливість використати ці цифри для реалізації реформи охорони здоров'я на вторинному і третинному рівні, яка планується з 1 квітня 2020 року?

І наостанок, я б хотіла зазначити, колеги, що пілотний проект – це тимчасовий захід для того, щоб зрозуміти, як спрацює та чи інша ідея, можливо, вивчити якісь уроки. Я знаю, що пілотний проект по Полтавській області не тривав навіть і року. З цього приводу вже були зроблені якісь висновки.

Я з подивом подивилася на проект Резолюції, яку нам надіслали, де написано, що ми знову будемо продовжувати цей пілотний проект. Якщо ми, звичайно, хочемо рекорд Гіннеса побити з тривалості пілотних проектів, то, може, таке рішення і варто було б приймати. Але я би хотіла сказати, що, напевно, цей пілотний проект уже дав конкретні результати, уже і звіт Рахункової палати, і варто було б зосередитися на використанні результатів цього пілотного проекту і, власне, залучення закладів Академії медичних наук уже до єдиного медичного простору, частиною якого є академія, як написано в матеріалах, і, власне, залучати вже ці заклади до розгортання реформи вторинної і третинної ланки. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пані Ольго.

Народні депутати, хто ще бажає висловитися?

Дякую.

Далі пропоную такий регламент нашої роботи: спочатку ми послухаємо визначених програмою доповідачів від органів влади, регламент до 5 хвилин.

Потім надамо по 5 хвилин представникам Національної академії медичних наук України та її установ. І перейдемо до обговорення запитань. В кого буде бажання виступити в обговоренні чи поставити запитання комусь із доповідачів, прошу записатися в секретаріаті, поки триватимуть виступи.

До виступу запрошується Перший заступник Міністра охорони здоров'я України Андрій Семиволос. Пане Андрію, прошу.

СЕМИВОЛОС А.В. Доброго дня, шановний Михайле Борисовичу, народні депутати, члени Академії медичних наук України! Ми заслуховували звіт Рахункової палати саме безпосередньо в Рахунковій палаті. Я так само

мав там виступ. І на комітеті повертатися до питання щодо мети та цілей проекту не бачу сенсу. Але можу констатувати, що до Міністерства охорони здоров'я не надходили документи щодо звітності про впровадження "пілоту". Міністерство охорони здоров'я відкрите та готове надати будь-яку допомогу - методичну та іншу – для того, щоб такі проекти ставали реальними і ми могли побачити відповідно, яким чином можливо перевести третинний рівень, який зараз фінансується саме з бюджету України, на рейки того потягу, який зараз рухається саме до впровадження нових механізмів фінансування щодо реформування системи охорони здоров'я, зокрема і третинного рівня.

Ми маємо дві конкретні пропозиції від Міністерства охорони здоров'я, щодо яких ми б бажали, щоб керівництво Академії медичних наук їх врахувало, і можна вести мову про подовження пілотного проекту для того, щоб напрацювати саме механізм надання високоспеціалізованої третинного рівня медичної допомоги населенню та наблизити цю допомогу саме до населення України.

Отже, перше, для стандартизації медичних послуг та вдосконалення переліку послуг з надання третинної високоспеціалізованої медичної допомоги учасникам пілотного проекту хочу зауважити, що була закуплена за державний кошт саме DRG система австралійська, яка має використовуватися всіма закладами, яка може допомогти розрахувати собівартість та вартість загалом послуг, які надаються саме в закладах третинного рівня.

І друге – це перегляд методики розрахунку із зауваженням першим у відповідності по Постанови Кабінету Міністрів № 1075 від 27 грудня 2017 року, яка має бути врахована при будь-якому переході та розрахунку собівартості.

Якщо цих умов не буде дотримано, ми не зможемо створити відповідно ефективний інструмент використання бюджетних коштів та відповідно створити умови надання медичної допомоги, наблизити її до населення та створити якість. Це вкрай важливий проект. В новітній історії України, на жаль, на сьогоднішній день ще немає такого досвіду, а він, беззаперечно, є дуже важливим, і є каменем спотикання навіть для того, щоб рухатися далі і піднімати третій рівень.

З порад до керівництва Академії медичних наук. На мій погляд, першочергове завдання – це має бути саме створення і запровадження медичних інформаційних систем. В сучасному світі в сучасних лікарнях неможливо правильно використовувати бюджетні кошти, створювати сервісні умови, налагоджувати роботу, покращувати умови праці працівникам медичним та й немедичним без застосування сучасних технологій і медичних інформаційних систем. Це ті інструменти, які

допомагають керувати та створювати саме умови до використання сучасних менеджментських інструментів. Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пане Андрію, тобто я так розумію, що Міністерство охорони здоров'я не підтримує продовження цього "пілоту"? Я правильно вас почув чи ні?

СЕМІВОЛОС А.В. За умови того, що буде перераховано та відповідно до звіту Рахункової палати виправлено, пілотний проект може бути подовжений. Якщо ці умови неможливо виконати, то, безумовно, пілотний проект має бути припинений, і ми маємо в планах запровадити саме пілотування п'ятьох закладів охорони здоров'я, які підпорядковані безпосередньо Міністерству охорони здоров'я, так само третинного рівня. Тому яка буде прийнята резолюція, в будь-якому випадку Міністерство охорони здоров'я має допомогти та створити відповідні умови до надання третинного рівня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

До слова запрошується заступник Міністра фінансів України Юрій Джигир. Прошу.

ДЖИГИР Ю.А. Дякую, колеги, я дуже коротко. Кілька тез, і потім би попросив до слова співдоповідача розповісти детальніше про, власне, "пілот". Станом на сьогодні в нас неймовірно зростає технологічність і складність медичних технологій. В західному дебаті про фінансування охорони здоров'я вже оперують поняття не тільки третинки, а, власне, четвєртинки, тобто настільки медичні послуги стають технологічно залежними і по деяких втручаннях дуже дорогавартісними. Відповідно методи фінансування мусять на це також якось реагувати, так само неймовірно швидко еволюціонують медичні технології, а методи фінансування поки що трошечки відстають, і є очікування, що вони також повинні адекватно реагувати і про це дуже великі в західних креативних країнах дебати.

Відставлю собі трошки в сторону цю всю теорію, можливо, частина людей з нею знайома, одна теза, яку би мені хотілось, щоб ми мали спільний знаменник. З однієї сторони, для первинки все просто і зрозуміло, є консенсус, практично ситуація "полетіла", в нас там капітація і пішло фінансування по подушному принципу.

На вторинній ланці традиційно підхід розвинутих країн – це діагностично-споріднені групи, а технічно значно складніша задача, над цим працює активно НСЗУ, але по суті модель нібито зрозуміла і з приводу неї є загальний консенсус.

З приводу фінансування високоспеціалізованих дороговартісних лікувань, навіть у розвинутих країнах дебати тільки тривають. Традиційна модель діагностичного фінансування по діагностично-споріднених групах не підходить чому, тому що в суті діагностично-спорідненої групи лежить усереднений аналіз видатків, проведений для якогось втручання. Це працює для більш-менш стандартизованих терапій. І чим складніша стає послуга, чим технологічно або медикаментозно залежніша стає послуга, тим більша варіація, тим унікальнішою є структура видатків і тим гірше для них працюють діагностично-споріднені групи, про це є величезна література і дебати, і західні країни шукають рішення, і підсумок готових рішень щодо методів оплати високоспеціалізованих медичних послуг на сьогодні не існує. І це, власне, початок цього дебату в Україні. Нам долучитись до цього глобального дебату і шукати якісь свої рішення, повторююсь, готових рішень немає, з цією проблемою стикаються фактично всі західні країни.

Що ми маємо з відомих параметрів на сьогодні? На сьогодні з відомих параметрів фактично один. Україна зробила вибір на користь створення єдиного медичного простору, закупівля гарантованого пакету єдиним національним замовником, закупівельником – Національною службою здоров'я. Починає формуватись пакет медичних послуг, зроблено перший крок, куди заведена первинка. З другого кварталу 2020 року туди заходить вторинка. Тобто станом на сьогодні програма медгарантій перебуває в стані формування. Це стосується програми як 2020 року, яка, власне, буде запускатися, так і її подальших оновлених версій, які повинні бути ускладнені. На якомусь етапі в програму медичних гарантій повинен зайти третинний, чи, можливо, третинний плюс, четвертинний рівень медичної допомоги. Як він буде заходити, на яких умовах? От про це, власне, хотілося б почати говорити зараз в колі тих людей, які будуть залучені, будуть приймати рішення і будуть це впроваджувати.

Всі, хто був задіяний в роботу над програмою медичних гарантій останні 2 роки, добре знають, яку величезну проблему у всій цій роботі становить брак даних як про процес надання послуг, так і про їх вартість. Колеги, які, власне, зреалізовували цей "пілот", зібрали унікальну емпірику, унікальні масиви даних. І хотілося б це трошечки обговорити, тому що це наш шанс, власне, спільно, без емоцій, доказово поглянути на всю цю ситуацію.

Я з особистим інтересом передам слово для представлення вже практичних результатів "пілоту" своєму співдоповідачеві Роману Єрмоличеву.

ЄРМОЛИЧЕВ Р.В. Дякую.

Коротко, я намагатимуся дотримуватися регламенту. Я відверто скажу, мені болить взагалі ця справа, тому що я стояв біля витоків, від початку

реалізації цього пілотного проекту. Зрозуміло, що ініціатива виходила від колишнього заступника міністра фінансів Марченка Сергія, але всю деталізовану роботу дійсно було проведено командою учасників пілотного проекту і командою Мінфіну. І нічого тут такого, відверто скажу, корупційного або якогось немає. До чого я це все веду? Я довго вагався, яким чином мені побудувати сьогоднішній виступ: чи намагатися донести цілі пілотного проекту та необхідність його запровадження заскорозлими й бюрократичними словами, коли мене складно буде сприймати, чи намагатися це зробити простими словами. І все ж таки я вибрав другий варіант, і розповім певну коротку історію. Вибачайте, можливо, комусь щось не сподобається.

Донька мого викладача історії в школі нещодавно померла. Їй було 36 років. Сиротою залишилася маленька донька. Я з нею навчався в цій школі. В неї діагностували рак. Коли з нею трапилася ця біда, виявилось, що норма Конституції України про безкоштовну медичну допомогу у нас в країні не працює і кошти на лікування збирало все моє рідне селище. І таких прикладів дуже багато і не мені вам, людям, які працюють в медичній сфері і постійно стикаються з такими проблемами людей, про це розповідати. Вам здається дивним, навіщо я вам все це розповідаю, яке це має відношення до пілотного проекту. Я відповім, що саме такі випадки вимагають від нас зробити все належне на своїх посадах для покращення надання та забезпечення доступності медичних послуг населенню. І саме пілотний проект, який був ініційований Мінфіном в 2017 році, спрямований на те, щоб в результаті люди не думали, де назбирати кошти на проведення лікування, а щоб дійсно держава дбала про саме такі проблеми громадян, коли виникає дилема: або ти назбираєш кошти, або ти помреш.

Що є на сьогодні в рамках проведення реформи медичної галузі, саме, що стосується високоспеціалізованої допомоги? Та будемо відверті, що немає нічого, крім Закону про фінгарантії. Немає комплексного бачення, як ця ланка повинна функціонувати і взаємодіяти з нижчими ланками. Відсутня затверджена фінансова модель її функціонування. Відсутній чіткий перелік послуг. Відсутній розрахунок повного ресурсного забезпечення таких послуг. Відсутня прорахована собівартість надання таких послуг і багато чого іншого.

Хоча на вторинному рівні НСЗУ наразі проводиться дуже важлива робота, однак механізм оплати високоспеціалізованої медичної допомоги на даний час взагалі не відпрацьований. У зв'язку з цим до програми медичних гарантій у 2020 році не увійде жоден заклад охорони здоров'я, що надає таку допомогу. І це не лише стосується Академії медичних наук. Сюди не увійдуть і заклади Міністерства охорони здоров'я, не увійде славнозвісна "Феофанія" і лікарня для вчених і всі інші, які знаходяться, утримуються на загальнодержавному рівні, тому що кошти в бюджеті передбачені відповідно



не Національній службі здоров'я на оплату таких послуг, а передбачені кожному відомству.

І суть пілотного проекту полягає в переході фінансування медичних закладів третинного рівня, в даному випадку це 4 заклади, від кошторисного утримання, яке підтвердило свою неефективність, до оплати конкретно пролікованих випадків за чіткими, прозоро сформованими тарифами, які покривають усі витрати на проведення лікування, і в результаті цього відпрацювання тієї фінансової моделі, яка дасть чітку уяву, на що має держава виділяти кошти і скільки.

Неможливо визначити гарантований рівень фінансування високоспеціалізованої допомоги, не розуміючи, скільки реально коштують послуги, як розрахувати їх вартість з урахуванням ресурсного забезпечення, щоб забезпечити оптимальне співвідношення витрата-якість. Що для цього необхідно зробити?

Перше. Мати сформований довідник послуг, які не надаються, або надаються в обмеженій кількості в інших закладах охорони здоров'я.

І друге. Порахувати реальну собівартість послуги, яка включає в тому числі всі лікарські засоби і медичні вироби, які використовуються при проведенні того чи іншого хірургічного втручання. І за цим переліком послуг і за встановленим тарифом держава компенсуватиме витрати кожному медичному закладу за лікування наших громадян. Тобто буде запроваджений механізм "Кошти йдуть за пацієнтом".

Що у нас є на сьогодні? У 2017 році Міністерством охорони здоров'я було затверджено перелік медичних послуг, але в ході реалізації пілотного проекту було виявлено (і останній висновок Рахункової палати це підтвердив), що цей перелік містить узагальнені визначення хвороб і станів, пов'язаних зі здоров'ям, а не конкретні послуги, при цьому на даний час відсутні затверджені тарифи, які включають прорахунок повної вартості послуги.

Зважаючи на те, що затверджені на сьогодні документи не в повній мірі дають можливість отримати позитивний ефект від пілотного проекту, учасниками пілотного проекту та Мінфіном протягом 2018 року було сформовано новий перелік послуг третинного рівня. Це я повернувся до цього слайду, де сформований новий перелік послуг третинного рівня, який включає 955 конкретних послуг.

Ви можете бачити в розрізі кожного учасника пілотного проекту, скільки це було відпрацьовано. Потім, крім того, пораховано собівартість кожної послуги, яка включає три складові. Ви можете, до речі, подивитися приклад оцих послуг на прикладі Інституту Амосова, їх там, не пам'ятаю, 200

з чимось, але це конкретні види послуги. Я думаю, що спеціалісти в медичній галузі можуть чітко зрозуміти, за що в результаті ми будемо платити.

Візьмемо, наприклад, якщо повернутися до собівартості, то собівартість включає три складові. Це базова ставка тарифу, також на слайді це видно, це зарплата, комунальні послуги, інші поточні видатки. Друга складова тарифу - це вартість лікарських засобів. І третя складова, найдорожча, це вартість медичних виробів.

На наступному слайді видно розрахунок конкретної послуги. Візьмемо, наприклад, послугу стентування коарктації аорти у дітей. Загальна собівартість, можна повернутися до попереднього слайду, вона виділена жирним, загальна собівартість цієї послуги коштує на сьогодні 140 тисяч гривень. І з чого складається ця сума? Це базова ставка тарифу - 15 тисяч 900 014 гривень. Лікарські засоби - 2 тисячі 308 гривень - відповідно прораховані відповідно до клінічних протоколів кожним учасником пілотного проекту, і ціна визначена відповідно до реєстру оптово-відпускних цін, визначених Міністерством охорони здоров'я.

Наступна складова найдорожча. 6 тисяч 502 гривні – це прямі витрати на медичні вироби вартістю до тисячі гривень і 115 тисяч гривень - це витрати на дороговартісні медичні вироби, і це з деталізацією по кожній з 955 послуг. Тобто кожна послуга дає можливість оцінити і прорахувати, яким чином коштує та чи інша послуга. Якщо повернутись до слайду "Лікарські засоби", ви можете подивитись, тут чіткий перелік лікарських засобів, які застосовуються в тому чи іншому виді операції. Спеціалісти в медичній галузі можуть спокійно подивитись: лишні є там лікарські засоби чи їх немає, тих лишніх. Ці всі лікарські засоби включені відповідно до клінічних протоколів кожним медичним закладом.

Наступний слайд, тут вже іде конкретний вид медичних виробів, які застосовуються в тому чи іншому вигляді хірургічного втручання. І наступний слайд – це дороговартісні. Ви також можете подивитись, з чого складаються 115 тисяч гривень, які люди реально шукають кошти для лікування, тому що держава не може найбільш дороговартісні забезпечити і витратити на це кошти. На наш погляд, це дає чітку відповідь, за що держава платить і за яким тарифом. І в результаті запровадження такої моделі не стане в майбутньому питання про збирання коштів пацієнтами на своє лікування, при цьому це дає можливість розпочати реальне планування в коштах для надання громадянам України високоспеціалізованої медичної допомоги.

Зрозуміло, що в рамках відпрацювання такої моделі, враховуючи обмеженість державних коштів, виникає питання про необхідність запровадження співоплати при наданні такої медичної допомоги, залучення

страхових компаній чи інших юридичних осіб до оплати надання послуг в третинній ланці.

І в цілому використання нової фінансової моделі, якщо її запровадити, дозволить забезпечити єдині стандарти при формуванні довідника медичних послуг, розрахунку їх ресурсного забезпечення, проводити порівняльний аналіз витрат по послугах, вийти на реальну їх тарифікацію, розрахувати гарантовані державою обсяги фінансування таких послуг, знизити фінансове навантаження на населення і в кінцевому рахунку забезпечити на державному рівні єдину фінансову політику по організації медичної допомоги населенню.

Я хочу повідомити, що з квітня місяця, пройшло вже півроку, цей проект рішення уряду з новими послугами, з новими тарифами розміщений на сайті Мінфіну для публічного обговорення. Жодних пропозицій за цей період до Мінфіну не надійшло. Ми офіційно направляли цей новий перелік послуг і в Міністерство охорони здоров'я, і в Національну службу здоров'я.

І в кінець хочу сказати, що ми не заперечуємо наявність багатьох проблемних питань з реалізації цього пілотного проекту, на те він і є пілотний проект, щоб "набити шишки" на ньому і відповідно сказати, як ефективно в нас буде працювати третинна ланка, але без відкидання всіх тих напрацювань і досвіду, які було досягнуто під час реалізації різних пілотних проектів, для спільної побудови дійсно ефективної, прозорої і справедливої системи фінансування охорони здоров'я.

Дуже дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Позиція Мінфіну – продовжити трьохрічний пілотний проект. Я правильно зрозумів? Це позиція Мінфіну – продовжити. Так?

СРМОЛИЧЕВ Р.В. Позиція Мінфіну. Дивіться, якщо відштовхуватись від нормативної...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я вас прошу, давайте без "відштовхуватись". Була позиція МОЗ, ми її почули. Хочемо почути позицію Мінфіну.

ДЖИГИР Ю.А. Позиція Мінфіну - в той чи інший спосіб шукати рішення щодо того, як третинна ланка буде заходити в програму медичних гарантій.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. І ще одне уточнююче питання. Ви зараз казали про співоплату чи про доплату? Бо це дуже різні речі. Співоплата - це 10 гривень, 20 гривень. Доплата - це різниця між тарифом держави і тим,

скільки це дійсно коштує. То я хочу спитати у Мінфіну, ви кажете зараз про співоплату чи доплату? Це просто різні слова.

ЄРМОЛИЧЕВ Р.В. Дивіться, я не можу зараз відповісти конкретно, я чому й звернув увагу, що в процесі дискусії необхідно знайти оптимальне рішення, чи це співоплата. В тому проекті закону, який говорить про фінгарантії, редакція була першочергова, це було співоплата. В тому проекті рішення, який в 2017 році було подано.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Це термінологія, щоб ви розуміли. Співоплата - це те, що існує при страховій моделі, коли тобі виписують рецепт, він у тебе безкоштовний, але ти все одно лікарю, там в Німеччині 1 євро маєш заплатити, там в Польщі 5 злотих, оце називається співоплата. А доплата - це якраз те, я так думаю, про що ви хотіли сказати. Бо це дуже різні речі - співоплата і доплата. Я просто щоб для себе. Бо співоплата не вирішить ту проблему, яку ви зараз оголосили, 110 тисяч гривень при тарифі, наприклад, 8 тисяч гривень - співоплата нічого не дасть. Тому я й уточнював, вибачте.

Далі до слова запрошую виконуючого обов'язки Голови Національної служби здоров'я України пані Мовчан Оксану.

МОВЧАН О.С. Шановний Голово, дякую. Шановні присутні, доброго дня. Я хочу сказати, що Національна служба здоров'я з 2020 року контракує всі види допомоги, високоспеціалізовану включно. І є вимоги, вони єдині, є базові вимоги і є вимоги безпосередньо до послуг. Серед закладів, які на сьогодні відповідають вимогам до послуг, є високоспеціалізовані перинатальні, наприклад, перинатальні центри Києва та Харкова, які здатні рятувати дітей, що народилися з вагою від 500 грамів за європейськими показниками. Є також Запорізька і Дніпровська обласні лікарні, які здійснюють надскладні операції з трансплантації. Це для прикладу.

Щодо механізму. Той механізм, який використовує Національна служба здоров'я, механізм оплати, це метод діагностично споріднених груп, які дозволяють сплачувати весь діапазон складності. Заклади Національної академії наук не беруть участь, бо вони не відповідають вимогам не через небажання, а через юридичний статус, який потребує окремого підходу, ми про це говорили на минулому засіданні. Ми дуже вдячні голові комітету, що ми розпочали цю важливу дискусію.

Ми вітаємо "пілот", він був потрібен в період трансформації медичної системи, НСЗУ використає і спиратиметься на його результати, коли їх отримає, але для того, щоб ми могли їх використовувати, нам важливо спілкуватися єдиною мовою, мовою кодування. Ми готові наполегливо співпрацювати з Міністерством фінансів, МОЗ, з комітетом, з Національною

академією над включенням до медичного простору важливих медичних закладів.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Позиція НСЗУ, я так розумію, що ви хочете просто бачити результат, що зроблено за два роки. І потім вирішите, треба 3-й рік чи не треба. Я правильно вас зрозумів?

МОВЧАН О.С. Позиція НСЗУ. Нам дуже важливі результати, ми їх чекаємо. Нам важливий цей "пілот". Ми будемо спиратися на результати. Єдине, що я хочу підкреслити, що Національна служба здоров'я з 2020 року вже контракує високоспеціалізовані заклади.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. І ми вам дуже за це вдячні. І до речі, сьогодні як невідкладний внесений законопроект, який вже пройшов навіть перше читання, де спрощена процедура зміни юридичного статусу. Тому прошу Академію медичних наук не зволікати, бо "пілот" все одно закінчиться не в цьому році, так в наступному, а не в наступному - так через рік, а спрощена процедура зміни статусу, вона буде всього на один рік. Тому прошу не зволікати, бо ще сподівань, що в 2021 році знову будуть якісь гроші на "пілот", в мене їх немає. Може вони є у Мінфіну, а Мінфін нам відповідає, що грошей немає, а на "пілоти" є, то я думаю, що це ж не вічний "пілот" має бути. Дякую.

До слова запрошується член Рахункової палати України Василь Невідомий.

НЕВІДОМИЙ В.І. Шановний Михайле Борисовичу, шановні народні депутати, колеги! 26 листопада Рахункова палата затвердила звіт про результати ефективності реалізації пілотного проекту і оцінка результатів його виконання є гострокритичною, але вона спрямована на досягнення конкретних змін і результату від впровадження нового реального механізму, фінансового механізму.

Хочу сказати в декількох словах, враховуючи регламент, що проект протягом двох років перебуває в стані реалізації без досягнення конкретного результату. Тобто іде процес, результату поки що немає. Механізм оплати високоспеціалізованої допомоги в учасників пілотного проекту не змінено, а перехід від кошторисного утримання установ на оплату послуг не відбувся.

Три моменти, які є ключовими. Невизначена вартість такої допомоги, а саме гарантії держави щодо обсягу безоплатної медичної допомоги.

Друге. Це не вдосконалені механізми взаємодії, координації і надання первинної, вторинної та третинної медичної допомоги.

І третє. Невизначені подальші кроки реформування системи надання третинної високоспеціалізованої медичної допомоги.

Ключовою проблемою є також те, що немає переліку, який би був конкретизований за видами послуг, за виключенням такого переліку, який був розроблений Інститутом нейрохірургії. Той перелік, який є, він містить лише узагальнені визначення хвороб і станів, пов'язаних зі здоров'ям. Тому методика, яка застосовувалась при розрахунку тарифів на ці послуги, вона не забезпечила в усіх учасників пілотного проекту єдиних підходів, які використовувались для обліку витрат на ці послуги, і в результаті відбувався різний підхід, тобто включались до загального обсягу витрат у кого як: в одних касові, в одних фактичні видатки, в одних - фактичні, в інших – штатна численність працівників, в одних кількість розрахованих ліжок, в інших – включали чи не включали лікарські засоби і медичні вироби, наукові підрозділи зарплату теж хто включав, хто не включав і таке інше. Це, безумовно, суттєво відбивалось на розрахунку тарифів відповідних установ.

Що хочу зазначити? Тут питання порушувалось на початку засідання про те, що яка ж собівартість і хто які послуги надавав. От потреба в коштах, скажімо, на 2018 рік була визначена в 1,8 мільярда, з неї 594 мільйони не підтверджено жодними детальними розрахунками, на 2019 рік визначено 1,3 мільярда, 171 мільйон також не підтверджено розрахунками. Але уявіть собі, що за рахунок цих коштів учасниками пілотного проекту було заплановано загалом послуг ну там 26 тисяч і 24 тисячі відповідних послуг. Але фактично надано цих послуг у 8 разів більше. Що це означає? Коли ми проаналізували систему внутрішнього контролю за використанням проавансованих бюджетних коштів, які виділялися на реалізацію пілотного проекту, то ми побачили, що комісія, яка була призначена для розгляду актів про надання послуг учасниками пілотного проекту і була створена Академією медичних наук, її робота фактично носила дуже формальний характер. І в актах багато арифметичних помилок, вносилися фактично недостовірні дані. І підписувалися вони членами комісії, ті, хто їх підписував, вони підписувалися без зауважень, але деякі члени комісії відмовлялися від тих підписів. Тому подібні акти комісія взагалі не мала приймати до заліку в рахунок оплати і мала б повертати такі акти установам для доопрацювання і належного оформлення. Внаслідок цього у координатора пілотного проекту є відсутність об'єктивної інформації про обсяги та види наданих послуг та реально використаних коштів.

Ще одне, про реалізацію пілотного проекту самими учасниками. Хочу сказати, що жодним учасником не дотримані вимоги порядку направлення пацієнтів, і медична допомога за рахунок коштів пілотного проекту

надавалася всім бажаним, хто звернувся для її отримання, в тому числі й навіть без направлення.

Жоден учасник не розмістив у доступних для пацієнтів місцях, тобто в реєстратурі, приймальному відділенні, приміщенні для очікування, на веб-сайті інформацію про свої послуги, і саме ті послуги, які надаються без додаткової плати пацієнтів. А саме у цьому ж і полягає мета проекту. Категорія осіб, яким медична допомога надавалася на платній основі, визначалася учасниками пілотного проекту самостійно. Це безумовно може мати ознаки корупційних ризиків.

Що стосується благодійних внесків. На видному місці в усіх установах реклама благодійних фондів, куди потрібно звертатися щодо надання добровільних пожертв. Тобто лєвова частка коштів спрямовувалася до благодійних фондів, а не до бюджету установ. І як наслідок - учасники пілотного проекту не забезпечили отримання додаткових фінансових ресурсів в установі і тим самим теж утворено істотні корупційні ризики. Навіть нашими членами контрольної групи, які перевіряли, були також звернення відповідні і вони також сплатили кошти на оформлення медичної карти, кардіограми і там інших таких ультразвукових досліджень, проте надходження коштів, квитанції було зафіксовано як отримання від членів контрольної групи аудиторської, Рахункової палати як благодійна допомога.

Ну я не хочу сказати, що все погано, хочу сказати, що ці недоліки, вони несуть спадщину старої моделі. І безумовно, все ж таки бажання змінити є. Відбулися там деякі позитивні речі, про які ми відмічаємо, оскільки деякі моменти все ж таки були зроблені. Скажімо, учасники пілотного проекту спільно з Міністерством фінансів сформували конкретизований перелік послуг третинної медичної допомоги і здійснили розрахунок повного ресурсного забезпечення таких послуг, які пан Роман демонстрував.

Також учасниками пілотного проекту апробовано діючу методику обліку витрат для розрахунку тарифів на медичні послуги.

Крім того, за результатами аналізу фінансової ефективності функціонування основних медичних підрозділів, здійснених у 2019 році Інститутом нейрохірургії, заплановано проведення відповідних структурно-організаційних змін. Це мало бути зроблено і іншими учасниками пілотного проекту. Саме в цьому якраз і криється перехід від кошторисного утримання до оплати послуг, оскільки буде структуризація у кожному медичному підрозділі, навіть до відділення, там де буде найбільш економна собівартість цих послуг і, безумовно, якісна медична допомога.

У мене ще є що сказати, але я дякую за можливість висловитися.

А взагалі Рахункова палата стосовно продовження проекту може висловитися: не можна продовжувати проект без наявності конкретизованого

і детального переліку послуг. Його конче необхідно зробити, впровадити і все ж таки досягнути того результату, на який він спрямований.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

І врешті-решт все ж таки домовитися, бо НСЗУ живе за DRG, а академія, яка в 2021 році хоче отримувати гроші від НСЗУ (більше немає від кого отримувати ці гроші – тільки від НСЗУ), то як ви їх будете отримувати, якщо ви розробляєте одну систему, а НСЗУ працює по іншій системі. Це має якось сформуватися.

НЕВІДОМИЙ В.І. Так ми це...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Це, як на мене, практичне таке зауваження.

НЕВІДОМИЙ В.І. Михайле Борисовичу, якраз ми плануємо цей аудит розпочати, ми з вами якраз говорили, і по НСЗУ, це буде наступним об'єктом, і ми там побачимо. До речі, там по ДСГ ми...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Ми маємо зрозуміти тільки одне, що в країні ніякого пілоту по НСЗУ немає і бути не може. НСЗУ – це єдиний орган, який буде керувати всіма питаннями, тому головним в цьому питанні є НСЗУ. Якщо НСЗУ обрала DRG, то йому вже пропонувати нічого не треба – це вже буде DRG. Це ми маємо зрозуміти для себе, нічого вже змінюватися в тому напрямку не буде.

Дякую.

НЕВІДОМИЙ В.І. Наш звіт буде опублікований найближчого часу, 2-3 дні, там технічне опрацювання.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. По-перше, народні депутати хотіли б ознайомитися з цим звітом. Звіт, я так розумію, дуже цікавий для всіх.

Слово надається Президенту Національної академії медичних наук України шановному Віталію Івановичу Цимбалюку.

ЦИМБАЛЮК В.І. Дякую.

Високоповажний Михайле Борисовичу, високоповажні народні депутати, високоповажні представники міністерств і представники наших інститутів і інших організацій, по ходу того, що зараз я чую, виникає перша думка: якщо ти хочеш, щоб тебе покритикували, прояви ініціативу. От десь



воно, видно, в цьому плані виходить. І завжди, коли хтось десь проявляє ініціативу, значить, тоді і кажуть: "Раз ти проявив, то її і виконуй".

Я думаю, що треба тут дійсно обговорити, за що я дуже дякую, що на такому високому рівні буде розглянуто це питання. Але якщо ви дозволите, кілька слів спочатку. У нас є дуже багато, у мене є інформація, не знаю, треба вам розказувати, скільки у нас інститутів, їх 36 в 5-и регіонах. Із них 31 має клініки, інші – теоретичного плану, штатна чисельність – не будемо тут робити. З лікувальних тих, які ми надаємо, загальний ліжковий фонд – 7 тисяч 108 ліжок. Це достатньо великий ліжковий фонд, який дозволяє робити 87 тисяч найскладніших, підкреслюю, найскладніших високоспеціалізованих, високотехнологічних оперативних втручань четвертого і п'ятого ступеню складності. Це те, що ніде не робиться в інших закладах, крім закладів Національної академії медичних наук України.

Фінансування у нас іде по трьох варіантах: це фундаментальне дослідження, діагностика і лікування захворювань, про що ми зараз говоримо, і реалізація пілотного проекту.

А тепер до пілотного проекту. Я дуже дякую Роману Володимировичу, який розказав історію. В 2017 році весною перша зустріч із заступником міністра Сергія Михайловича Марченком, який сказав: "А чого академія не може перейти сама заробляти собі кошти?" Починається реформування в медицині, і цей принцип "кошти йдуть за пацієнтом" чудовий. Я говорю: "Хорошо. Для того щоб перейти, тим більше, що по плану ми маємо аж на 2021 рік, давайте ми все ж таки зробимо пробу, зробимо експеримент". І я дуже вдячний Міністерству фінансів, яке погодилося на цей експеримент.

Ми вибрали найкращих 4 інститути, які взяли участь у пілотному проекті. Дійсно, найкращі, найпотужніші і, найголовніше, ті інститути, які могли порахувати. І ось основне питання: що ж ми маємо дати? Наукове обґрунтування, так як ми наукові організації, реформування системи надання третинної допомоги, про яку ще не було мови. Йшло питання тільки про первинну, а тільки зараз іде про вторинну, а ми вже тоді почали думати, як це робити – створення якісної та ефективної системи надання третинної допомоги високоспеціалізованої і напрацювання механізмів перебудови фінансування.

Тепер, будь ласка, оце 4 інститути, подивіться: Інститут хірургії та трансплантології імені Шалімова, Інститут нейрохірургії імені академіка Ромоданова і Інститут Амосова - кардіохірургії, і вибрали ще один. Це три – всі хірургічні інститути, надзвичайно високопотужні. І ще взяли науковий центр – Інститут кардіології, щоб ті, які працюють не хірургічно, а терапевтично, теж познайомитись, які підуть ці послуги.

А тепер те, що, ну, набили шишок. Давайте тоді згадаємо 2017 рік: виділено 200 мільйонів, готові були працювати. Але методика розрахунку

була затверджена в кінці листопада, тобто по суті залишався один місяць. Я не буду називати, хто не затверджував, хоча можу сказати – Міністерство охорони здоров'я, якому було доручено дати методику розрахунку. Дали нам 23 листопада. Тільки з грудня місяця можна було працювати. Значить, по суті ми працювали 2018 і 2019 рік.

Що зроблено і затверджено? Я дякую Міністерству фінансів, тому що ми з ними постійно, один раз в тиждень, Сергій Михайлович, ми сиділи і кожен раз обговорювали пілотний проект. На першому етапі Ковтонюк був, працював з нами разом, це не робилося кулуарно, це робилося разом і обговорювалося. Ми по півдня на це тратили кожного тижня! Розумієте? Це не те, що було. І зробили, з моєї точки зору, зробили багато. Так, могли наробити помилок, але це експеримент, якого ніхто не робив. А ми його взяли на себе відповідальність зробити.

Так от, що зроблено? Порядок направлення пацієнтів відповідно до медичних показань в заклади охорони здоров'я, що є учасниками пілотного проекту. Це те, що називається "розроблення маршруту" – це є. Можемо показати. Друге, порядок надання третинної високоспеціалізованої, високотехнологічної допомоги в закладах, що є учасниками пілотного проекту.

Перелік послуг. Ви бачили, я дякую Роману Володимировичу, який показав, перелік послуг, з яким був ознайомлений Кабінет Міністрів. Розрахунки тарифів – складнощі тут є, скажу чесно. Правильно розказала Рахункова палата: три інститути працювали по "австралійській" моделі, одна по моделі "київського горздрава". Але ми пішли відкрито на це і подивитися: що краще? Так, добре. Але я вам скажу, ні одна ні друга, можливо, для України не підходять. Треба робити якийсь мікс з цього і вибрати, що є. Але ми хотіли подивитися, що краще. Це експеримент, повірте, ті люди, які працюють в науці і роблять експерименти, вони роблять різні варіанти. А один взяти те, що затвердили, знаєте, це не є експеримент.

Якщо буде Міністерством охорони здоров'я затверджений один порядок розрахунку – всі будуть робити, в тому числі і ми це будемо робити. Тому що ми законослухняні громадяни.

Тому тарифи ми порахували. І навіть зроблені примірні договори про медичне обслуговування населення учасниками пілотного проекту. З моєї точки зору, те, що можна було зробити за два роки, ми зробили.

А тепер подивимося далі. Під час реалізації за рахунок коштів державного бюджету на підставі договорів про медичне, значить, пілотне, відповідно до цього переліку послуг були відповідно надані, але...

ЦИМБАЛЮК В.І. ...зразу ж кажу, надавалися в обмеженій кількості. Я вам покажу, чому. Тому що виявилось, що ці послуги, вони дуже високовартісні. І якщо ми кажемо, ви почули ціну: 100-150 тисяч гривень - для наших жителів це дійсно дуже важкі. Але це самі складні високотехнологічні оперативні втручання, які робляться на сьогоднішній день в Сполучених Штатах Америки і в кращих клініках Європи. Я відповідаю за ці слова, наші клініки працюють на цьому рівні. І навіть можу більше сказати, на сьогоднішній день Інститут Амосова має найнижчу смертність по серцево-судинній патології по оперативних втручаннях. Інститут нейрохірургії в останній період, який розробив, надзвичайно важка патологія – за останній період післяопераційна смертність 1,1 відсотка. Такого ще не було ніколи. Тому тут є багато питань і роздумів.

А тепер виникає питання: за рахунок ще чого лікували наших пацієнтів? За рахунок коштів місцевих бюджетів, які давали, ну і, ми не скриваємо, за рахунок коштів юридичних та фізичних осіб. Ось фінансування, яке було наших інститутів. От 2017 рік, вони розбиті по кольору, ви можете побачити, скільки вони отримали. Давайте так: базове фінансування, яке отримали наші інститути хірургічного профілю, до цього було десь приблизно 100 мільйонів, в даному варіанті вони отримали 171 мільйон. Скажемо, Інститут Амосова - 200 мільйонів, в два рази більше. І ми вирішили все-таки подивитися. Розрахувавши вартість медичної послуги, вийшло, що за ті кошти, які надала держава, ми змогли надати допомогу тільки одній третині...

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Регламент.

ЦИМБАЛЮК В.І. Це хтось мені допомагає, так?

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Регламент.

ЦИМБАЛЮК В.І. А, регламент.

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. Я перепрошую, регламент.

ЦИМБАЛЮК В.І. Я вас дуже прошу, я не зможу, після того, скільки я почув, я мушу ж таки якось розказати реалії, які є. Якщо треба, я закінчу зараз, але тоді ви не отримаєте тої інформації, яку ми за 2,5 року напрацювали.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Віталію Івановичу, продовжуйте-продовжуйте. Вам дали додатковий час.

ЦИМБАЛЮК В.І. Дякую. От за це, Михайле Борисовичу, я вам щиро дякую. Так от, вийшло таким чином, що ніби коштів дали в два рази більше, але за ці кошти реально ми змогли, інститути змогли пролікувати одну третину, тобто 30 відсотків тих пацієнтів, які поступили. А дві третини залишилися без допомоги. Я просто хочу, щоб ви це зрозуміли, що якщо ну чисто так рахувати, то воно зовсім буде по-другому.

А тепер подивіться, будь ласка, як воно ділилося: 49 відсотків (половина) йшло на оплату праці і на медикаменти 44. І зовсім мінімум тих коштів хватало навіть на тих пілотних пацієнтів, оце одна третина. Харчування, подивіться, зовсім мінімум, комунальні видатки – мінімум, інші поточні... На придбання обладнання взагалі нічого, "чуть-чуть". І виникає тоді питання: як же можна надавати високоспеціалізовану, високотехнологічну допомогу, коли через кожних три роки в сучасних клініках Сполучених Штатів і Європи міняється обладнання?

Тепер подивіться: планова кількість. От кожен із інститутів дав за ті кошти, які є, порахувавши середнє, бо ми вже за 2018 рік знали, скільки можна, найбільше пролікував Інститут Стражеска, тому що це терапевтичні хворі, їх було багато. І відповідно 1700 пролікував Інститут серцевої хірургії, червоним кольором у нас – Інститут нейрохірургії, 1800 – Амосова і жовтим кольором Інститут Шалімова – 2500. А у них проліковано 8 тисяч пацієнтів. І виникає питання тоді, ну, тут багато питань.

Ну, тепер виникає питання інше: які основні проблеми виникли? Я вже завершую. Значить, та проблема, яка є, те, що розрахунки, визначається середня вартість, те, що говорив Роман Володимирович, що не забезпечили використання більш ефективних методик та лікарських засобів. Побудовані аналізи витрат попередніх періодів теж не забезпечили відображення фактичних витрат установ на надання медичних послуг, і зовсім видатки не передбачені на закупівлю нової медичної техніки (але ми розуміємо, що це був "пілот", треба було порахувати) та проведення ремонту обладнання. І вони по суті не можуть застосовуватися для розрахунку вартості медичних послуг для фізичних осіб, а особливо іноземців та юридичних осіб. Це те, що, можливо, знадобиться найбільше НСЗУ.

І тепер, основна проблема. Я дуже вдячний Міністерству охорони здоров'я, яке сказало, що обов'язково потрібна комп'ютерна інформаційна система. Коштів на це ми не отримали, пане Семиволос, і все почали робити за свої власні кошти. На сьогодні день ми створили, уже є сервери, які працюють, але це ми робимо тільки за кошти людей, які нам допомагають. Тому, якщо ми зробимо таку комп'ютерну систему, або для пілота нам виділять відповідно, тоді набагато буде краще.

І на завершення, я хотів би сказати, що ми розробили стратегію реформування розвитку нашої академії. Вона є. Я на ній не буду спинятися, хто захоче, я можу вам її представити.

Далі. Відповідно, ми пропонуємо продовжити "пілот", тому що є ряд інститутів, наприклад, Інститут педіатрії, Інститут фтизіатрії, Інститут травматології та ортопедії готові включитися в цей пілотний проект. Скажу вам більше, рішенням Президії Національної академії наук всі інститути, 36 інститутів, уже порахували вартість медичних послуг по тих даних, які є, і готові з нового року працювати по нових методах фінансування.

Виникає тоді питання: яким чином інститути Академії наук можуть включитися і працювати з НСЗУ? Ми працюємо над цим. У тому варіанті, який є, наші клініки не є юридичною установою, вони є у складі наукових організацій, тому я пропоную як один із варіантів: або щось буде змінено в законодавстві, або просто окремим рішенням Кабінету Міністрів дозволити виконувати оплату через НСЗУ закладам Академії медичних наук України. І тут ви вирішуєте: буде продовжений "пілот" – подякуємо, включимо всі інститути; не буде – для себе ми зробили дуже багато, те, що я вам сказав: є зроблені протоколи, ми готові подарувати протоколи уже надруковані Міністерству охорони здоров'я по профілю: по нейрохірургії, по травматології, по інших закладах. Є маршрути відпрацьовані, є направлення відпрацьовані, є порохвана вартість медичної послуги, тобто по суті ми готові, залишаються тільки деталі, чекаємо затвердження методики розрахунку вартості медичної послуги, і ми готові до нових методів фінансування. Ми готові допомагати всім іншим, хто не пройшов цей процес.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Віталію Івановичу.

Два уточнення. Закон для цього не треба змінювати. За Законом України по держфінгарантіях ви не можете нізвідки отримувати гроші, тільки як з бюджету, яким керує НСЗУ України. Це перше.

Друге. Для того, щоб вам змінити статус, вам для того не потрібно ніяких доповнень у закон, просто треба мати бажання і відокремити лікарняні заклади від науки і піти на державні казначейські підприємства. Для того закон і є, і навіть прийняли спрощену процедуру. Для того це просто уточнення, тут немає ніяких проблем, Віталію Івановичу.

По-третє, за протоколи дуже вдячні, і я думаю, що МОЗ особливо.

І по-четверте, тут ніхто не сперечається з тими досягненнями в науці, які ви зробили. Іде мова тільки про законність використання коштів, які були виділені державою, про що каже Рахункова палата. Вона не принижує. Те, що робить наша Академія, мало хто у світі робить, і ми це розуміємо. Але

сьогодні йде мова про фінанси. Сьогодні не йде мова про наукові досягнення. Тут немає проблем сьогодні ніяких.

Що стосується електронних систем. Ніхто гроші МІСам не виділяв з держави. МІСи розміщують ці електронні системи самі, бо їм це дуже вигідно. Окремого фінансування, наскільки... Виправте мене, будь ласка, МОЗ, Мінфін, ми сплачували окремо? Ніколи не сплачували. То тут МІСи мають в черги до вас стояти, щоб ви їм дозволили у вас розмістити... *(Шум у залі)* Вибачте. Медична інтегрована система – МІС. Розмістити у вас. Вони в черзі стоять сьогодні до лікарняних закладів, їх не треба вмовляти. Це їхній заробіток.

ЦИМБАЛЮК В.І. Так направте їх до нас.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Так вони ходять, але...

ЦИМБАЛЮК В.І. Ніхто не дійшов. Дивно в цьому плані.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Це не до мене питання. Я не "менеджую" МІСи, але я знаю тільки, що вони сьогодні деруться по країні, хто куди швидше добіжить.

Шановні колеги, це повага до Президента Академії, це людина дуже поважна, яка дуже багато робить для української науки, для Академії, для медицини в цілому, але прошу надалі все ж таки дотримуватися регламенту. Добре?

ЦИМБАЛЮК В.І. Готовий.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Це я не до вас, це я до наступних, Віталію Івановичу.

ЦИМБАЛЮК В.І. Я розумію. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Слово надається директору Національного інституту хірургії та трансплантології імені Шалімова Олександрю Юрійовичу Усенку.

УСЕНКО О.Ю. Дякую, Михайле Борисовичу.

Шановні народні депутати, шановні члени уряду, шановні присутні! Віталій Іванович дуже змістовно виклав головні тези. Я можу тільки додати. Безумовно, тим, хто перші, тим дуже важко. Безумовно, як сказала шановна пані Ольга, це перехідний етап до нової моделі фінансування, і ми в

даному випадку були перші, і ми готові надати наші наробки, вислухати ваші зауваження і йти разом далі.

Безумовно, дуже багато невідомих питань. Але я вам скажу: якщо не буде фінансування того, що було, то ці заклади умруть. Ви рахуєте послуги. Так, безумовно. А за що, за які гроші утримувати майновий комплекс? Це ніхто не враховує. Безумовно, вартість нашого інституту, це 250 мільйонів на рік. Дайте правила гри, і ми будемо грати по цих правилах. Дайте законний спосіб, дайте закон, дайте правила, і люди не будуть роз'їжджатися в інші країни, люди готові працювати. У нас є що запропонувати, є що продати, ту послугу, яку ми можемо виконувати.

Я хочу відокремити мову паперів від... Сьогодні привезли хлопчика до нас, сирота. Батько в 2014 році загинув, він живе в Житомирі. Просто привезла "скора" і поставила під приймальне відділення. Тут хірурги є... *(нерозбірливо)* Лікування на добу йде 60-70 тисяч гривень. Без направлення, без нічого. І от до чого, до кого віднести цю людину? 17 років хлопцю. І таких привозять буквально в кожен інститут, який тут в "пілоті", по десятку на тиждень мінімум. І куди ж діти направлення, куди діти совість?

От давайте це відпрацюємо. Ми готові працювати. Дайте нам закон! У нас прекрасні люди, у нас добрі люди, щирі люди. Ми повністю підтримуємо реформи і готові по них працювати. І ми дуже вдячні вам за те, що ви вислухали нас.

По-перше, не тільки там, Віталій Іванович сказав, ми чотири роки в "пілоті" і ми кожен місяць міняли методику: то одна, то друга, то третя, то п'ята. Інститут займається проблемами трансплантації. В Мінздраві 112 мільйонів на трансплантацію – ми копійки не отримали, нічого! Ми робили першу в Україні пересадку легенів. Мільйон 800 збирали зі співробітників по копійці, благодійники – дай 200 тисяч, дай те, дай те. Я потім скажу прізвища, хто дав. Копійки з МОЗу не дали... Я не до вас, шановний Андрію, ви тоді ще не були. Нічого не дали, розумієте! До кого?

Ну от давайте, я вам сказав те, що є. Давайте разом робити, давайте разом допомагати. Я сподіваюся, якщо так буде, то все у нас вдасться. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пане Олександр.

Пані Оксано, ви не хочете відповісти? Там було питання, як долучитись.

МОВЧАН О.С. Дякую за слово. Я хочу сказати, що Національна служба здоров'я здійснює свої повноваження в межах і в спосіб. І наші повноваження також обмежені фіскальним простором, який є в Україні, який нам надає Міністерство фінансів. Наш бюджет є відомим, бюджет країни теж

є відомим. І ми можемо лише це моделювання, яке робить Національна служба здоров'я, ми керуємося принципом справедливості та ефективності. Але знов-таки: ми обмежені фіскальним простором, який нам надає Міністерство фінансів.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я додам, просто у нас була нарада, до речі, тиждень як пройшов з цієї наради з НСЗУ, що стосується утримання. На наступний рік там іде фінансування окремо за послугу і на перехідний етап ще є фінансування на утримання. Я правильно розумію це?

Тому ці всі питання вирішуються. Олександрє Юрійовичу, вам просто треба відійти від ідеї, що це окрема держава – Академія, зробити переформування лікарняних своїх підрозділів і підписати угоду з НСЗУ. Тоді дуже багато питань у вас відпаде.

УСЕНКО О.Ю. Михайло Борисовичу, вибачте, будь ласка, це нагадує одеський анекдот: "Вы жарьте, рыба будет". Нам говорять: "Вступайте", - но не дают цены. Мы трижды встречались. Я прошу прощения, я перешёл на...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Олександрє Юрійовичу, все, так ви ж ціни розробили. Ви ж ціни розробили...

УСЕНКО О.Ю. Ми розробили, там нам кажуть: "Не ті". Ми з Петренко зустрічались місяць тому. Де Гук Андрій? Разом були?

ГУК А.П. Так.

УСЕНКО О.Ю. І що? Нас не почули. Ми кажемо одне, робіть – і ніхто не знає...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Олександрє Юрійовичу, сьогодні на виході Закон про доплату, буде поданий Закон про доплату. Це те, що вам, не про співоплату, я чому так сперечався з Мінфіном, бо співоплата це вас не врятує. А Закон про доплату вже практично готовий, він зараз на комітеті буде розглянутий і буде внесений в першому читанні.

Ми теж розуміємо, що ваші операції покрити за рахунок НСЗУ дуже важко. Ми це розуміємо. І треба шукати додаткове фінансування. Але про що каже Рахункова палата? Що якщо буде цей закон, то вже благодійних фондів не має бути і всього іншого не має бути.

УСЕНКО О.Ю. Та нам не треба їх. Дайте гроші.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Ми ж з тобою на одній мові розмовляємо?



УСЕНКО О.Ю. Хорошо. Так. Дякую.

ЦИМБАЛЮК В.І. Два слова я скажу. От візьміть інсульт, який на сьогоднішній день є. В приватних клініках інсульт на сьогодні лікується 250 тисяч гривень. В державній клініці – 60 тисяч, до 100 тисяч. НСЗУ порахувала: 19 з половиною тисяч інсульт. От вам реальні ціни ті, які ми даємо...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Віталю Івановичу, я з вами повністю згоден, людина має право вибору безоплатної допомоги, платної, частково платної чи приватної. Але якщо у нас Інститут Ромоданова, такий поважний інститут, зараз розмовляє про терапевтичне лікування інсульту, то про що ми зараз... Ми кажемо про експертне лікування, то ви взагалі до інсульту маєте дуже маленьке відношення, якщо це не операція, якщо це терапевтичне лікування, то тут точно не ваш пацієнт. Ну не пацієнт інституту, якщо я правильно розумію... Ну це вже деталі.

Слово надається головному лікарю клініки Національного інституту нейрохірургії імені Ромоданова Анатолію Миколайовичу Морозову.

Будь ласка.

МОРОЗОВ А.М. Шановний Михайле Борисовичу! Шановні народні депутати! Шановні члени уряду! Шановні присутні! Якщо поставити зараз питання, як кажуть, руба, а чи потрібен взагалі був цей пілотний проект і чесно відповісти на нього з урахуванням набутого більш ніж двоохрічного досвіду роботи клініки Інституту нейрохірургії в умовах пілотного проекту, маємо однозначно сказати: так, потрібен. І якщо ми серйозно говоримо про реформування системи охорони здоров'я, зокрема про перехід на страхову медицину, то без переводу утримання закладу, фінансування ліжка на фінансування конкретної медичної послуги взагалі говорити немає чого.

Старт даного пілотного проекту, як вам відомо, був даний постановою Кабінету Міністрів № 425 від 14 червня 2017 року. І слід відверто сказати, що відбувався цей старт досить нервозно. Справа в тому, що ця постанова виокреслила основні напрямки цього пілотного проекту, його основну мету, але механізм реалізації пілотного проекту мав визначатися п'ятьма документами, які, згідно цієї постанови, пункт 7, мали бути розроблені і затверджені до 1 липня, до дати початку пілотного проекту. Постанова 14 червня - 1 липня починайте пілотний проект. Звичайно, можна дискутувати, чи взагалі фізично це можливо зробити чи ні, однак факт: маємо те, що маємо. Станом на 1 липня ми фактично опинилися без будь-якої нормативно-правової бази, яка б визначала механізм реалізації пілотного проекту.

Інститут нейрохірургії вийшов з цього таким чином. Значить, внутрішнім наказом № 71 по інституту директором інституту був інститут введений в пілотний проект в тестовому режимі, затвердивши тимчасовий регламент роботи клініки інституту в умовах пілотного проекту і тимчасовий перелік медичних послуг. Це обов'язково потрібно було зробити для того, щоб не допустити зрив постанови Кабінету Міністрів, а це не просто папірець, за цим папірцем це тисячі людських доль, тисячі людських життів, які потребують медичної допомоги, яка, як сказано в постанові, не надається, не може бути надана або надається в обмеженій кількості в інших закладах охорони здоров'я.

Ті документи, які ми чекали, ми отримали фактично до кінця року. Значить, і поступово, по мірі того, як ми отримали необхідні документи, ми їх задіяли в роботу, ми працювали з ними, це зокрема такі основні документи, як розрахунок вартості медичних послуг і деякі інші документи. І фактично лише в 2018 рік ми увійшли з необхідною нормативно-правовою базою, яка потребувала все-таки досить суттєвого удосконалення.

У 2019 році нас перевіряла Рахункова палата, більше місяця дуже ретельної перевірки. Слід віддати належне, що дійсно комісія складалася з високих професіоналів високого рівня, які дуже ретельно проаналізували хід пілотного проекту в Інституті нейрохірургії, зробили дуже багато зауважень, слушних зауважень, з деякими зауваженнями об'єктивно ми не можемо погодитись, але як казав Козьма Прутков: "Зри в корень".

Я у зв'язку з цим хотів би нагадати одну притчу. Колись сам Бог вирішив підвищити якість медичного обслуговування, одягнувся лікарем і сів на прийом. Завезли до нього паралізованого, сказав Бог: "Устань і йди". Той встав, пішов, вийшов з кабінету, черга питає: "Ну як там новий лікар?" Та, каже, що нічого особливого, навіть тиск не поміряв.

Можливо, образно висловлюючись, ми не завжди міряли тиск там, де треба було його міряти, але результат діяльності клініки Інституту нейрохірургії такий: за останні два роки, за два роки пілотного проекту ми вийшли на рекордні показники в роботі нашого інституту, який співставний з показниками роботи найкращих нейрохірургічних центрів світу. Ми досягли летальності 1,3 відсотка, а за 11 місяців цього року – 1,1 відсотка. Далеко не кожна хороша закордонна клініка може похвалитись такими результатами. Це, до речі, десь в 4 рази більше ніж в загальній нейрохірургічній мережі по Україні, і це притому, що в Інституті нейрохірургії концентруються найбільш тяжкі хворі з усієї України, нерідко машиною-реанімобілем під "мигалку" на апараті штучного дихання, і ми маємо дуже хороші результати.

Тому говорячи про те, чи варто на підставі досвіду нашого інституту, клініки нашого інституту, говорячи про те, чи варто продовжувати пілотний проект чи ні, ми просимо підтримати продовження пілотного проекту.

Наступний рік нам потрібен для того, щоб остаточно відшліфувати і завершити, вирішити ті завдання, які стоять перед нами як перед учасниками пілотного проекту, і повністю підготувати клініку інституту до роботи в нових економічних умовах за принципом оплати за конкретну медичну послугу, за принципом роботи з НСЗУ, а в подальшому - в контексті медичної реформи і в системі медичного страхування.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Анатолію Миколайовичу.

Слово надається заступнику директора Національного наукового центру "Інститут кардіології імені академіка Стражеска" Сергію Миколайовичу Кожухову.

КОЖУХОВ С.М. Шановний Михайле Борисовичу, шановні колеги. шановні присутні! В результаті реалізації пілотного проекту все-таки треба сказати, що визначено одиницю вартості медичної послуги на основі міжнародно визнаної методики, визначено перелік медичних послуг з надання третинної високоспеціалізованої медичної допомоги. Це продукт сумісної роботи в 2017 році Національної академії медичних наук, Мінфіну, МОЗ та Мін'юсту.

Усі медичні послуги розроблені на основі сучасних протоколів. Реалізація пілотного проекту потребує повного автоматизованого обліку в розрізі кожного пацієнта для статистичної звітності. Все це вже відмітили. І на етапі початку пілотного проекту ми не мали системи госпітального обліку пацієнтів, процедур, медикаментів тощо і не могли надавати статистичну звітність в розрізі кожного пацієнта – те, що було обумовлено пілотним проектом. Ми почали втілювати цю систему в 2018 році, і в результаті ми тепер можемо говорити, що це карта стаціонарного хворого, електронна, ми її ведемо і в паперовій, і в електронній формі, і тепер ми можемо бачити всі медикаменти в розрізі кожного пацієнта, що ми йому робили, і відповідно бачити всі витрати.

Коли ми готували перший перелік медичних послуг, ми не мали чітких орієнтирів, на якій основі їх готувати. І певні зауваження було виявлено в процесі виконання пілотного проекту. Спочатку ми говорили про міжнародну класифікацію хвороб, потім про австралійський класифікатор, на сьогодні ми говоримо, що цей список треба формувати із врахуванням DRG-системи.

Протягом 2018-2019 років підготовлено новий перелік послуг та розраховано тарифи, які були узгоджені з Міністерством фінансів та направлені в МОЗ. На жаль, ми не отримали від МОЗ офіційного експертного заключення стосовно переліку медичних послуг, тому що були питання,

скажімо, ексклюзивних послуг, які не мають такого чіткого визначення, чи ті, які надаються в обмеженій кількості або не надаються на місцях. На жаль, той аналіз, який був проведений МОЗом, дав такі результати, що вони не відповідають дійсності. Всі лікарні сказали, що вони всі послуги можуть виконувати.

Наразі ми співпрацюємо з Національною службою здоров'я України щодо узгодження підходів до визначення переліку медичних послуг третинної високоспеціалізованої медичної допомоги та щодо калькуляції тарифів на медичні послуги, в тому числі і в рамках DRG-системи. Ми надали всю інформацію деперсоналізовану стосовно калькуляції по кожній послугі і наразі ми, скажімо так, продовжуємо співпрацю. Таким чином, вважаємо, що реалізація пілотного проекту щодо зміни механізму фінансового забезпечення надання медичної допомоги має конкретні результати стосовно підходів до визначення переліків медичних послуг та впровадження одиниці вартості медичної послуги. Певні питання потребують доопрацювання.

Дякую за увагу. І наша установа готова продовжувати участь в пілотному проекті і працювати разом з МОЗ і з Національною службою здоров'я, для того щоб відповісти на ті питання, які були поставлені аудитом у нашій установі і в інших закладах Академії наук.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Запрошую до слова головного лікаря Національного інституту серцево-судинної хірургії імені Амосова Сергія Олеговича Сіромаху.

СІРОМАХА С.О. Дякую. Вельмишановне товариство, я не буду зупинятися на тих речах, про які вже казали. Щодо "пілоту". Ну, по-перше, ми маємо цю постанову, яка народжувалася 7 місяців і таки народилася недоношеною. Завдяки тільки підтримці Мінфіну ми змогли цю постанову втілити в життя. Звичайно, мета "пілоту" – це формування та опрацювання нового принципу фінансування спеціалізованої допомоги, високоспеціалізованої. Учасники, ви всі знаєте, три джерела фінансування.

Перше - за рахунок коштів Державного бюджету. Так, це джерело працювало, але ж часткове бюджетне фінансування частини операцій.

Друге джерело – за рахунок коштів місцевих бюджетів. На жаль, було трошки неузгодження з переліком, який мав бути іншим, відрізнитися від державного. Тому фінансування частини операцій за рахунок місцевого бюджету працює дуже несистемно, тільки на особистих домовленостях.

За рахунок коштів юридичних та фізичних осіб. Ми готові заробляти, як казали директори і Президент академії, ці кошти, але за умови надання певної юридичної бази для того.

Потрібні зміни до постанови 425, які запропоновані, розроблені і вистраждані Міністерством фінансів і нами – учасниками пілотного проекту, щодо переліків послуг, тарифів, повноважень та увага Міністерства охорони здоров'я.

Чому цей тариф є недолугим, тому що в базовий тариф, на жаль, входили лише обрізані наші ретроспективні дані як до заробітної плати, так і до комунальних послуг, не кажучи про медикаменти. Ви бачите, які відсотки враховувалися у формуванні базового тарифу, від 2 до 40 відсотків. Звичайно, це недолугий тариф, який не буде працювати.

І ми подивилися, як ми виглядаємо на тлі інших країн. Подивіться, яка ціна у нас на ті ж коронарне шунтування і протезування клапану, імплантація стимуляторів, і які ціни у сусідніх країнах та далеких країнах, не будемо говорити про США, звичайно, що там зовсім інша система і зовсім інші тарифи.

Є певні позитиви пілотного проекту. Це, ви бачите, плинність кадрів. Те, що болюче, молодший медичний персонал, медичні сестри. Ми вперше в цьому році побачили більше прийнятих на посади кадрів, ніж звільнених, тобто є позитив, і він значний. Тобто є мотивація персоналу, яку ми змогли реалізувати завдяки пілотному проекту. Ми побачили ефективність консультативної допомоги, збільшилася, менше патологій не виявлено, більше пацієнтів з патологією надсилається, тобто цільових пацієнтів з інших...

Ми побачили динаміку кількості операцій. Подивіться, оці жовті кружечки – це життя тисячі наших громадян, які отримали шанс на життя завдяки фінансуванню. І коли було фінансування достатнє або хоча б близько до достатнього, ми бачимо піки кількості втручань, і, звичайно, низька летальність. Вже протягом декількох років вона також є показником, індикатором якості і кількості операцій.

Ви бачите наочно практичний проміжний результат "пілоту" – врятовано більше ніж 14 тисяч життів, у тому числі і дітей, учасників АТО, вагітних з патологією серця, і дуже важлива категорія – це пацієнти в критичному стані, про які розповідав нам вельмишановний академік Усенко.

Разом з Рахунковою палатою дякую за співпрацю і допомогу. Ми зробили навіть зведений аналіз: які сильні сторони, які можливості, які слабкі, які загрози пілотного проекту – я не буду на цьому зупинятися.

І наш ідеалістичний погляд на пілотний проект. Звичайно, має бути базове фінансування, яке допоможе утримати такі величезні наші установи, і

фінансування за надані послуги з боку НСЗУ або інших платників, страхові компанії тощо, які допоможуть нам замотивувати відремонтувати обладнання, сервіс провести, замотивувати наших співробітників.

І зараз те, що ми маємо, це ідея повноцінного фінансування частини хоча би праці за рахунок держави перетворилося на неповноцінне фінансування всіх операцій за рахунок держави. Тобто пацієнти отримують, але ж вони не в повній мірі отримують це фінансове навантаження.

Висновок: пілотний проект зберіг високофахові колективи інститутів, надав можливість нашим громадянам збільшити кількість операцій і зменшити фінансове навантаження на пацієнта та розпочати створювати та оцінювати нову модель фінансування медичних послуг. Ми також знаходимося в пілотному проекті щодо DRG, і це також допомагає нам оцінити ситуацію з боку НСЗУ. Наступні практичні кроки – це співпраця з МОЗ, НСЗУ й іншими органами виконавчої влади, зміни до постанови, початок роботи з юрособами, діджиталізація "пілоту", таке модне слово, і підтримка розвитку, звичайно, медичної науки та освіти, без якої практична охорона здоров'я не можлива.

Дякую всім за увагу і бажаю здоров'я.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, шановні колеги.

Я, єдине, мушу вибачитись, я зараз передам слово, далі наш "круглий стіл" буде вести перший заступник голови комітету пан Дубіль Валерій. Знаєте, у мене одне маленьке запитання, бо я підумав, а я хочу його обов'язково задати, це запитання, я навіть не знаю кому це Мінфіну задавати чи шановному Віталію Івановичу.

Скажіть, будь ласка, а хто, ну як це сказати, хто керує, хто курує цей "пілот" – Мінфін чи пан Віталій Іванович? Просто щоб я розумів, кому поставити побажання, запитання.

ЄРМОЛИЧЕВ Р.В. Ми ж розуміємо, що це спільна робота, це ж не Мінфіну особисто. Відповідальний виконавець використання коштів – це відповідно Національна академія медичних наук. Процес організації роботи щодо пілотного проекту – це питання Міністерства фінансів і учасника пілотного проекту.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я зрозумів.

ЄРМОЛИЧЕВ Р.В. І при цьому хочу наголосити, якщо брати редакцію 425-ї постанови, всі нормативні документи – це відповідальність Міністерства охорони здоров'я. Відповідно ті всі "шишки" недолугі, вибачте, от ми знову критикуємо цей пілотний проект, по маршрутизації...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Ми не критикуємо. Звідки ви взяли?

ЄРМОЛИЧЕВ Р.В. ...по тарифах, по переліку послуг – це всі нормативні акти, які на сьогодні затверджені Міністерством охорони здоров'я.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Ну, по-перше, я не чув ще тут критики "пілоту". Ми задавали питання, ми не критикували ще нічого. Крім висновків Рахункової палати, більше критичних зауважень не чув, і то Рахункова палата, ну, це її робота - такі висновки робити. Це не для того, щоб когось тут потопити.

Я чому це питання задав? Я вам скажу, яке в мене є побажання. Наскільки я читав Закон про державний бюджет на 2020, "пілот" все одно продовжений. Наскільки я вмію читати Закон про бюджет (я не помиляюсь, Юрію?), він подовжений. У мене тут багато питань, на цьому "круглому столі" відбувається, і я думаю, що у вас ще буде професійна дискусія. Потім комітет - всі пропозиції ми вивчимо.

Єдине у мене прохання, ви б могли зараз домовитись? Я б хотів, щоб був куратор того проекту, який поставить КРІ. Бо пані Оля задала дуже слушне питання: а два роки мало чи багато для пілоту? А може, ще місяць треба, а може, ще 5 років того пілоту треба? Ну вона задає питання, як на мене, дуже професійно і слушно. Мають бути якісь розставлені КРІ. Скоріш за все це Мінфін має зробити, так? Бо він ініціатор був свого часу. Або разом з МОЗ. Але ми маємо уявити собі, що ми ще на рік, ну в законі це проголосоване. Я не думаю, що хтось зараз буде відкликати Закон про державний бюджет, якщо ми навіть вирішимо, що цей "пілот" є недоцільний. Хоча я бачу дуже багато позитивного в тому "пілоті", у мене є дуже багато питань. Це не критика. У мене є уже багато питань до того "пілоту". Але у мене є особисте побажання, щоб після того "круглого столу" комітет ще отримав, той, хто буде оцінювати той КРІ на наступний рік того пілоту.

І друге, я все ж таки хочу, щоб шановні науковці дослухались до НСЗУ, до Міністерства охорони здоров'я. Це не тому, що вони вас люблять чи не люблять, чи не тому, що вони вважають вас гарними чи поганими, вони виконують законодавство України. По цьому законодавству у нас дуже швидко настане той час, коли ви взагалі не зможете отримати навіть пів копійки. Ну це маєте розуміти, так? І цей закон, він дуже дієвий, і він показав вже за рік його використання, що це не найгірший закон в Україні, який приймався не тільки в охороні здоров'я, а взагалі.

НСЗУ довела свою необхідність країні, тому давайте, вони так само як ви, вони в "пілоті" ще в більшому. Так? Бо ви хоча б існували мільйон років, так, до сьогоднішнього "пілоту", а НСЗУ існує там два роки, я зараз може помиляюсь. То "пілот" у них дійсно набагато більший ніж у вас.

Тому прохання, давайте, у мене прохання, я хотів би почути якесь КРІ з того всього від МОЗ, від Мінфіну, чи разом МОЗ і Мінфін – виконавча влада. Чи разом Мінфін, МОЗ і НСЗУ. НСЗУ, скоріш за все, там головний має бути в тому проекті. Зробіть КРІ. Я розумію, що бюджет ніхто переглядати не буде. Але давайте домовимось, що після вивчення всіх запитань приймемо якесь спільне рішення. І на наступний рік ми маємо розуміти, що це вже має називатись не пілот, а, наприклад, модель існування Медичної академії наук, наприклад. Бо слово "пілот", дійсно, три роки "пілот" – це вже забагато. Ну так, як би мовити. "Пілот" має чимось закінчуватись.

Що ви кажете?

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. *(Без мікрофону, не чути)*

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Я не знаю, наскільки вони цікаві.

У мене прохання, я ще раз вибачаюсь, але маю дуже важливу в Офісі Президента зараз нараду. Валерій Дубіль – це перший заступник голови комітету. Це я просто знаю, що я піду, я б не встиг оці побажання чи там висновки якісь сказати.

Я вам дуже вдячний, дуже вдячний всім колегам депутатам, які долучилися до того. Дуже вдячний Мінфіну, МОЗу і НСЗУ, що не спустили це все "на тормозах", на самоті, а піклуетесь цим. Я думаю, що ми маємо вже, врешті-решт цей "пілот" має надати дійсно позитивний результат для країни в цілому.

Дякую.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую.

Запрошую до слова головного лікаря Інституту педіатрії, акушерства і гінекології Любов Федорівну Слепову.

СЛЄПОВА Л.Ф. Шановні колеги, я хочу сказати, що ми єдиний інститут тут, який не є в "пілоті". Інститут педіатрії, акушерства і гінекології - унікальний заклад, який надає допомогу вагітним та діткам від 0 і до 18 років. І згідно Закону України, що прийнятий у 2018 році, про фінансові гарантії медичні, згідно статті 4 цього закону допомога дітям та вагітним буде гарантована державою, вона повинна надаватися безкоштовно. Тому керівництвом інституту було прийнято рішення: теж порахувати, а скільки ж коштують послуги нашого інституту по наданню висококваліфікованої допомоги вагітним та діткам. Ми, звичайно, були в такому виграшному становищі, тому що ми вивчали ті недоліки, які бачили у своїх колег, які були у пілотному проекті, ми дуже чітко проробляли все це і цілий рік працюємо над тим, щоб все-таки вибудувати цю нову, принципово нову



фінансово-управлінську модель, яка допоможе нам правильно розподілити бюджет на лікування вагітних та дітей.

Хочу сказати ось що. Ця фінансова модель – це не просто підрахунок, скільки коштують пологи, скільки коштує лікування дітей, ця модель включає в себе величезний об'єм інших дуже важливих віх. Це, наприклад, чіткий перелік послуг. Причому, він розроблений не просто як перелік послуг, який може надавати наш інститут, а виокремлено ексклюзивні послуги, які можуть надаватися виключно в нашому інституті всім громадянам України.

Під цей перелік послуг вже зроблені всі клінічні протоколи, які допомогли нам чітко зорієнтуватися в ресурсному забезпеченні цієї послуги.

Крім того, вибудована маршрутизація пацієнтів. Про що я хотіла б сказати особливо, тут були звинувачення про те, що приходять пацієнти і в них немає направлення. Але, ви знаєте, я подивилася статистику, приблизно 70 відсотків пацієнтів звертається за самозверненням, направлення їм принципово чи не принципово не надають в області, дуже рідко хто приїжджає за направленням. І коли ми дзвонимо, наприклад, в область і питаємо, чому не дали направлення, кажуть: ну, так пацієнт не просив, він вирішив сам, хоча пацієнт чітко знає, що таку допомогу такого об'єму йому можуть надати тільки в академічному інституті. Тому маршрут пацієнта треба вибудувати чітко. І саме ця фінансово-управлінська модель це допоможе зробити.

Крім того, ми змогли за допомогою серверу створити електронну базу. Вся інформація по фінансовому управлінню наших послуг, вона міститься на сервері, і це допомагає нам набагато швидше рухатися вперед. Нам чітко треба представити, що згідно закону хто буде платити нам за лікування вагітних жінок. Ми не знаємо. Це буде держава, це буде НСЗУ, це буде хтось інший, це будуть страхові компанії, але ми чітко повинні знати собівартість цієї послуги.

І та ціна, яка є 8500 за пологи, вона для нас не є "приємлема", тому що, на превеликий жаль, фізіологічних пологів у нас практично немає, це пологи, які надзвичайно високовартісні, і якщо брати ту ціну, яку нам пропонує НСЗУ, то це звичайно ми не покриємо розходи для лікування наших важкохворих пацієнтів. Але ми згодні, ми будемо доказувати, співпрацювати з службою НСЗУ, з Міністерством охорони здоров'я для того, щоб довести, щоб показати свої протоколи і свої напрацювання, які будуть основою для створення нового підходу, нової фінансової моделі.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую всім за виступи і пропоную перейти до обговорення. В секретаріат надійшли записи від учасників "круглого столу".

Галунов Антон Иванович, Інститут педіатрії, акушерства та гінекології.

ГАЛУНОВ А.І. Академії меднаук, если быть точнее.

У меня несколько вопросов, причем вопросов принципиальных. Вот тут мы говорили обо всем, а в принципе, если коснуться сути, то для начала нужно понять, сколько реально стоит госпитальная услуга и из чего эта стоимость складывается. Во-первых, мы должны четко понимать, как клинические протоколы описывают услугу; во-вторых, мы должны иметь четкий перечень услуг; и в-третьих, мы должны понимать, сколько реально эта услуга стоит и ее ресурсное обеспечение.

Что сегодня предложила НСЗУ? Вот я бы очень хотел услышать от коллег и увидеть их расчеты. И поверьте, эти расчеты хочет увидеть все здравоохранение Украины сегодня, на чем эти расчеты строились, что в структуру этих расчетов входит и почему, например, вот Министерство финансов получило расчеты по DRG-группам, по весовым коэффициентам DRG-групп, насколько я понял, австралийским, и там суперсложная нейрохирургическая операция оценивается в 25 тысяч гривен. Как можно выполнить операцию за 25 тысяч гривен, если только расходный материал, один шунт стоит 150 тысяч гривен? Вот я хотел бы вот это объяснение услышать.

Теперь нам нужно на сегодняшний день выработать единую финансовую модель, которой не существует на сегодня, и прийти к такой ситуации, когда стоимость услуг и качество медицинской помощи будут соотноситься. Вот смотрите, теперь относительно DRG-групп, финансирование по DRG-группам. Это далеко сегодня не лучший метод, этим методом нельзя подменить финансовую модель как таковую, есть другие методы финансирования, например, фиксированные глобальные бюджеты. Если мы говорим о высокотехнологичных услугах, мы должны рассчитать гарантированный уровень этих услуг. DRG-финансирование – это финансирование по факту выполненной работы, DRG-финансирование не прогнозирует риски по количеству пациентов, что для Академии абсолютно не подходит.

Необходимо, наверное, встретиться. Я абсолютно согласен с тем, что нужно встретиться и Министерству здравоохранения, и Академии, и Министерству финансов, и НСЗУ и предложить обсудить новую финансовую модель госпитальной помощи, тогда у нас будут единые стандарты, единые подходы, единая модель, единые национальные стандарты расчета ресурсного обеспечения и услуг. Тогда мы будем говорить на одном языке. На сегодняшний день этого языка нет.

ДУБІЛЬ В.О. НСЗУ – Мовчан Оксана.

МОВЧАН О.С. Дякую за запитання.

Єдину фінансову модель згідно законодавства пропонує Національна служба здоров'я і передає Кабінету Міністрів на затвердження. Модель на 2020 рік затверджена Кабінетом Міністрів на позаминулому тижні. Будь-які пропозиції пропоную подавати в урегульований законодавством спосіб.

Щодо тарифів. 2 тижні тому Національною службою здоров'я розпочато консультації з представниками місцевих органів влади, з директорами департаментів охорони здоров'я. Ці консультації тривають уже 2 тижні.

Дякую.

ДУБІЛЬ В.О. Наступний виступаючий – Сисоєнко Ірина Володимирівна, народний депутат восьмого скликання.

СИСОЄНКО І.В. Доброго дня усім присутнім. Знаєте, коли починались "пілоти" у 2017 році, ми також як і попередній парламент, народні депутати дуже активно брали участь у тому, щоб цей "пілот" почався і щоб він був ефективним.

Я би хотіла зараз за результатами того, що ця співпраця велась протягом 2 років, я дуже хотіла б, щоб діючі народні депутати підтримали все те найкраще, що вже зроблено, і доопрацювали в тих питаннях, які потрібно зробити, щоб справді цей "пілот" був успішним для населення України.

По-перше, що б я хотіла сказати. Ви знаєте, коли я відстоювала на трибуні парламенту цей Закон про державні фінансові гарантії, то філософією і суттю цього закону було те, що третинна ланка медичної допомоги буде входити в фінансування Національної служби здоров'я лише останньою, тобто ми передбачали 3 роки на поетапний перехід на оплату за послуги. Тож третинна ланка по суті має підготуватися і їй потрібно більше часу, і Національна служба здоров'я спочатку має запустити другий рівень медичної допомоги, далі мають бути на підставі протоколів вибудовані маршрути пацієнтів, і найголовніше, дуже вірно обґрунтовано і ефективно прорахована послуга високоспеціалізованих інститутів. І лише в останній етап переходити на фінансування від Національної служби здоров'я.

Тому тут я не дуже погоджуюся з Михайлом Борисовичем, який, на жаль, пішов, що вже наступного року потрібно швидко штовхати інститути в реорганізації, і щоб вони ставали підприємствами. З юридичної точки зору, коли вони зараз є державними установами, відповідно, у них захищені видатки – це зарплата, і це комунальні послуги. І дуже важливо, щоб це якомога довше зберегти, тому що оплата за послуги ще на цьому етапі на

сьогоднішній день не покриє і не збереже життєздатність інститутів академії медичних наук. Тож я дуже на цьому наполягаю і звертаю вашу на це увагу.

Далі. Знаєте, протягом цього часу, я знову ж таки наголошу на тому, що Академія медичних наук, вони справді зробили ті речі, які ніхто ще не робив у цій державі. І Інститут акушерства, педіатрії і гінекології, який офіційно в проєкті "пілотів" не був, але протягом 2 років були повністю підготовлені переліки медичних послуг третьої ланки саме високоспеціалізованої установи в питаннях материнства і дитинства. Відповідно є повністю видатки і сформована вартість медичної послуги, які надаються інститутом.

Я би хотіла скористатись нагодою, і, Оксано Сергіївно, вас як голова наглядової ради ПАГУ запрошуюю вас, щоб ви просто подивились, що зроблено і можливо це стане дуже в нагоді для Національної служби здоров'я, я на це дуже розраховую.

Тому, народні депутати, я вам дякую, що ви продовжуєте цю важливу роботу, тому що питання реформи - це спільна робота всіх депутатів всіх скликань, це медицина, вона дуже чутлива, вона найчутливіша буде для населення нашої держави і в подальшому. Тому давайте разом таку співпрацю максимально переводити в ефективність дій.

І також у зв'язку з тим, що постановою уряду визначено, що Національна служба здоров'я може мати договірні відносини виключно з підприємствами, то я би просила народних депутатів ініціювати зміни до постанови для того, щоб Національна служба здоров'я в наступному році мала можливість також фінансувати і державні установи Національної академії наук, якщо вони ще не стали державними підприємствами.

Це дуже важливо і це потрібно лише зміна уряду. Я пам'ятаю, що ми були проти цієї постанови, тому що по суті уряд Гройсмана обмежив дію закону. В діючому нашому законі, який ми приймали, там зазначено, що з усіма медичними закладами, і не було вимоги, що з медичними закладами, які лише є КНП, а з усіма, це було принциповою позицією. Я дуже добре пам'ятаю, як це ми відстоювали в залі Верховної Ради, і саме за це голосувався закон. Тому, будь ласка, перегляньте можливість внести зміни в постанову, щоб Національна служба здоров'я мала договірні відносини з інститутами Академії ще до того, як вони стануть підприємствами, а зараз як державні установи, потрібно ще дати їм час і продовжити цю роботу в такій організаційно-правовій формі. Дякую дуже вам.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую.

Ірино Володимирівно, Михайло Борисович сказав про те, що в кожного пілотного проєкту є просто час певний. Ми повинні всі разом визначитись, скільки він буде. Законом продовжено пільговий перехід.

Наступний виступаючий Гук Андрій Петрович – завідувач відділення Інституту нейрохірургії.

ГУК А.П. Шановні колеги, дякую за можливість бути на цьому "круглому столі" як безпосередній учасник. Я завідую одним з інноваційних відділень Інституту нейрохірургії, я є оперуючий хірург, є так само член Європейської асоціації, Американської асоціації нейрохірургів. Спілкуємось весь час, я виконавчий секретар асоціації нейрохірургів, Української асоціації нейрохірургів. Хочу сказати, що ми спілкувались в рамках цього пілотного проекту.

Вважаю, що зі свого практичного боку, звичайно, цей проект, як і в бюджеті 2020, має бути подовжений, щонайменше на рік, і коли ми кажемо про КРІ або критерії, ключові показники ефективності, то внаслідок цього проекту закінчення "пілоту" дійсно має бути удосконалена методика розрахунку вартості високоспеціалізованої допомоги або високотехнологічної допомоги. На жаль, за даними НСЗУ, не вистачає зараз даних для того, щоб, тому що вони надаються тільки, правильно Оксана каже, що ми зустрічались, є тільки обмежена кількість даних, по яких можна оперувати в системі Академії наук. Ці дані є абсолютно вже релевантні в масштабах країни. Тому що ви знаєте, що в закладах охорони здоров'я або в клініках Академії наук лікуються люди зі всієї України в незалежності від географії.

І нарешті один з КРІ має бути це, що ми маємо отримати реалістичну собівартість високоспеціалізованої медичної допомоги. Чому? Тому що із норми Закону про державні фінансові гарантії була вилучена співоплата. Тоді вона називалась співоплата, так? Різні види співоплати є, і в різних системах кожна нація вирішує або кожна країна вирішує по-своєму.

Людина не може співоплатити те, що вона не може співоплатити. Тому що, якщо ми порахуємо реальну вартість тарифів, вони, мабуть, будуть в три, в чотири рази дорожче, ніж ті, які зараз задекларовані на рівні спеціалізованої допомоги. І ми розуміємо чому: і зарплата росте, і витратні матеріали ростуть, і технології ростуть.

Скажіть, будь ласка, високоспеціалізована наша медична допомога передбачає, що мікроскоп, який коштує мільйони доларів, сучасний мікроскоп, або ангіографічна установка має повністю змінитися за 5 років, максимум 7 років. Якщо ми це не закладемо, а де брати оборотні кошти закладам охорони здоров'я? Де вони? Місцеві або власник, ми кажемо "місцеві органи влади", а для нас, наприклад, академічних установ власник – це є держава. Значить, держава має закласти базове фінансування.

Без базового фінансування ми, на жаль, все перекладаємо знову ж таки на плечі пацієнтів. Звідси і добродійні внески, благодійні внески, звідси і

доплата, як ми її називаємо. Але скажіть, будь ласка, в нашій державі зараз пацієнти можуть багато доплатити до медичної допомоги? І чи не викличе це знову і знову напруження? А коли так, як ми кажемо: пацієнт в приймальному відділенні і йому треба робити термінову операцію, хто буде доплачувати, в який спосіб буде доплачувати?

Я скажу, як ми зараз робимо: ходимо з шапкою по людях, по волонтерах. А що робити з нашими захисниками? Яким зараз і членам їх сімей по Закону про державні гарантії ми повинні забезпечити невідкладну допомогу і спеціалізовану, і високотехнічну допомогу.

Нам треба дуже серйозно, я вважаю, що це не останній "круглий стіл". І звичайно, головне, що відбувся цей діалог. І я вважаю, що за це завершення пілотного проекту, який має бути щонайменше на один рік, щонайменше один рік, ми повинні вийти і дати відповіді на питання, які я для себе от і для вас озвучив. Дякую за увагу.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую.

Наступний виступаючий Кубанський Сергій Анатолійович – голова Київської міської профспілки.

КУБАНСЬКИЙ С.А. Шановний Валерію Олександровичу, шановні присутні, перш за все я вам дякую за те, що на такий рівень підняли настільки важливе питання.

Але від працівників безпосередньо тих закладів, які працюють в "пілоті", хочу точно сказати, що пілот має бути продовжений. Але крім того, що він має бути продовжений, в ньому мають бути враховані і додаткові потреби щодо базового фінансування. Адже тих коштів, які всі ці 2 роки були фактично, виділялися, їх, звичайно, не вистачало. Оскільки тут уже сьогодні багато говорили про те, що були не враховані в цих сумах кошти і на обслуговування медичного обладнання, і на капітальні ремонти медичної техніки, приміщень і так далі.

Але я хочу сказати ще про головне в цій ситуації саме якраз з позицій медичних працівників, які працюють. Це про те, що система фінансування змінюється, так? Тобто ми визначаємо економічні механізми в наданні медичної допомоги і високоспеціалізованої, ми змінюємо систему фінансування. Але, на жаль, всі ці 2 роки навіть в "пілоті" оплата праці медичного працівника здійснювалась відповідно до бюджетної тарифної сітки. Тобто покращуючи медичну допомогу для населення України, шукаючи варіанти, ми досить часто забуваємо про медичних працівників.

Тому я дуже прошу, крім того, що обов'язково підтримати пропозиції до резолюції цього "круглого столу", які є в методичних рекомендаціях, що нам були надані, внесені безпосередньо Академією медичних наук України, а

також доповнити їх необхідністю впровадження нових систем та форм оплати праці медичних працівників "пілотів" і, звичайно, розширення базового фінансування.

А щодо тривалості продовження дії пілоту. В нашій історії медицини є досвід, так? Всі пам'ятають Закон про реформування в Донецькій, в Дніпропетровській, в Вінницькій областях і в місті Києві, він тривав фактично чотири роки, навіть більше. Тому ніякої проблеми в тому, що другий рік фактично працює "пілот" в Академії медичних наук, я думаю, немає.

Крім того, абсолютно можна погодитися з тим, що зміна організаційно-правової форми, механічна зміна установ Академії медичних наук України – це не є якоюсь прямо головною панацеєю. І крім того, ми всі сьогодні чули про те, що це є унікальні заклади, так, де це не просто заклади охорони здоров'я, а симбіоз науки і практики, і крім того, це є самоврядна організація. На це необхідно також зважати і, можливо, вносити дійсно зміни і в закони, і в постанови Кабміну, оскільки вони не є догмою.

Я дякую за увагу. Прошу врахувати нашу пропозицію в Резолюції.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую.

Наступний виступаючий Поляченко Юрій Володимирович – директор Інституту травматології та ортопедії.

ПОЛЯЧЕНКО Ю.В. Дякую, шановні друзі.

Я не думав виступати, але, враховуючи таку гостру дискусію, яка стосується, в принципі, майбутнього нашої останньої лінії оборони – Академії системи медичних наук України, маю на увазі інститутів, тому декілька тез, з вашого дозволу, я все ж таки скажу.

Перше, я хочу підтримати першу тезу народного депутата Михайла Макаренка щодо того бюджету, який сьогодні існує. Я розумію так, що це вже теза до Національної служби, що бюджет ми розуміємо один: от він є на медицину і він сьогодні є в Національній службі. І вона сьогодні ділить цей бюджет відповідно до можливостей державного бюджету. І нічого тут не зробиш. Ми повинні виходити з реалій, які сьогодні існують. Тобто є один бюджет.

А далі я хочу повністю підписатись під словами Ірини Сисоєнко щодо відтермінування фінансування закладів системи Академії наук України. Чому? Тому що вони не доопрацьовані з точки зору стратегічного розвитку високоспеціалізованої медичної допомоги.

Якщо ми сьогодні поспішно зробимо висновки, що от нам потрібно заключати договори в наступному році або через рік – це може бути

катастрофа, яку ми потім не здолаємо. Поетапно прорахувати всі можливості держави, надходження коштів, те, що сказав Гук, від юридичних осіб і фізичних осіб, в тому числі, на жаль, ми сьогодні повинні всім сказати правду, так, існують фонди, існують договори з юридичними компаніями, з приватними особами, це правда. Ми таким чином латаємо той бюджет, який сьогодні існує. Думаю, що Академія підтримує нас, що ми, директори інститутів просять все ж таки диференційовано ставитись до оплати високоспеціалізованої медичної допомоги. Це дуже важливо.

Ще одна теза. Це стосується фінансування закладів Академії наук. Якщо ми говоримо про додаткові засоби фінансування закладів, цей експеримент, звичайно, ми будемо тільки підтримувати, зрозуміло, і будемо просити, якщо можливо, до проекту постанови на 2020 рік після першого півріччя додати інші інститути, які сьогодні можуть брати участь в цьому експерименті, в цьому "пілоті".

І думаю, що наостанок, щоб не затримувати вашу увагу, наостанок я хочу сказати, що, як казав мій колега з Академії наук, що експеримент потрібен для того, щоб принаймні змінити філософію лікарів, які працюють сьогодні в системі АМНУ. Це дуже важливо, що сьогодні лікарі починають думати вже по-іншому, ті, хто сьогодні в цьому експерименті, ті, хто хочуть зайти в нього, вони вже починають по-іншому думати і розуміти, що треба змінювати систему фінансування, змінювати своє ставлення в тому числі до пацієнтів і до можливих нових кроків, яких сьогодні від нас потребує держава в тому числі.

Я вам всім дякую за увагу. Хочу зі свого боку сказати, що інститут готовий перейти до експерименту, до пілотного проекту. Вирішувати вже, звичайно, не нам, але ми готові і будемо готові в наступному році чи через рік готуватись до того експерименту. Всім дякую за увагу. Зі свого боку можу тільки подякувати, що сьогодні такий "круглий стіл" відбувся.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую.

Попросив ще слова наш колега, член комітету Макаренко Михайло Васильович. Прошу.

МАКАРЕНКО М.В. Шановні присутні, ви все вислухали, ви знаєте, тут що роблять з медициною, якщо з будівництвом, з дорогами можна робити, це можна поправити, а оці експерименти, де ідуть з нашою медициною, це "неприємлемо", і якщо ми хочемо знищити, то давайте будемо отак без підготовки різні робити експерименти і ще щось. Ви дивіться, за що ми говоримо. Я дуже дякую тим фахівцям, де розуміють, і де, як пан Поляченко сказав, я дякую вам, Юро, що давайте не будемо експерименти, давайте зробимо так, щоб у нас були академічні інститути. Повірте мені, знищити дуже легко, а "восстановить" очень буде тяжко.



І правильно оце НСЗУ, як вони вирішують ці, ви знаєте, як вони ці тарифи роблять, як вони, що вони бачили щось. Єдине, що вони не розуміють, що не дай Боже їм захворіти, за кордон одиниці поїдуть, а основна маса буде тут лікуватись, а ось за що лікуватись? Дивіться, я вам хочу сказати одне, ви зрозумійте, з 2014 року 1700 медичних закладів - немає вже лікарень. 187 тисяч лікарів нам потрібно. Але ж поїхали професіонали, де роблять ці проекти, все, я от з академіками, і це, скільки ми з Усенком за операційним столом стояли, скільки, вони не бачать цього. Ви розумієте? Вони цього не бачать, бо вони не були в цих екстремальних ситуаціях. І вони зараз теоретично так зроблять, а потім, як ця казка Пушкіна, що біля "розбитого корита" будемо. А куди ваші діти поїдуть?

Я дуже прошу вас, щоб ми з вами зробили все для того, щоб ми співпрацювали - і НСЗУ це, де організували, ми ж все розуміємо, і Міністерство фінансів, і Рахункова палата - щоб ми робили єдине ціле. Не треба дивитись за "відкати", де і що там роблять, нам треба дивитись, щоб люди були здорові. Ви дивіться, Інститут педіатрії і акушерства каже, що до них не поступає ні одна здорова жінка. А я вам хочу сказати, я 20 років був головним акушером міста Києва, 87 відсотків фертильного віку жінок, які народжують, як Высоцкий пел: "За ней тянулся длинный-длинный хвост ее невзрачных и коротких связей", вагітність такий термін - і пішли супутні захворювання. Що ж ми робимо? 87 процентів! Хіба може хвора жінка народити здорове покоління? І ми не знаємо, на що ми фінансуємо, у нас перепису населення не було. Яких 40 мільйонів?! Ви подумайте, якщо зроблять, ви жахнетесь, що в Україні робиться! Давайте вивіримо. І частіше спілкуватись. І будемо так робити, щоб ми зібрались на "круглий стіл" заради здоров'я нашої нації.

Дякую.

ДУБІЛЬ В.О. Дякую всім учасникам "круглого столу". Дякую за слухні пропозиції.

ЦИМБАЛЮК В.І. Валерію Олександровичу, а можна ще два слова?

ДУБІЛЬ В.О. Так.

ЦИМБАЛЮК В.І. Ну завжди ті, яких привели на ешафот, вони мають право на останнє слово. Я коротко. Перше, дякую, що це питання піднялось на найвищий рівень і розглядається на комітеті. Я думаю, що якщо ми ці питання всі разом будемо вирішувати, дуже багато можемо вирішити, тому що тут є представники депутатів, які можуть вирішувати принципи і зміни до законів, і решту, і Міністерство охорони здоров'я, і Міністерство фінансів,

і ті виконавці, які є. Ми зараз сидимо один проти одного і можемо дискутувати, спілкуватися.

Але що я хотів сказати? Медицина - найбільш консервативна галузь, яка є в світі. Навіть дуже багаті країни, такі, як Сполучені Штати Америки, не роблять все з "кавалерійського наскоку", те, що хотіла зробити пані Уляна. Я не хотів її згадувати. От подивіться, був Барак Обама, завів нову реформу, а Трамп її відмінив - навіть в тій країні, де є дуже багато коштів. А ми захотіли зробити, раз - і все зробили. Тому, не буде повертатися до цього, нам треба обов'язково робити реформу, ми її зробимо. І Академія в цьому плані дуже багато працює і зробить. Але давайте не ламати те, що на сьогоднішній день працює. Якщо ми поламаємо те, що працює, потім не відновимо.

Тепер. Національна академія медичних наук є найкращою площадкою для експерименту. Чому? Подивіться, що в основі реформи? Автономізація. Ми самостійні і можемо багато вирішувати питань. Нові розрахунки. Ми їх робимо і працюємо.

Що найголовніше? Протоколи, які зроблені, тобто стандарти, і зроблені розрахунки. Це є підготовка бази для того, щоб ввести медичне страхування в Україну, яке теж дуже багато вирішить питань, які повинні бути. Ми готові поділитися цими розрахунками і даними з усіма, що є.

Тепер. На основі цього стоїть питання: а де взяти кошти? І от я би вас просив, Валерію Олександровичу, і всіх депутатів наступний "круглий стіл" - подумати, не вистачить у держави, давайте чесно говорити, грошей на оплату тих державних гарантій. Якщо вистачить на третину, я просто буду молитися Господу Богу і дякувати за це. Але не вистачить. Значить, стоїть питання, де дістати інші кошти. Значить, тоді виникає питання: страхові компанії - чудово, законно треба зробити. Керівники підприємств, які повинні платити за своїх, так у всьому світі роблять, я зараз був у Китаї, і вони це роблять.

Тепер. Знову стане питання доплати зі сторони пацієнтів. Ну тоді треба це зробити законно і враховуючи 49 статтю Конституції і рішення Конституційного Суду про безплатне лікування. Якщо ми це зробимо законно, тоді стане все на свої місця. І знову ж тоді виникне те, що багато говорять, що медики всі беруть "и прочее", піде детінізація коштів, тому що це все буде законно платитися в каси.

Завершую. Але я ще раз кажу: грошей не вистачить. 60 відсотків наших пацієнтів неплатоспроможні. І поїздивши по світу, я пропоную ще один із варіантів. Для тих людей, а їх таких знайдеться багато, які не працюють, які не мають коштів, те, що робиться в світі, це створення муніципальних лікарень, які будуть утримуватися містом або державою і надавати допомогу в мінімумі, але для того, щоб їх врятувати, тим, хто не має можливості - ні страховки, нічого.

Дякую. Але ще раз дякую за те, що сьогодні, і я готовий і далі співпрацювати абсолютно з усіма, дискутувати, домовлятися. І разом ми домовимося і зробимо дійсно реальні речі.

Дякую.

ДУБІЛЬ В.О. Ще раз дякую всім учасникам. Дякую за слухні пропозиції. Віталію Івановичу, вам також у першу чергу дякую, з великою повагою до вас і до всіх директорів інститутів. Я і мої колеги почули все. І я хочу сказати на підтримку всіх те, що, на превеликий жаль, вам не просто було цих 2 роки, не 3 роки, а 2 роки, так. В кінці 2017 року розпочали, і не було 5 документів, які повинні були бути напрацьовані, і ті недолугі постанови, про які говорили, просто не було єдиного механізму, не було розуміння між Кабінетом Міністрів, МОЗ, комітетом і так далі. Ми це все знаємо і пам'ятаємо, як це було. І я також як народний депутат того скликання, і Ірина Сисоєнко тоді працювала, знає, комітет намагався щось зробити. Не було часто кворуму в комітеті, комітет також проходив не так, як хотілося б. А сьогодні - на сьогодні все є, на сьогодні є єдиний механізм. Сьогодні тут всі є присутні. Наш комітет сьогодні працює як єдиний механізм, який хоче допомогти і вам, і пацієнтам, всім людям, щоб змінити в охороні здоров'я, тому що здорова нація - здорова країна.

І тому сьогодні ми працюємо - і НСЗУ, МОЗ, Мінфін, ви, ми. Ми можемо завершити цей пілотний проект. І зрозуміло, що гроші - це в першу чергу, ми почули, будемо над цим працювати. Всі пропозиції, для того щоб зробити Резолюцію "круглого столу", прошу направити до секретаріату комітету, є наш сайт. Тому прошу всіх.

Всім дякую. Гарного дня.