

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" в Комітеті Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я на тему: "Створення державної системи оцінки
технологій охорони здоров'я (Health Technology Assessment – HTA)
як необхідного інструменту реформування медичної галузі"

24 жовтня 2018 року

СИСОЄНКО І.В. Вітаю всіх присутніх. Прошу вибачення за затримку. Але дуже рада бачити таку велику кількість учасників нашого заходу.

Справді, нарешті, в Україні ми починаємо говорити про таку важливу річ, як оцінка медичних технологій. Саме цій темі сьогодні буде присвячений наш "круглий стіл". Я дуже рада бачити експертів системи охорони здоров'я, завдяки яким ми все ж таки наближаємося до запровадження такої важливої державної інституції.

Ну, хочу почати з того, що дуже важливо, щоб в першу чергу з'явилися закони, які б на законодавчому рівні побудували ті механізми, які мають побудувати оцінку медичних технологій. Я дуже рада тому, що активність у народних депутатів і в тому числі моя особиста поправка якраз сформували в прийнятому Законі України "Про фінансові державні гарантії медичного обслуговування" вперше визначення на законодавчому рівні що є таке оцінка медичних технологій.

Оцінка медичних технологій – це експертиза медичних технологій щодо клінічної ефективності, економічної доцільності, організаційних проблем та проблем безпеки для громадян у зв'язку з їх застосуванням. Отож ми маємо рухатися в побудову саме оцінки медичних технологій якомога швидше, і це є важливим і для реалізації прийнятого Закону про фінансові гарантії. Тому що кожную копійку, кожную гривню, яку витрачає держава на медичне обслуговування, вона має йти на максимально ефективну методику лікування, на максимально ефективні лікарські засоби. І якраз оцінка медичних технологій має стати основою для такого запровадження.

Я не буду багато говорити про важливість цієї нової інституції. Хочу зазначити, що відповідно до прийнятого закону термін, який був наданий Кабінету Міністрів для того, щоб сформувавати цю подальшу роботу відповідно до закону, є 30 січня 2018 року, тобто вже давно цей термін сплив, і, на жаль, жодної дії не зроблено Міністерством охорони здоров'я. А те, що зроблено в цьому напрямку, то, я думаю, що сьогодні безпосередньо якраз радник, заступника міністра охорони здоров'я Роман Романович нам безпосередньо доповість.

Також хочу сказати про те, що суспільство вимагає вже від держави нарешті побудувати страхову медицину. І також в питаннях запровадження страхової медицини надзвичайно важливим є оцінка медичних технологій.

Тому переходимо до наших з вами доповідей. У вас є програми з виступами тих учасників нашого круглого столу, а потім я із задоволенням також по 2-3 хвилини надам можливість висловитись усім присутнім.

Першою до слова я запрошую безпосередньо радника міністра охорони здоров'я. Будь ласка, пані Тетяна Коба, яка сьогодні від імені Романа Романовича Ілика розкаже, а що зроблено Міністерством охорони здоров'я в напрямку побудови оцінки медичних технологій. Будь ласка.

КОБА Т.М. Доброго дня, колеги! Від імені Романа Романовича я хочу подякувати вам, що ви сьогодні присутні, всі ви зібралися. Це справді дуже велика подія, це перші кроки, які ми спільно починаємо з вами.

Хочу зачитати від Романа Романовича вітальне слово.

"Шановні гості та колеги! Висловлюю щире вам подяку всім та комітету за ініціативу проведення круглого столу щодо створення державної системи оцінки технологій охорони здоров'я як необхідного інструменту реформування медичної галузі.

Угода про асоціацію між Україною, з однією сторони, та Європейським Союзом, з іншої сторони, спонукає Міністерство охорони здоров'я України продовжувати рухатися та спрямовувати свої зусилля на досягнення найкращого ефективного лікування нації з оптимальним використанням фінансових ресурсів. Міністерство охорони здоров'я України взяло на себе зобов'язання підвищувати рівень доступності, безпеки та захисту здоров'я людини, керуючись передовими міжнародними практиками оцінки технологій охорони здоров'я. Також як Центральний орган виконавчої влади забезпечує формування та реалізацію державної політики у сфері створення виробництва, контролю, якості та реалізації лікарських засобів та медичних виробів, ставить перед собою основну таку мету. Надання на постійній основі наукового обґрунтування щодо відбору основних лікарських засобів, медичних виробів, імунобіологічних лікарських засобів, профілактичних, діагностичних методів та лікування за економічною доступністю з співвідношенням витрат до ефективності вимог обмеженого фінансування системи охорони здоров'я, відповідно до кращих світових практик. Підвищення доступності пацієнтам лікарських засобів, що увійшли до національного переліку, з урахуванням проведення системи оцінки технологій охорони здоров'я. Передумовою впровадження цієї системи стало зростання витрат на охорону здоров'я, необхідність оцінити традиційну методику лікування, зростання та впровадження інноваційних технологій, пріоритетність застосування високовартісних ефективних технологій.

Наразі першими ключовими кроками в створенні та розбудові даного напрямку стало введення поняття оцінки медичних технологій в Законі України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення", застосування методів вже оцінки технологій охорони здоров'я при розробці національного переліку лікарських засобів. Розроблено керівництвом настанови з оцінки технологій охорони здоров'я експертним комітетом у 2018 році та положення про здійснення відбору лікарських засобів для внесення до національного переліку основних лікарських засобів, що стануть першими важливими кроками у подальшій розробці нормативно-правових актів, які перебувають із затвердженням порядку, встановленим Кабінетом Міністрів України. Проведено з 2017-2018 роки ряд навчальних семінарів міжнародними експертами по застосуванню НТА в рамках міжнародного проекту USAID "Безпечні та доступні ліки" та системи покращення доступу до лікарських засобів та фармацевтичних послуг проектом SIAPS. Розпочато створення нового Департаменту з питань системної оцінки технологій охорони здоров'я на базі державного підприємства ДЕЦ без додаткового бюджетного фінансування. Це як перший крок в створенні окремої незалежної та прозорої державної установи.

Відповідно наступними кроками у нас будуть: це внесення зміни до статуту підприємства, штатного розкладу; внесення змін до антикорупційної програми; розробка положення щодо проведення саме прозорого відбору і конкурсу по працівникам на керівні посади; проведення нарад, семінарів та навчань з питань оцінки технологій охорони здоров'я із залученням міжнародних експертів та міжнародних організацій таких, як ISPOR; і як основним кроком в створенні окремої незалежної та прозорої державної установи "Агентство з оцінки технологій охорони здоров'я" та визначення поля його діяльності, розробки положення про агенцію з оцінки медичних технологій.

Неможливо не згадати, з огляду на вищевикладене та враховуючи тенденцію до значного розширення ринку праці у сфері фармекоекономіки, виникає додаткова необхідність її подальшої розбудови. Тому в 2019 році міністерство України планує започаткувати проект покращання професіоналізації сфери фармекоекономіки, спрямувати на вивчення оцінки технологій охорони здоров'я у державних вищих навчальних закладах України.

Сьогодні засідання круглого столу – це початок для комунікацій вчених, лікарів та представників народу нашої країни. Важливим є як обмін досвідом це нашими іноземними партнерами, так і комунікаційний діалог експертів медичної сфери всередині нашої України. Маю надію, що ця зустріч стане початком спільної та плідної роботи у даному напрямку і візьме вектор розвитку системи оцінки технологій охорони здоров'я в Україні".

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам, пані Тетяно.

Справді, сьогодні мав бути Роман Романович Ілик на нашому заході, і він підтверджував важливість цієї участі, але у зв'язку з смертю мами, він не може бути сьогодні з нами. Тому я дякую за те, що позицію Міністерства охорони здоров'я ви тільки що нам озвучили, пані Тетяно.

Я хочу зазначити про те, що все більше і більше ми чуємо з вами, на телеканалах вже журналісти постійно акцентують увагу, що в Україні велика кількість "фуфломіцинів", яка є в доступі і яку використовують пацієнти, купуючи лікарські засоби. Так само ми знаємо про малоефективні методики лікування, які існують в державних комунальних медичних закладах. І це все говорить про те, що тема сформувати належним чином, як це є в європейських розвинутих державах, оцінку медичних технологій, щоб всі кошти, які використовуються як з державного бюджету, так і інших джерел фінансування, були витрачені максимально ефективно.

Тому до наступної доповіді я хочу запросити людину, яка є, мабуть, одним із флагманів руху побудови оцінки медичних технологій в нашій державі. Це пан Костянтин Косяченко – президент громадської спілки "Українське агентство з оцінки технологій охорони здоров'я". Будь ласка.

КОСЯЧЕНКО К.Л. Добрий день, шановні колеги, добрий день, шановна президія. Я у свою чергу хочу подякувати Ірині Володимирівні за те, що насправді дефініція в цьому законі з'явилася завдяки вам. І якщо б... ми робили все, що могли, але реалізувати появлення у законі України такої дефініції – це дуже велика ваша заслуга. Дякую за можливість висловитись і прошу, я постараюсь коротко розповісти, який досвід і перспективи впровадження НТА в Україні.

Я хочу найперший слайд, це сьогодні Всесвітній день боротьби з поліомієлітом. І ви можете побачити, що затрати приблизно 2,8 мільярдів доларів США на вартість розробки вакцин від всіх основних 11 захворювань з переліку ВООЗ пандемічних, набагато менші, ніж витрати на пандемію, які, наприклад, в 2003 році сталися. І там було витрачено 54 мільярди. Звідки беруть? Це не просто математика. Звідки береться, що найнебезпечніші хвороби? На основі НТА. Звідки береться, скільки коштів треба потратити на ті чи інші технології, на ті чи інші завдання, які стосуються навіть таких глобальних проблем, це також оцінка технологій охорони здоров'я.

Наступний слайд. Я хочу показати як давно, історично трошки, як давно вже працює в світі НТА. В 1975 році в США уже з'явилась при конгресі така медична програма. Ну, я в свій час настоював на тому, що, можливо, при Верховній Раді також могла б з'явитися така програма по досвіду США, але, ну, поки що це не реалізовано. І протягом десятиліть вже

доведено його використання, більшість країн в Європейському Союзі, в світі обов'язково використовують цей інструмент.

Далі, будь ласка. Ну, уже сказала Ірина Володимирівна, не буду повторювати, що таке оцінка медичних технологій. Хоча я повинен уточнити, що зараз Всесвітня організація охорони здоров'я говорить про те, що треба називати "оцінка технологій охорони здоров'я", тому що "оцінка медичних технологій" трохи звужує це поняття. В 2017 році Україна, нарешті, зусиллями громадськості, народних депутатів, досягла того, що у нас з'явився предмет, про який ми можемо говорити.

Далі, будь ласка. Оцінка медичних технологій або оцінка технології охорони здоров'я, я буду говорити НТА для скорочення (Health Technology Assessment), розповсюджується на лікарські засоби, профілактику, оперативні втручання, стандарти надання медичної та фармацевтичної допомоги. Тобто ви можете бачити, що наскільки широке охоплення всього того, що знаходиться в охороні здоров'я.

Далі, будь ласка. Технології охорони здоров'я також, ви бачите, вони призначені для профілактики захворювання, виявлення, діагностики, лікування, реабілітації, підтримуючого лікування, тобто НТА може дати відповідь на всі питання, що стосуються тих чи інших технологій.

Далі, будь ласка. Що ж таке оцінка технологій НТА. Комплексне цілеспрямоване дослідження короткострокових, довгострокових наслідків застосування технологій. Вивчає широкий спектр ефектів. Насамперед вивчається питання ефективності, корисності, безпеки та вартості.

Далі. Оцінка технологій НТА говорить про технічну безпеку, ефективність, клінічну безпеку, клінічну ефективність, вартість, організаційні аспекти, також етичні, юридичні, соціальні і культурні аспекти.

Далі. Процес НТА складається з виявлення і визначення пріоритетів, з пошуку і синтезу літератури, збір власних даних, можливо, надання рекомендацій, розповсюдження впровадження і оцінку і виклики, тобто зворотній зв'язок від системи охорони здоров'я.

Далі. Схематично. Відбувається аналіз проблем, клінічний аналіз, економічний аналіз, аналіз впливу на бюджет. Чому я хотів показати цей слайд? Тому що дуже багато людей в нашій державі, в нашій країні, що НТА – це в основному фармакоекономіка. Але це так, фармакоекономіка – це, скажімо так, четверта частина, це максимум, що вона може займати в цьому питання. А НТА – це інструмент для того, щоб отримати політичне рішення від міністра охорони здоров'я, від Кабінету Міністрів для того, щоб фінансувати ту чи іншу технологію.

Далі, будь ласка. Функції національної програм НТА: безперервний моніторинг стану здоров'я населення, політики у сфері охорони здоров'я і технологій охорони здоров'я, взаємодія з особами, як я сказав, що визначають

політику. Це можуть бути політики і на рівні Верховної Ради, Кабінету Міністрів, Міністерства охорони здоров'я. Держава в обов'язковому порядку повинна проводити оцінку важливих технологій, визначати, які пріоритети для тої, чи іншої держави. Якщо, скажімо, в африканських країнах це можуть бути якісь пандемії, які у нас давно вже не... люди не хворіють, то у нас повинні визначені, як, ну для того ж, щоб доступних ліків, скажімо, чи це кардіологія, чи гіпертензійних хвороб, антигіпертензійні препарати і таке інше. І також повинні пропозиції вносити в політику, і оцінюються результати.

Далі, будь ласка. Політика у сфері охорони здоров'я повинна будуватися завжди на доказах. Докази вказують на необхідність змін в політиці. Реалізацію політики можна значно покращити завдяки тим чи іншим доказам. Іноді політика безпосередньо залежить від доказів, що використовуються. Посилення взаємозв'язку між доказами і оплатою, зв'язок між системою забезпечення якості і доказами.

Я хочу наголосити, політика в цьому питанні звучить у сенсі політика охорони здоров'я. Це не стосується будь-яких політичних процесів, які відбуваються в державі.

Далі, будь ласка. Які ж важливі компоненти політики? Це політика охорони здоров'я населення, забезпечення доказовості, національна фармацевтична політика, враховуючи регулювання ефективності безпеки, політика у сфері обладнання або медичних виробів, політика оплати, система забезпечення якості і, що важливо, інформаційно-освітні стратегії.

Далі. Потенційні ролі НТА у забезпеченні лікарськими засобами у Європі. Тобто НТА не тільки акумулює докази і говорить про ті чи інші важливі моменти в охороні здоров'я, а також є регулятором доступу на ринок, визначає формулярні переліки найменування лікарських засобів, що оплачуються, reimbursement, як зараз говорять, позитивні, негативні переліки. Потрібно сказати, що в багатьох країнах позитивний перелік фінансується, негативний не фінансується. Якщо взяти Сполучені Штати, там є Orange Book, в якому також визначені з найвищою доказовістю, і йде вниз до нижчої доказовості. З найвищою доказовістю фінансуються з бюджету держави, з найнижчою – ні.

Ну, і регулювання ціноутворення. У нас дуже багато говорять про ціноутворення на ліки. Говорять, дорогі ліки чи, можливо, дешеві, якісні, неякісні, але ніхто поки що не використовує інструменти НТА в Україні як регулювання ціноутворення. А це дуже важливо. НТА дозволяє встановити справедливую ціну, а також дозволяє державі вести переговори з тими чи іншими виробниками лікарських засобів для того, щоб переконати виробника знизити ціну за рахунок об'єму, за рахунок лікування тих чи інших нозологій і таке інше.

Далі, будь ласка. В Законі про державні фінансові гарантії є ще одна позитивна зміна – це визначення реімбурсації. Всі вже знають що таке реімбурсація, це компенсація лікарських засобів... вартості лікарських засобів при амбулаторному лікуванні. Хочу також наголосити, хто на це не звертав увагу, реімбурсація відбувається тільки в аптеках. Те, що стосується закупівлі в лікарнях, в будь-яких установах, це абсолютно іншими нормативами регулюється, але там також потрібно обов'язково застосовано Health Technology Assessment.

Далі, будь ласка. Потрібно сказати, що Європейський суд визнав, що обмеження переліку оплачуваних ліків закону за умови прозорості, об'єктивності та підконтрольності процедур. Тобто, якщо хтось із наших громадян України подасть в Європейський суд по правам людини, що тим чи іншим чином ущемлені, як то кажуть його права, то інструменти НТА дозволяють захистити також і державу від того, щоб були... звинувачена вона, що не було проведено прозорі вивчення процедури, не були визначені чітко, для суспільства найважливіше було фінансувати ті чи інші технології.

Далі, будь ласка. Теоретичні основні положення системи НТА. Потрібно, я не буду все зачитувати, скажу, що обов'язкова вимога це повинно бути нормативно-правове регулювання. Обов'язково. Є закон, повинна з'явитися постанова Кабміну, як не постанова Кабміну – наказ Міністерства охорони здоров'я, і це обов'язково повинно бути прописано. Якщо воно не прописано, можуть робити хто як завгодно, що завгодно і доводити, що це їхня правота. Насправді все повинно бути нормативно врегульовано.

Далі. Раціональна організація НТА потребує обґрунтованого вибору органів, які цим займаються. Сьогодні прозвучало від радника міністра охорони здоров'я, що створюється на базі державного експертного центру підрозділ, який буде займатися НТА. Я відразу скажу як експерт в цій сфері, що це невірно. Орган повинен бути незалежний абсолютно. Я про це вже говорив і зможу наголосити, що, можливо, якщо це не може бути створено там окремий орган при Міністерстві охорони здоров'я чи орган влади, це можливо створено бути при Академії медичних наук, при національній. Тому що незалежність оцінок – це найголовніше, що лежить в основі процедури НТА.

Далі, будь ласка. Повинна система НТА базуватися на достовірних прозорих процесах і методиках. Це повинно, ще раз я говорю, бути виписано чітко. Потрібно наголосити на тому, що у нас досить специфічна статистика, у нас дуже складно знайти статистичні дані по тим чи іншим питанням при підготовці звітів з Health Technology Assessment. Плюс дуже важливі моменти, також я хочу звернути на це увагу Міністерства охорони здоров'я і законодавців, у нас практично неможливо порахувати вартість послуги, що також... послуги медичної, що також настільки важливо для прийняття рішення і для того, що фінансувати. Медична послуга не поражена, робота

медичного працівника не може бути врахована, і це нівелює деякі результати НТА.

Далі. Практична значимість впровадження визначається повнотою і своєчасністю прийнятих рішень. Успішна реалізація... ну можуть бути протиріччя, для цього створюються експертні комітети, створюються наукові якісь осередки, працюють вони, можуть дискутувати. Але прийти повинні до певного рішення, а потім повинні обов'язково імплементувати і розповісти про це все усьому загалу. Тобто реалізація НТА може бути не тільки на високому рівні, вона може відбуватися і в клініках. Скажімо, обласна клінічна лікарня, яка буде застосовувати НТА в своїй роботі, гарантую, вона зекономить ті чи інші кошти і досить великі. Тому що я завжди приводжу приклад, на одній із конференцій директор з НТА барселонської клініки наводила приклад, що за рік вони економлять близько мільйона євро завдяки застосуванню інструменту НТА. Безумовно, в нашій країні це не буде так багато, але ефективність можна буде відчутти.

Далі, будь ласка. На державному рівні оптимізація процесу прийняття рішень, підвищення рівня інформування фахівців, надання законності рішенням і пришвидшення впровадження інновацій в охороні здоров'я. Дуже важливо, НТА надважливу роль грає, коли впроваджуються інноваційні технології. Як визначити? Інноваційні технології завжди дорогі, завжди вони дорогі, вони ніколи не коштують дешево. І чи замінити дешево технологію дорогою технологією, дорогими лікарськими засобами, наприклад, порівняти чи в онкології потрібно затвердити... лікувати хіміотерапією, чи, можливо, радіологією, також НТА може дати відповідь.

Я також нещодавно буквально вичитав, що в багатьох країнах світу зараз існує технологія, коли апендицит лікують не оперативним втручанням, а антибіотикотерапією. Також можна поррахувати, що дешевше – розрізати пацієнта чи вилікувати його антибіотиками. І чи варто замінювати ту технологію, коли звично, коли вирізають апендикс, антибіотикотерапією, це також треба поррахувати, і НТА дає на це відповідь.

Далі, будь ласка. Що треба зробити, щоб побудувати систему НТА в Україні? Потрібно вибрати модель. На жаль, хоча у нас певні кроки є, і Міністерство охорони здоров'я про це говорить, що експертний комітет і таке інше, модель не вибрана. Яка повинна бути модель? В світ існують гіпотетично декілька моделей. Важка модель, коли держава сама пише звіти з НТА, змішана, коли держава визначає, що буде писати, що не писати, і вибирають легку модель, коли пишуть всі, хто можуть, а держава виступає в якості голкіпера, скажімо так. Встановлює правила і говорить про те, що ці звіти написані відповідно до цих правил, і їх можна враховувати при розгляді фінансування, а ці звіти не беруться до уваги.

Навчання експертів. Навчання відбувається, але, на мій погляд, дуже мало. Експертів повинно бути, я впевнений, що через пару років в кожній

клінічній лікарні буде працівник, який буде навчений НТА, інструментами НТА. І ви відчуєте, наскільки це буде легше працювати для того, щоб раціонально використовувати ресурси.

Вважаючи на те, що відбуваються десь зміни, автономізація лікарень, фінансування по-своєму відбувається, це обов'язково треба застосовувати для того, щоб раціонально використати ресурси.

Керівництво з НТА, воно як би вроді є в Україні на обговоренні, але воно висить на обговоренні, і говорять, давайте пропозиції. Думаю, що пропозиції в нашій країні до дедлайну з НТА, з керівництвом з НТА дадуть, можна на пальцях перерахувати, скільки людей зможуть дати ці пропозиції.

Тому я пропоную повернутись Міністерство охорони здоров'я до робочої групи, яка була створена в 14-му році щодо розробки запровадження НТА і таки зібрати всіх експертів. Всі науковці готові долучитися до цього питання. Ну, і повинна бути створена система ефективного нагляду з імплементацією результатів НТА в практику.

Будь ласка, далі. Я, дивлячись на те, як в Україні відбувається: обмеженість ресурсів, дефіцит експертів, можливість вивчення питання адаптації іноземних звітів. Потрібно сказати, що звіт не можна взяти закордоном і імплементувати його в Україні, він не буде відповідати вимогам нашої системи охорони здоров'я, тому він не зможе у нас працювати, і не можна буде прийняти на його основі рішення. Потрібно розробити керівництво. Потрібно побудувати систему. І я пропоную все-таки, щоб в Україні на перших парах була така легка модель, про яку я говорив. Коли можуть писати звіти навчені експерти, а держава тільки встановлює правила.

Далі, будь ласка. Хотів би... Є галузеві стандарти. Ви знаєте клінічні протоколи, стандарт і формуляр, і таке інше. Можливо, непотрібно вносити в закон, щоб це було керівництво, але Міністерство охорони здоров'я має свою систему стандартизації, і от теж потрібно було ввести таку дефініцію, що таке керівництво з оцінки медичних технологій, щоб не плутали з наказами, тими чи іншими, скажімо, як включати у нас переліки, як заяву писати і таке інше. Тобто потрібна також дефініція, що таке керівництво з оцінки медичних технологій.

Далі, будь ласка. Такий невеличкий приклад. От за що відповідає керівництво з НТА? Коли формується національний перелік лікарських засобів на основі НТА, а зараз це застосовується, і це дуже добре, що застосовується, і пошукова стратегія, і клінічний аналіз, і економічний аналіз, і аналіз впливу на бюджет, це все повинно бути виписано в керівництві, чітко виписано по пунктах, з цифрами, з формулами і таке інше. Тобто цей документ повинен бути ґрунтовний, великий і досить чіткий, щоб він не міг трактуватися.

І хочу обов'язково зупинитися, що результати повинні публікуватися. Обов'язково. У нас зараз навіть той, хто робить ті чи інші звіти з НТА, не публікує результати. Це невірно. Тому що, якщо НТА зроблено, значить повинно бути опубліковано.

Що стосується експертного комітету, то обов'язково повинен приймати позитивне рішення і опублікувати просто рішення. А якщо приймається негативне рішення щодо включення в національний перелік лікарських засобів, повинно бути обґрунтування, і про це повинна бути дискусія.

Далі, будь ласка. Шлях до рішення, на мій погляд, у сфері охорони здоров'я. Оцінка відбувається, це звіт з НТА, потім відбувається критичний аналіз. Я назву це Агентство з НТА, але це може бути експертний орган, сьогодні це експертний комітет, потім відбуваються переговори, і уповноважена особа приймає рішення, переговори відбуваються. Сьогодні у нас тендер там чи ProZorro, і хто найнижчу ціну запропонував, той намагається і купити. Насправді, в охороні здоров'я воно не повинно так діяти, тому що ціна - ефективність, тут такий показник повинен, найважливіше, щоб він застосовувався, і тоді буде зрозуміло, скільки повинно вартувати те чи інше лікування. І уповноважена особа, на сьогоднішній день потрібно сказати, що це міністр охорони здоров'я, чи в.о. міністра охорони здоров'я. Тобто Міністерство охорони здоров'я приймає рішення, чи фінансувати ту чи іншу технологію, компенсувати той чи інший лікарський засіб, щось змінювати в системі охорони здоров'я, і це відбувається на базі НТА.

Далі, будь ласка. Контроль за результатами – це створення умов з боку держави для розвитку НТА і тоді, коли публікується все, коли відбувається аналіз, суспільство може контролювати систему охорону здоров'я: чи правильно їх лікують, чи ті методи застосовують, чи не застарілі, чи інноваційні потрібно впроваджувати. Ми будемо громадянське суспільство, і громадянське суспільство повинно брати в цьому активну участь. І тут потрібно також звернутися до законодавців, повинна бути ефективна судова система. Без відстоювання своїх прав, наприклад, написав, компанія фармацевтична пропонує, каже, що технологія інноваційна, але дешевша, вигідніша, Міністерство охорони здоров'я по тим чи іншим признакам скаже, що ні, ми будемо фінансувати іншу систему, іншу технологію. То суд повинен дати відповідь, для цього виписані всі документи, і ефективна судова система дозволяє звернутися в суд і сказати, так, моє право отримати найефективніше, найдоцільніше лікування і таке інше.

Далі, будь ласка. Хочу закінчити, майже закінчити свою доповідь, такими словами відомого філософа Франсуа де Ларошфуко, що ми знаходимо декілька рішень одного і того ж питання не стільки тому, що наш розум дуже плідний, скільки тому, що він не надто прозорливий, і замість того, щоб зупинитися на найкращому рішенні, являє нам без розбору всі можливості відразу.

Далі, будь ласка. І, от прийняття рішення, коли на основі доказів пазл складається, коли інтуїтивно прийняття рішень. І, на жаль, сьогодні, я розумію, ми говоримо, круглий стіл присвячений, що НТА – це інструмент реформування охорони здоров'я. Я говорю про те, що рішення багато в тому, як реформувати охорону здоров'я, є вірних, але із-за того, що вони не показані, як вони обґрунтовані, на базі яких доказів, вони, можливо, не сприймаються суспільством. Це дуже важливе питання. А НТА дало б можливість тим, хто робить реформи, відповісти на ці питання і довести свою правоту.

Дякую за увагу. І готовий буду відповісти на питання, якщо вони будуть.

СИСОЄНКО І.В. Пан Костянтин, дуже дякую вам за ґрунтовну доповідь. Я хочу також погодитись з вами в тому, що не погоджуюсь з позицією Міністерства охорони здоров'я з приводу от тієї державної інституції, яка має займатись оцінкою медичних технологій.

Я хочу зачитати тезисно рекомендації Ради Європи, які надані в технічному документі, який має назву "Оцінка корупційних ризиків у галузі охорони здоров'я. Україна". Так ось, дуже чітко визначено, що функція по оцінці технологій повинна бути покладено на наукову установу високого рівня, що не має зв'язків із фармацевтичною індустрією чи виробниками медичних виробів. Тобто це пряма рекомендація Ради Європи для України для того, щоб все ж таки питання оцінки чи медичних технологій чи, як ви вірно зазначили, оцінки технологій системи охорони здоров'я, щоб все ж таки ми формували за незалежним, незаангажованим принципом в окрему державну інституцію, лише тоді справді може бути прозорість і ефективність її роботи.

Тому пану Роману Романовичу велике вітання, як і всьому Міністерству охорони здоров'я. І, я думаю, що ми найближчим часом будемо комунікувати якраз з приводу цього важливого питання. Тому що як буде побудований цей державний орган, які будуть покладені на нього повноваження, хто буде це робити, відповідно це буде визначати якість всієї роботи. І в нас вже немає часу якісь робити неефективні державницькі рішення, які направлені на якість всього того, що відбувається в системі охорони здоров'я. Тому дякую дуже вам.

До наступної доповіді я хочу запросити безпосередньо представника і керівника лікувально-організаційного управління Національної академії медичних наук України пана Ігоря Шкробанця. Будь ласка.

ШКРОБАНЕЦЬ І.Д. Дякую, шановна Ірина Володимирівна, за можливість виступити в такому достойному товаристві.

Вельмишановні пані та панове! Я би зробив метою свого виступу практичне підтвердження необхідності запровадження системи оцінки технологій охорони здоров'я за результатами, першими результатами пілотного проекту, який здійснюється в Національній академії медичних наук України. І це, напевно, буде підтвердження і продовження тієї розмови, що почав Костянтин Леонідович, який дав абсолютно ґрунтовне теоретичне підґрунтя необхідності запровадження в нашій країні системи оцінки технологій охорони здоров'я.

Нагадаю всім, що в чотирьох інститутах Академії медичних наук України відбувається пілотний проект щодо зміни механізму фінансування надання медичної допомоги. Відбувається цей пілот на підставі, наступний слайд, Постанови Кабінету Міністрів України, яка прописала всі правила пілоту. І якщо говорити про завдання пілоту, то звучить воно наступним чином "Відпрацювання в умовах пілоту нових форм господарювання установ Академії медичних наук в частині створення нових засад, використання та обліку фінансового, кадрового та матеріального ресурсу відповідно до визначеної Кабінетом Міністрів України стратегії створення ефективного механізму фінансування надання медичних послуг і лікарських засобів за рахунок бюджетних коштів для забезпечення, збереження та відновлення здоров'я населення України через систему державного соціального медичного страхування".

Шановні пані та панове, ми багато років вже говоримо про реформу медичної галузі. Говорили про сімейну медицину, говорили про якісь технології, багато чого. Але, насправді, на жаль, до цих пір звучить фраза "нам треба позбутися старої системи Семашко і побудувати щось нове". В корні, якщо говорити про систему Семашко, то система Семашко – це піраміда етапності надання медичної допомоги, первинка, вторинка, третинка. Якщо говорити про те, чого нам треба позбутися, це позбутися радянського принципу планового бюджетного утримання медичної галузі, в основі якого є не інтереси пацієнта, а витрати на койко-ліжко, на опалення, на заробітну плату тощо. Тобто чіткий акцент реформи медичної галузі – це зміна система фінансування. І якщо візьмемо класифікацію системи охорони здоров'я в світі, то в основі цієї класифікації якраз і лежить спосіб фінансування охорони здоров'я, фінансування, скажемо, Бісмарка німецька система, де є окремий медичний податок, чи Беверіджа, де податки збираються державою і потім витрачаються на закупівлю медичних послуг для платників податків, чи американська, де взагалі люди мають ту чи іншу форму страхування через ті чи інші приватні страхові компанії.

Так от, якщо говорити про наш пілот, який відбувається в Академії наук, на який дуже багато часу витрачає президія і чотири інститути, вони на наступному слайді є зазначені, керівництво цих інститутів. Насправді, це величезний вклад в реформу медичної галузі, тому що насправді в цьому і є реформа – запровадження нових механізмів фінансування.

Дуже важко нам було, тому що не було базових понять, достатніх понять, як рахувати вартість медичної послуги та врешті-решт що таке медична послуга, це ін'єкція, це операція чи це комплексне лікування, наприклад, інфаркту міокарда чи інсульту тощо. Всі ці питання встали перед нами на старті пілоту, ми їх розв'язували, розв'язували як могли. Слава Богу, у нас в академії достатня кількість велика кваліфікованих кадрів, які взяли за це, і ми мали підтримку, і, до речі, Верховної Ради, депутатів, в тому числі Ірини Володимирівни, і ми зайшли в цей пілот.

На наступному слайді ви можете побачити, що фактично за минулий рік по пілоту проліковано майже 15 тисяч осіб, а цього року понад 13. І того можна говорити про майже 30 тисяч осіб, які отримали високоспеціалізовану медичну допомогу III рівня в рамках нової системи фінансування.

Не все легко, проте ми вирішили ряд завдань. Зокрема, завдання були пов'язані із створенням нової системи фінансування. І пілот передбачав, що лікування цих пацієнтів у наших установах має здійснюватись за рахунок коштів державного, наступний слайд, за рахунок коштів, наступний слайд, державного бюджету, за рахунок коштів місцевого бюджету через міжбюджетні трансфери, договори-замовлення між регіональними органами охорони здоров'я, а також за кошти безпосередньо пацієнтів. Проте, насправді, працює тільки фінансування через державний бюджет, але, слава Богу, що йде відпрацювання механізму за новим принципом, коли ми витрачаємо кошти не по кодам економічної класифікації, а конкретно на лікування певного пацієнта з певною нозологією.

Наступний слайд. Національною академією медичних наук в рамках пілоту розроблено ряд документів. Це і порядок направлення, це і порядок надання високоспеціалізованої медичної послуги, це і перелік послуг, які проплачує держава, зроблений розрахунок тарифів, скільки коштує послуга. Все це надзвичайно, наступний слайд, надзвичайно важкі були питання, тому що, якщо ми будемо говорити, що в подальшому обласна лікарня, районна лікарня будуть отримувати гроші за виконану роботу, вони повинні будуть мати тариф. Вони мають мати правила, яка медична послуга, за яку медичну послугу держава платить. Сьогодні у нас дуже багато використовується і в частині недоказової медицини. Наша країна перша у світі, яка найбільшу кількість препаратів для травлення використовує. Це недоказова медицина наприклад, теж багато чого.

З метою організації лікувальної роботи на нових засадах, на засадах пілоту, коли ми гроші рахуємо за кожним пацієнтом, ми впровадили в клініку з чотирьох інститутів діяльність відповідного до переліку послуг, правила госпіталізації, облік витрат медикаментів. Це були важкі питання, які вирішуються.

Ведеться робота, наступний слайд, по створенню автоматизованої системи обліку лікарських засобів, виробів медичного призначення та багато

ще чого, щоб забезпечити лікування. Я вас запевнюю, що без централізованого підходу від міністерства про те, щоб в усій країні була однакова автоматизована комп'ютерна система обліку витрат на кожного пацієнта, в тому числі і зараз міністерство говорить нам про відміну форми історії хвороби, да, тобто картки стаціонарного хворого, напевно, це правильно, але її треба буде замінити тоді електронною історією хвороби, тому що насправді треба обліковувати витрати на пацієнта. Тому що, якщо держава дає гроші закладу на лікування конкретного пацієнта, буде питати за лікування конкретного пацієнта. Облік в ручному режимі на засадах минулого століття неможливий. Він потребує надзвичайно великої кількості ресурсу, людського ресурсу тощо.

Проблеми, які ми маємо сьогодні на цьому другому році реалізації пілоту, це методика розрахунку, яку ми довго погоджували за участі і Міністерства охорони здоров'я, і за участі Міністерства фінансів, яке, до речі, я хотів би сьогодні пригадати, тому що нам з ними приємно працювати. Вони абсолютно зацікавлені в реалізації цього пілоту і допомагають нам в тій частині, в якій, чесно кажучи, у нас низький потенціал, це фінансово-економічні спеціалісти.

І так, методика розрахунку недосконала. Вона не може відобразити реальну вартість лікування того чи іншого пацієнта, тому що не враховує багато чого. Не враховує, зокрема, базових витрат. Клініка існує, клініка має капітальні витрати. Врешті-решт, кожен рік вона готується до зими. Кожен рік вона має поремонтувати обладнання чи придбати нове обладнання, чи впровадити нові сучасні технології, це розрахунок цього не враховує.

Розрахунок тарифів здійснюється за середньою вартістю. Але ви знаєте, є ускладнення форми, є сучасні технології. І якраз отут треба нам врахувати систему оцінки медичних технологій: який спосіб, який протокол, як лікувати того чи іншого пацієнта на засадах страхової медицини з урахуванням фінансової ефективності.

Наявна система розрахунку не дозволяє нашим інститутам використовувати цей тариф для іноземців, для тих, хто хоче сам за себе заплатити. Цей тариф повинен бути універсальним для всієї країни. Тоді клініки нехай конкурують, вписуються в один тариф, затверджений державою, конкурують, і виживають найкращі, ті, куди, дійсно, йдуть пацієнти і пацієнти своєю присутністю в клініці якраз і будуть голосувати за збереження тих чи інших клінік, за оптимізацію мережі.

Наступний слайд. Ще що не враховує фінансова складова. Вона не враховує, що, скажемо, академічні інститути, клініки займаються науковою роботою. І, насправді, в світі, якщо ми візьмемо Сполучені Штати Америки, то аналогічні заклади вони мають право на впровадження сучасних технологій на засадах нових наукових розробок, і це теж має підтримуватись державою, і фінансуватись.

Таким чином, більшість проблем, наступний слайд, які ми отримали, вони пов'язані з тим, щоби створити умови для наших пацієнтів, лікування, якісного лікування. А що таке якісне лікування? Хто дасть оцінку, що таке якісне лікування. Напевно, має бути державна система оцінки, якраз про це йшлося в доповіді Костянтина Леонідовича. Тому що якісне, з одного боку, це те, яке відповідає інтересам пацієнта, з іншого боку, це те, яке здійснюється на засадах доказової реальної медицини. Коли лікар знає, що його дії відповідають певним стандартам лікування. І якщо в подальшому, от як в Сполучених Штатах, маса юридичних справ, тяганини, звинувачення пацієнтом лікаря в чомусь, і потім суддею стає дотримання чи недотримання визначених стандартів лікування. Ці стандарти мають бути аргументовані і створені в тому числі за участю системи оцінки технологій охорони здоров'я.

І ще важлива складова. Якщо ми говоримо, що у нас в країні є протоколи як засади для стандартів лікування, то де їх фінансова ефективність? Саме система оцінки технологій охорони здоров'я включає цю складову. І, якщо ми говоримо про те, що ми йдемо до реформування медичної галузі із запровадження нової системи фінансування, а це реальна реформа, те, що вже робить Мінздрав на рівні сімейної медицини. Але з сімейниками простіше: вони отримують гроші фактично за те, що займаються в певній частині, в левій частині профілактичної роботи. Коли ми говоримо про спеціалізовану і високоспеціалізовану допомогу, це великі кошти, які держава буде витратити, той, хто платить гроші, той має знати, за що платити, отримувати гарантованої якості продукт і визначати якість продукту, контролювати якість продукту. В світі, як правило, здійснює цю функцію незалежні системи, незалежні від того, хто платить, і незалежні від того, у кого купляють, а залежні тільки від науки, яка дає доказовість, медичну доказовість.

Таким чином, ті результати пілоту, що ми отримали на сьогоднішній день, говорять нам, що використання системи оцінки технологій охорони здоров'я є необхідною умовою для запровадження моделі фінансування клінік за надані медичні послуги та ефективного використання бюджетних коштів. Інакше, якщо кожна клініка буде сама собі встановлювати тарифи, сама використовувати свої стандарти, врешті-решт той, хто платить, а платить держава за пацієнтів нашої країни, буде вічно в збитках, а люди будуть незадоволені, тому що не буде гарантованої системи витрачання коштів в інтересах не утримання клінік, а в інтересах пацієнтів, щоб було краще здоров'я нації.

І створення державної системи оцінки технологій охорони здоров'я, насправді, ми вас запевнюємо з невеликим, але все-таки досвідом реалізації пілоту в Академії наук є важлива складова і необхідна складова для реальної реформи медичної галузі.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Ігор Дмитрович, дуже дякую вам.

Да, якщо є запитання до доповідача, будь ласка.

СИДОРОВ І.Ф. Извините, извините, один вопрос. Система оценки охраны здоровья, это касается оценки качества лечения или разработка методик лечения? Я вам объясню потом почему я задаю вопрос, это как раз совпадает с теми вашими выступлениями, которые Ирина Владимировна сказала по коррупции, и вы сейчас поймете, о чем идет речь.

ШКРОБАНЕЦЬ І.Д. Справа в тому, що коли ми говоримо про якість лікування, то для того, щоб ми були впевнені, що ми маємо якісне лікування, ми маємо використовувати ті методики, які прийняті в державі на засадах оцінки медичних технологій. Тобто ізначально, ізначально, якщо ми маємо впроваджені чи впроваджуємо нові технології, вони мають пройти оцінку, і після цього ми можемо говорити про те, що у нас створена система, яка дає можливість отримати якісне лікування. Тобто йдеться про створення системи доступної контрольованої якісної медичної допомоги.

СИДОРОВ І.Ф. Я сейчас небольшой монолог сделаю, но он коснется просто следующего, который касается именно этой темы. Дело в том, что вот вопрос по коррупции у первого выступающего прослеживался идеально. Знаете, почему? Потому что 92 статья Конституции Украины определяет, что права и обязанности граждан регулируются исключительно законом, права на охрану являются исключительно, определяются Конституцией Украины. 19 статья Конституции определяет, что "посадова особа діє в межах і в спосіб, що визначено законом", а 8 статья определяет, что наивысшей социальной ценностью государства является человек. Я сейчас об этом говорю, потому что я в роли выступаю и доктора права, и пациента, пациента, пройшовшого достаточно много и ранений, и все остальное, и проходил это лечение.

Так вот, вопрос коррупции заключался только в одном: потому что в вашей модели, в первой модели, как раз складывалось с тем, что исключительно высший орган исполнительной власти принимаем методику, которую необходимо сделать, то бишь высший орган, не закон принимает, не законодатель, а высший орган исполнительной власти. И он же сам контролирует через систему центрального органа исполнительной власти, Министерство здравоохранения. Возникает вопрос, каким же образом тогда соблюдать Конституцию Украины, права по Конвенции, права человека, когда во всех странах, в том числе и Европы, исключительно на подставе законов вызначается именно система оценки охраны здоровья. Исключительно законом определяют эту самую систему, я беру Германию, я беру Швецию, я

не знаю, как в Америке, но я одно могу сказать, как юрист. Если не дай Бог врач отступит от протокола, который был вызначен по этой системе оценке, методике, которой... то для этого врача сразу отпадает в сторону страховая медицина, а я так понимаю, сейчас это все идет для того, чтобы получить страховую медицину в итоге, да, где содержание системы охраны здоровья, в данном случае клиник, будет за счет, то бишь, я имею в виду капитальное содержание, за счет бюджета, а все остального, больного, содержание за счет страховой медицины.

Но поэтому и возникают судебные процессы. Я на своем опыте, после ранения, когда проходил лечение в Германии и когда врач отступил от протокола, он говорит, я не могу отступить, потому что страховая компания GRAWE тебе не заплатит ни копейки и мне не заплатит ни копейки, и еще мне штраф наложит, я бы не хотел попасть в такую ситуацию. Поверьте мне, это есть, я это испытал на своей шкуре.

А первый выступающий предлагает, если вдруг эта система не совпадает, то пациент может обратиться в суд. У вас был когда-нибудь инсульт? Вот я вам скажу, как человек, который перенес три инсульта, очень тяжело обратиться в суд. То бишь эта система, то бишь сама, очень умная, очень правильная, я наоборот ее поддерживаю, но не в той форме, как она преподносилась первым выступающим.

И я в большинстве случаев согласен с вами, практически по всем вопросам, кроме одного. Оценка система охраны здоровья определяется либо по конечному продукту, либо по ее методике, которая предлагается. Но по методике покупки лекарств, нет, это я не беру, это совсем другие вопросы, а по протоколу, потому что вы потом заставите врачей выполнять протоколы лечения по тем или другим направлениям. И вот как раз вопрос касается системы оценки, вот именно поэтому я задал вопрос.

ШКРОБАНЕЦЬ І.Д. Можна відповісти? Я вам дуже вдячний за небайдужу позицію, ви піднімаєте складне питання, яке не зовсім вирішено в світі. Тому що, з одного боку той, хто платить, да, він робить правила. А якщо говорити, скажімо, про Сполучені Штати Америки, коли нам запропонували, що ви можете в країні використовувати протоколи певного переліку країн без їх легалізації, – це абсолютно американська ліберальна модель. Хто там контролює який протокол? Контролює страхова компанія, яка визначає свої акредитації тої чи іншої клініки, лікуємо по цих протоколах, ми вам за них заплатимо.

Якщо говорити про інші держави, по різному, але так чи інакше, так чи інакше держави, скажімо, англійська модель, там де є агенція NICE, яка незалежна від Мінздраву, ще від когось, яка визначає на цей рік, ми користуємося такими-то протоколами. І це лікування інсульту буде коштувати стільки-то. Це не означає, що крок вправо, крок вліво – расстрел

на месте, це тільки означає, що вироблений стандарт. Ясна річ, що медицина і випадки бувають ускладнені тощо, і вони вирішуються. І на це теж прописуються кроки потім.

Справа в тому, що треба розпочати, а навколо протоколів є додаткові нозології, ускладнення, яке теж прописується. І це величезна робота. Я вам скажу, навіть от складова, сімейна медицина, яка зараз іде. Колись ще в 2003-му, я вибачаюсь, займу час, просто це... В 2003 чи в 2004 році ми були з делегацією в Польщі, і вони проходили якраз цей етап запровадження нової системи фінансування. Тоді ряд клінік були збанкрутілі, але мова про те, що як працювали сімейні лікарі, от як зараз ідуть сімейні лікарі, думаючи, що вони отримують якісь кошти. Який недолік сьогодні, я на мій погляд? Треба чітко прописати алгоритм оцінки роботи сімейного лікаря. Не просто дали йому гроші, а скільки у нього за цей рік людей отримали інфаркт, наприклад. Якщо більше якоїсь цифри, ми його штрафуємо. Чому? Та тому що, якщо говорити про доказову медицину, якщо цей доктор добре займався профілактичною роботою, своєчасно виявив людей групи ризику з підвищеним артеріальним тиском, з підвищеним вмістом цукру в крові і профілакував це, 90 відсотків що інфаркту не буде. Якщо він допустив, він наніс Національному медичному фонду Польщі збитки, тому що пацієнт пішов лікуватись на другий чи третій рівень, де лікуватись значно важче.

Тобто треба зробити старт. Треба нам відійти від шаманства в медицині, від того, що вільно думаючий і красиво думаючий лікар, навіть недостатньо кваліфікований, фантазує, використовує недоказову медицину і витрачає гроші сьогодні пацієнта. А завтра, коли ми скажемо людям, що ми лікуємо вас за бюджет чи за гроші страхової компанії, цей лікар буде неефективно використовувати гроші саме бюджету і страхової компанії. Тому треба розпочати з того, щоб створити правила, створити правила і потім їх вдосконалювати.

А от питання лікар правий - не правий, воно існує у всьому світі. Вони вдосконалюють систему правий - не правий. Вдосконалюють через клінічні ради, через спостережні ради, через роль асоціацій терапевтів, хірургів, кардіологів, оторалінгологів. Але треба нам відійти від того стану неорганізованості в наданні медичних послуг, коли запровадження чіткого розрахунку грошей на кожного пацієнта неможливо, тому що нема правил. Це послуга, що в неї включено, яка її фінансова ефективність, і ми використовуємо тільки доказову медицину. І коли, до речі, говорили про корупцію, якраз ця позиція прозвучала і з вуст Ірини Володимирівни, і Костянтина Леонідовича. І наша позиція, що не повинна бути в країні структура, яка сама платить, сама контролює, сама прописує правила гри. Так ніде в світі нема, всюди це розділено. Якщо Сполучені Штати платять страховій компанії, правила визначає держава, контролюють ті ж страхові компанії, бо вони не хочуть заплатити зайвого. Але там маса юристів в

парамедичній сфері, які заробляють гроші і на пацієнтах, і на клініках, і на лікарях.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам дуже.

Я бачу, як цікаво розгортається наш круглий стіл. Справді, дуже цікаві думки. І ще раз розумію, наскільки важливою є тема. Дякую вам дуже за цікаву і ґрунтовну доповідь.

До наступного слова я запрошую пані Олещук Олександрю Михайлівну, голову експертного комітету з відбору та використання основних лікарських засобів. Будь ласка.

ОЛЕЩУК О.М. Доброго дня, шановні пані та панове, шановна Ірино Володимирівна, високоповажні присутні! Ну, власне, я представляю тут експертний комітет як дорадчий орган Міністерства охорони здоров'я, який вже має певний досвід використання такого інструменту як оцінка технологій охорони здоров'я в практичному його застосуванні.

Якщо можна, перший слайд. Я хочу підтвердити, що гроші, які необхідні для системи охорони здоров'я, для доступності пацієнтів до всіх інновацій, вони є надзвичайно великими, і на цьому слайді можна бачити, що не тільки Україна в такому скрутному становищі щодо фінансування технологій охорони здоров'я. А весь світ ставить питання раціоналізації використання коштів і використання цих коштів з забезпеченням рівності доступу пацієнтів до ефективного лікування.

Наступний слайд, будь ласка. Тому перед всіма людьми, які вирішують, стоїть питання, чи доцільно певне втручання покривати за рахунок коштів державного бюджету чи страхової медицини, але це також суспільні кошти; чи достатньо ресурсів для цього. Якась технологія має бути принесена в жертву, адже бюджет один, і треба раціонально розподілити кошти між усім, що ми вважаємо за доцільне фінансувати: чи за рахунок закупівель, чи за рахунок реімбурсації, і чи достатньо потенціалу інфраструктури – це також дуже важливо, бо ми оцінюємо цілу технологію.

Доволі часто перед тим, як застосувати якусь інновацію, треба вкласти кошти в діагностику, в правильну, високоякісну діагностику. Якщо цього не буде, то вкладені кошти в новий інноваційний імунобіологічний препарат не дасть тих одиниць здоров'я, на які вкладені кошти держави.

І також останнє питання. Як на мене, воно дуже є важливе. Чи забезпечуємо ми рівний доступ, рівне використання і кошти, витрачені на дану технологію?

Будь ласка, наступне питання. Наступний слайд, будь ласка. Як на мене, в світі, і на це ось каже вже пан Костянтин, використовується багато інструментів, і серед них, я теж згідна, інструмент оцінки медичних технологій є тим, який вже використовується традиційно. Європейські країни вже використовують його як обов'язковий інструмент при прийнятті рішення щодо використання коштів в системі охорони здоров'я. Але я хочу сказати, що така річ, як створення позитивних списків, позитивний лист, про що розказував пан Костянтин, вона ще базується ще, і раціональність використання коштів, вона базується на використанні декількох інструментів. І сьогодні я б хотіла наголосити, що в майбутньому, мені здається, в Україні треба створювати і ще інші інструменти для того, щоб ця система могла функціонувати. І серед них хочу сказати, що переговорна процедура, я його тут винесла як менеджмент entry agreement, є надзвичайно важливою стосовно доступу населення пацієнтів України до інновацій.

Якщо це є інноваційний лікарський засіб односторонній, він навряд чи може бути, конкурувати стосовно ціни при системі ProZorro чи інших в державозабезпечених системах конкуренції. Тому без такого інструменту Україна сьогодні вже готова, як на мене, починати перші кроки, які тісно зв'язані з тою оцінкою, яка дасть агенції з оцінки медичних технологій. Тому що найчастіше агенція дає рекомендації стосовно того, як може бути забезпечення... перепрошую, доступ до цієї інновації.

Окрім того, є питання важливе, яке би дозволило збільшити рівний доступ і справедливий раціоналізації коштів, це політика ціноутворення. І також, ну, ми вважаємо, що добрим інструментом при прийнятті рішення, наприклад, при визначенні пріоритизації, при визначенні, яким альтернативам надати перевагу, при визначенні пріоритизації щодо переліку захворювань і станів, які повинні відшкодуватися за державні кошти, є інструмент, який в світі використовується, це мультикритеріальний аналіз прийняття рішення. І тоді ми вважаємо, що це буде сприяти ось цій кінцевій меті, про яку сьогодні ми говоримо, - збільшення доступу і раціонального використання коштів.

Наступний слайд, будь ласка. Я хочу привернути вашу увагу, що при прийнятті рішень щодо відшкодування, воно не є однаковим, як прийняття рішень щодо реєстрації лікарського засобу. І хоча здається, всі говорять одні і ті самі речі, це якість, ефективність і безпека, але я хочу привернути увагу, що, коли ми говоримо, чи доцільно на це витратити кошти, державні кошти відшкодувати, то ефективність її з точки зору результативності і клінічної ефективності. І тільки при прийнятті цього рішення, що так ми отримаємо справді результат щодо здоров'я пацієнта. Наступне – це однозначно безпека (safety). І аж тоді стоїть питання економічної доцільності. Я згодна, що фармакоеконіміка тільки одна із складових оцінки медичних технологій.

Наступний слайд, будь ласка. Я собі дозволю його пропустити, тут вже декілька разів про це говорили.

Наступний слайд. Я хочу тільки сказати, підтвердити, що цей інструмент, ця структура, незалежна структура, експертна структура оцінки медичних технологій, вона є вигідна всім, вона є вигідна для розробників політики. Ну, я також хочу сказати, що політики в розумінні policy, а не politic, тобто стратегії самої системи охорони здоров'я. Вона є інструментом для прийняття об'єктивних рішень на основі визначених критеріїв. Це необхідно для суспільства і пацієнта, тому що суспільство повинно розуміти, чому фінансується дана технологія охорони здоров'я. І, я думаю, що виробники також вже чекають на чітку систему, щоб планувати свої виробництва, щоб мати доступ до, навіть не доступ, а мати розуміння стратегії розвитку держави та планувати свої виробництва.

Наступний слайд, будь ласка. Я ще раз підтверджую, що НТА – це багатокomпонентний аналіз, експертний аналіз. І я хочу сказати, що ми вже зараз, приймаючи певні рішення з використанням оцінки медичних технологій стосовно лікарських засобів, мусимо застосовувати певний вид мультикритеріального прийняття рішення. Тому що прийняти рішення з оцінки медичних технологій по багатьох аспектах, треба мати виважені критерії і мати експертну оцінку.

Наступний слайд, будь ласка. Стосовно клінічної ефективності результативності. Доволі часто перед нами стоїть запитання як експертами, наскільки дані, які наведені заявником в заяві, є, відтворюють або є достовірними щодо отримання одиниць здоров'я, а, власне, отримання тої клінічної результативності. Хочу сказати, що експертний комітет на сьогодні базує свої висновки на верхівці цієї піраміди, і такі і рекомендації агентств з оцінки медичних технологій. Тільки на основі вже аналізу реальної клінічної практики, аналізу тих клінічних результатів, на основі клінічних досліджень, які є вже на сьогодні, може бути прийняте рішення, що, так, ми маємо достовірні дані щодо клінічної ефективності.

Наступний слайд, будь ласка. І найчастіше це рішення... найчастіше ми робимо порівняння у порівнянні з цією найкращою практикою, яка на сьогодні застосовується в нашій державі. Я ще раз хочу підтвердити, що не можна взяти просто заяву чи досьє, чи аналізи НТА в якійсь країні і перенести його в Україну. Якщо ця практика не є на сьогодні загальноприйнятою, то, напевно, не можна її порівняти з інновацією, яка вже є загальноприйнятою в Британії. Тому тільки відносна ефективність у порівнянні з препаратом чи технологією порівняння, співвідношення користь-ризик, власне, у нас в державі і інші компоненти, які ми використовуємо при прийнятті рішень.

Наступний слайд, будь ласка. Отож нам треба піднятися на сходинку вище для того, щоб говорити не про реєстрацію в Україні і доступ пацієнта до препарату на ринок України, а нам треба піднятися вище для того, щоб мати відповідь на доцільність закупівель за державні кошти.

Наступний слайд, будь ласка. Наступна сходинка – це є економічна доцільність. І я хочу сказати, що всі розуміють, наскільки обмежене є фінансування в Україні, і наскільки нам потрібно використовувати всі ті інші інструменти, про які я говорила, з метою того, щоб оцей аргумент економічної доцільності міг бути подоланий.

Наступний слайд. Тому що зараз, аналізуючи ті заяви, які поступили щодо включення Національний перелік, ми бачимо, що цей препарат може подолати ті первинні бар'єри стосовно якості, стосовно клінічної ефективності, стосовно результативності і безпечності, але доволі часто є дуже серйозний бар'єр, який говорить про кост-ефективність або, власне, витрати ефективності, які треба закласти для отримання цієї, для включення цієї технології на відшкодування.

Наступний слайд. Я хочу зазначити, що згідно Наказу 1050 Міністерства охорони здоров'я, власне, оцінка медичних технологій є тим інструментом, який використовується експертним комітетом при аналізі заяв на включення до Національного переліку основних лікарських засобів. І це є вже тим кроком, який на сьогодні створений в нашій державі, і який використовується, і який показує необхідність подальшого впровадження оцінки медичних технологій у нас в Україні.

Наступний слайд, будь ласка. Я б хотіла декілька слів сказати про Експертний комітет. Можливо, немає необхідності, але все-таки я би хотіла нас представити. Експертний комітет – це дорадчий орган Міністерства охорони здоров'я. На сьогодні хочу зазначити, що був проведений, і засвідчити, відкритий конкурс, чесний і прозорий, з визначенням конфлікту... зазначенням конфлікту інтересів, тобто відбиралися люди, експерти, які мали певний досвід щодо експертизи клінічної чи економічної.

Окрім того, справді, ми за оці два роки, відколи ми існуємо (це з середини 2016 року, а реально почав комітет працювати це з грудня 2017 року), ми працюємо як незалежний орган, який дає, робить оцінку медичних технологій і дає свої рекомендації Міністерству охорони здоров'я. У нас на сьогодні 5 експертів щодо економічної оцінки і 10 експертів щодо клінічної оцінки. Ми пройшли цілий ряд тренінгів, і хочу зазначити, що на сьогодні експертний комітет виконує таку роль і комітет, який на початку (якщо можна, наступний слайд, напевне, у мене там є), який створював національний перелік, і агенції з оцінки медичних технологій, які на основі цього інструменту дає рекомендації Міністерству охорони здоров'я щодо включення лікарського засобу в національний перелік.

Я коротко скажу, що ми зуміли зробити за ці півтора року.

Перше, як і рекомендовано, були визначені пріоритетні для України стани, проведена пріоритизація. На основі цього, на основі таких компонентів, як тягар хвороби, нормативні правові акти і соціальні гарантії і на основі адаптації 19-го і 20-го переліку ВООЗ був сформований перший

варіант національного переліку. Потім, враховуючи потреби і враховуючи можливості системи охорони здоров'я, було проведений аналіз тільки клінічної ефективності тих переліків лікарських засобів, на які держава на сьогодні витрачає кошти. А держава витрачає кошти це на програми і національні, які закупаються міжнародними організаціями, це на субвенції, які виділяться в регіони і також на швидку медичну допомогу, і також на засоби інгаляційні для наркозу. Таким чином, був сформований процедурою fast track додаток, навіть не додаток, а доповнення до першого варіанту, і був сформований Національний перелік, який зараз містить 426 МНН в національному переліку лікарських засобів за міжнародними непатентованими назвами.

На сьогодні, як ви бачите, ми працюємо вже з досьє, тільки досьє дуже велике, враховуючи, що експертний комітет – це орган, який працює не на постійній основі. Але ми працюємо і хочу зазначити, що ми і підвищуємо свою кваліфікацію, і вчимося разом з усією спільнотою, яка займається цією оцінкою, і впроваджуємо оцінку медичних технологій.

Якщо можна, попередній слайд. Я б хотіла сказати, які наші основні досягнення, окрім того, що є Національний перелік. Так, власне, силами комітету ми розробили настанову з оцінки медичних технологій. І це був дуже велика наша праця, і хочу сказати, що це не просто так ми отримали валідацію цього документа в міжнародній спільноті. Я хочу сказати, що експертний комітет є сьогодні представником в EUnetHTA як держави... як України в... це Європейська агенція з оцінки медичних технологій. Окрім того, результати своєї роботи ми представляли на міжнародному форумі ISPOR в Балтиморі, Сполучених Штатах Америки.

Тобто валідація нашої роботи світова ведеться, і ми отримуємо міжнародну підтримку щодо впровадження оцінки медичних технологій. Хочу сказати, що окрім настанови ми розробили чек-лист, це є чіткий перелік питань, який покращує роботу щодо формування заяви на включення лікарського засобу в Національний перелік. І це все сприяє прозорості нашого рішення щодо відбору.

Також я хочу зазначити, що всі наші рішення є доступні, звіт з оцінки ми виставляємо на нашому сайті, який, робота експертного комітету, ProZorro, і є сайт комітету, де постійно оновлюється інформація. І та інформація, яка не є конфіденційною, чітко виставлена на сайті. Всі інші пояснення щодо прийняття наших рішень ми надаємо компанії по її запиті.

Наступний, будь ласка, слайд. Цей пропустіть, будь ласка. Наступний слайд.

Тому я хочу сказати, що так Україна рухається в напрямку впровадження міжнародних практик щодо забезпечення доступу пацієнтів до якісного і ефективного лікування з оцінкою спроможності держави щодо економічної складовою цього, і впровадження таких... ну методів або навіть

інструментів, про які я зазначала, воно буде цьому сприяти. Я на це дуже сподіваюся.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякуємо вам, Олександра Михайлівна.

До наступної доповіді запрошуюю Немченко Аллу Семенівну, завідувача кафедри організації та економіки фармації Національного фармацевтичного університету, мабуть, міста Харкова. Правда? Да.

Вітаємо вас. Будь ласка.

НЕМЧЕНКО А.С. Дякую, Ірино Володимирівна, перш за все, за запрошення. І вітаю всіх учасників круглого столу, тому що проблеми, які сьогодні обговорюються, у, як кажуть, їх джерелах, істоках стояли наукові школи Національного фармуніверситету, зокрема школи по реімбурсації та референтному ціноутворенню. Ми перші, уже 10 років, як в 2008 році з'явився в науковому обігу цей термін, в подальшому – референтні ціни, і це дало змогу нам в подальшому говорити уже з Костянтином Леонідовичем і вводити, перш за все, в науковий обіг саме терміни, а ще й оцінки технології охорони здоров'я.

Складно доля за ці 10 років в наукових школах складалась і в практиці. І я в своїй доповіді, перш за все, хотіла би зупинитись на практичній складовій, тому що будучи викладачем, займаючись уже сьогодні навчанням по PhD магістрів, викладаючи уже їм, у тому числі і закордонним магістрам, полякам, наприклад, які по PhD роблять магістерські роботи. Я розумію, що теорія – добре, методологія – ще краще, а якщо немає підґрунтя практичного, то це дуже швидко входить в пісок, і нічого не залишається. Тобто, знання потребують підтримки, експерименту в цьому відношенні. І я сьогодні буду говорити про експериментальні дослідження, які проводяться нами.

Будь ласка, перший слайд. Я хочу, перш за все, зазначити на фактори, які, дійсно, чотири фактори, які визначають актуальність впровадження реімберсменту в системі НТА в Україні. Це, перш за все, відсутність в Україні соціального медичного страхування. Часто навіть говорять: страхова медицина, у нас нема страхового ринку медичних послуг, і ми дуже далекі від цього. Ми – єдина країна в Європі, це великий, мабуть, позор, як кажуть, всім нашим політичним силам, що ми не спромоглися цього досягти. І саме відсутність цієї, так скажемо, важливої складової в охороні здоров'я вимагає НТА і впровадження НТА. Неefективність діючої системи компенсації безоплатним і пільговим рецептам.

Далі. Низька платоспроможність населення. І, безумовно, неефективна нормативно-правова база щодо розвитку системи НТА. Сьогодні навіть два терміни: "технологія охорони здоров'я" і "медичних технологій".

Далі, будь ласка. Так як ми являлися співрозробниками перших пілотних проектів з 2012 року по гіпотензивним препаратам, далі по інсулінам, нам було доручено розробити національне керівництво з проведення оцінки технологій. Воно було зроблено, таке національне керівництво, і я сьогодні рада, незважаючи на те, що ми... нам не дали довести цю роботу до логічного кінця, це зробив експертний комітет з національного переліку.... Неважливо, хто це зробив, важливо, що це зроблено. Безумовно, виділяється аналогічно, і нами виділялися 4 етапи важливих: опис самого завдання оцінки технологій, далі клінічний економічний або клініко-економічний аналіз самої технології, про який я буду говорити, фармакоеконічний аналіз, який базується на доказовій медицині, на метааналізі. І саме головне, ці етапи – другий, третій, про які я говорила, ми робимо, ми навчилися робити, а от робити аналіз саме впливу технологій на бюджет, а саме з точки зору оцінки ефективності реімберсменту – цього, цих інструментів у нас ще нема. Тому я зосереджусь наприкінці саме на цих інструментах, а це зворотній зв'язок перш за все з тими закладами охорони здоров'я, з лікарями, з фармацевтами, які впроваджують ці технології.

Дякую, далі. Ми вибрали для оцінки технологій для побудови легкої моделі серцево-судинні захворювання, а саме порівняти ті переліки, ту терапію, яка застосовується, з переліком доступних ліків – доступних ліків із тим, що ми маємо взагалі на практиці, і тим, що ми маємо за кордоном по клінічним аналізам перш за все, по метааналізам. В цьому відношенні ми взяли ретроспективну вибірку тисячу двісті медичних карток і провели от якраз клінічний, клініко-економічний фармакоеконічний аналіз, і далі вийшли на заключення.

Перш за все ми провели частотний аналіз ранжування препаратів, призначених хворим. Дуже цікаву ми картину одержали: перш за все всі препарати в основному зосереджуються на низькому, так сказати, коефіцієнті інтенсивності призначень. Ви бачите, з 49 препаратів 45 якраз мають якісь невеличкі долі призначень, і тільки високий один препарат – це магнікор.

Будь ласка, наступний слайд. Нами було встановлено, що незалежно від дозування лідерами за інтенсивністю лікарських призначень були такі препарати. Ви бачите, перш за все це з групи тих препаратів, які по доступним лікам, це амлодипін, він має коефіцієнт 0,54, аналаприлін – 0,44 і клопідогрель – 0,43. Але найбільший коефіцієнт інтенсивності призначення 0,73 має магнікор, який не увійшов ні до національного переліку основних лікарських засобів, ні до компенсації, а лікарі продовжують по медкарткам його назначати. На це треба звернути увагу.

З другої сторони, найнижчі показники інтенсивності мають два препарати. Ви бачите, атенолон і ацетилсаліцилова кислота. Зверніть увагу, який низький коефіцієнт в Ацетилсаліцилової кислоти. Разом з тим, ми маємо сьогодні дуже велике дослідження доказової медицини, де доказується перевага саме ацетилсаліцилової кислоти по відношенню до клопідогреля. І це нами прораховано по нашим економічним показникам, і дійсно, в Україні є переваги застосування саме ацетилсаліцилової кислоти.

Далі, будь ласка. Далі класично нами було проведено ABC/VEN-аналіз лікарських призначень саме по доступним лікам і тим, що призначається лікарями. Нагадую, що ABC-аналіз від витратних до менш витратних виділяється, VEN-аналіз проводиться по формальному признаку, це життєво необхідні і N-другорядні ліки.

В групу А увійшли, ви бачите, препарати найбільш витратні, але так як магнікор не включений до переліків, то це по VEN-аналізу другорядний препарат. Але в цілому рівень другорядних препаратів по урядовій програмі досить низький, він складає 0,31.

Далі, будь ласка. Висновок. Значить, комплексний аналіз, а його зводять як комплексний аналіз лікарських призначень, дозволяє нам стверджувати, що препарати зі статусом AV найбільш витратні та життєво необхідні, мають найбільшу питому вагу. Разом з тим, найбільш витратні другорядні теж мають досить високий так сказати відсоток. Тут є над чим працювати нашим експертним комітетам, і ще раз підкреслює необхідність використання от такого інструментарію, як клініко-економічний аналіз. Результати проведення досліджень стану фармдопомоги хворим на серцево-судинні захворювання, дійсно, дозволяють стверджувати про необхідність удосконалення самих переліків, що реімбурсується перш за все.

Далі, будь ласка. Далі. Я хочу декілька слів сказати про фармакоеконічний аналіз. Ми його не представляємо, він проведений в легкій моделі нами частково і дає перевагу, дійсно, використанню протоколів, які мають Ацетилсаліцилову кислоту. І Магнікор теж підтверджують, по Магнікору теж є підтвердження в використанні.

Переходячи до четвертого етапу аналізу впливу технологій, я хотіла би наголосити на тому, що згідно Закону "Про ціни та ціноутворення" у нас п'ятий розділ державного контролю, а саме стаття 19 передбачає проведення державного спостереження товарних ринків, перш за все соціальних ринків, які відносяться до цього лікарські засоби. Державні спостереження проводяться у нас шляхом моніторингу. І ми свого часу на замовлення, це було 2010-2012 роки, на замовлення Міністерства охорони здоров'я розробили відповідні методики проведення моніторингу як цільових програм по закупкам ліків, так і пілотних проектів у цьому відношенні. Ми сьогодні маємо метод моніторингу, як метод державного контролю.

Але я хочу наголосити на двох моментах. Сьогодні ми проводимо і внутрішній моніторинг цін на ліки, і зовнішній моніторинг через референтне ціноутворення. Але як його ми проводимо? У нас немає системного моніторингу, тому всі ці заявки політичні, які робляться, що у нас високі, низькі ціни, вони далеко не завжди відповідають дійсності. Тому що свого часу у 2012 році був створений департамент моніторингу цін в ДЕЦ, але він проіснував дуже невеликий час. Чому? Перш за все, там повинні були працювати професіонали, які мають економічну освіту, володіють дійсно методологією цього творення. Такого не сталося, і цей, так сказати, департамент перестав працювати. І ми не маємо сьогодні дійсної картини того рівня цін, які склалися навіть по пілотним проектам в цьому відношенні.

Далі. Я вже говорила, далі, будь ласка, нами була розроблена методика, вона, я скажу, так би мовити, прозора, гласна, вона передбачає аналіз динаміки цін за індексами цін за 5 років, 3-5 років, робиться порівняння цін на вітчизняні і імпортовані препарати, імпортовані препарати порівнюються безумовно з динамікою курсів валют. Далі. Але ключовим моментом є п'ятий етап визначення показників доступності в залежності від джерел фінансування. Свого часу нами були запропоновані ці показники доступності, крім загальновідомих, наприклад, коефіцієнтів ліквідності, коефіцієнтів адекватності платоспроможності, нам був запропонований коефіцієнт доступності, який пов'язує зміну індексів цін на ліки, відповідно до споживчого кошику і його вартості, і мінімальної зарплати. І ми розуміємо, що ці темпи повинні бути збалансовані.

Далі, будь ласка. Відповідно до методики, про яку я зараз говорила, нами була проведена оцінка цінових характеристик на вітчизняні та іноземні лікарські засоби для лікування серцево-судинних захворювань за п'ять останніх років. Якщо ви подивитесь більш уважно, то ви звернете увагу на останнє, індекси змінюються, безумовно, і імпорт зміни валюти дуже часто неадекватно, більш адекватно йдуть зміни індексу цін по доступним лікам в цьому відношенні, тому що є відповідні регулятори. Але я вашу увагу звертаю на те, що з восьми груп за МНН все-таки значна кількість препаратів по двом групам згідно класифікації МНН ми маємо низькі коефіцієнти доступності. Зрозуміло, вони були б значно нижчими, якщо б у нас не було доступних ліків. Але я наголошую на тому, що ми повинні формалізувати ті висновки, які ми робимо стосовно тих результатів, які ми досягаємо по закінченню якогось етапу проектів, які впроваджуються в цьому відношенні. Якщо ви побачите, наприклад, групу С07, це блокатори, вони мають коефіцієнти 0,79-0,8. Але по іншим групам ми наближаємося до одиниці, що свідчить, дійсно, про доступність оцим групам.

Далі, будь ласка. Висновки. Розрахунки індексу цін дозволяють встановити, що в 2017 році по відношенню до 13 відмічалось зростання цін на препарати іноземного виробництва в 1,09 разів, вроді би і небагато. По вітчизняним нижче, дещо нижче. Аналіз коефіцієнта ліквідності свідчить, що

по цьому сегменту ми маємо стабільний фармацевтичний ринок. Але маємо дві групи по МНН. В самому проекті урядовому, коли значна кількість препаратів для лікування серцево-судинних захворювань є недостатньою, скажемо, або малодоступною для населення.

Будь ласка, далі. Нами проводився також аналіз цін на лікарські засоби за референтними цінами. Я прошу звернути увагу на цей слайд. Тут приведена група по класифікатору С01 "Препарати для лікування захворювань серця". Зверніть увагу, Україна виділи червоним на препарат аміодарон, ми маємо значну варіацію взагалі серед референтних країн, а в Україні ціна в євро переведена на 01.09 складає 0,39 євро. Коли в Чехії ця ціна складає 0,15, Польща – 0,20 і так далі. Ви бачите ці, тобто дуже значний розмах варіацій. Аналогічна ситуація з меншим розмахом має Гліцерин і ізосорбід... Я вибачаюсь. Один діоксид має маку ж ціну практично, як в референтних країнах.

Я хочу наголосити на тому, що не можна зразу робити якихось висновків. Тут потрібне додаткове дослідження. Чому? Наступний слайд. Тому що в різних країнах існує різна система ціноутворення, хоча різний рівень ПДВ (в одних країнах він складає 2 відсотки, в інших – більше 20), і це впливає на рівень цін. Тобто треба такий професійний підхід до моніторингу цін, який повинен стати публічним, прозорим. І тільки тоді, коли він, дійсно, є державним спостереженням, і держава відповідає за ці цифри, ми можемо робити якісь висновки.

Ви бачите, що найвища є ціна саме в Україні по аміодарону і ізосорбиду. Я вибачаюсь, динітрату. Найменша ціна по цим препаратам склалась в Латвії – 0,10. Бачите, вище, чим на порядок в цьому відношенні. Я не буду, ви бачите ситуацію, яка склалась в даному випадку, але вона потребує додаткових досліджень. Тобто навіть з референтними цінами, з оптово-відпускними цінами, які декларуються, а ми спочатку пропонували, і в нас була з Костянтином Леонідовичем реєстрація цін, як це повинно було б бути, але її пролобіювали, законів про немає, і ми маємо декларацію в даному випадку сьогодні. І тому в результаті ми маємо таку ситуацію з референтними цінами, про яку я зараз говорю.

Далі, будь ласка. Ті негативні все ж таки, і це нормально, тому що ми позитивно оцінюємо і по-іншому не може бути, урядову програму, це дійсно прорив свого роду був, тому що це, так сказати, певна спадкоємність тих пілотних проектів по гіпертензії, які були напрацювання. Але нам була цікава думка перш за все лікарів і фармацевтів у цьому відношенні. І нами було проведено дослідження, спочатку зроблена методика, яка передбачала – слідує слайд, – яка передбачала проведення інтерв'ювання завідуючих, провізорів, фармацевтів, бухгалтерів і лікарів міста Харкова. Було встановлено, що є основні недоліки вже по результату самої урядової програми "Доступні ліки", – це недосконалість нормативно-правового регулювання. Самим головним є все ж таки порушення правил рецептурного

відпуску. Є великі проблеми стосовно виписування рецептів по МНН, генеричних замін, які... нам треба теж думати про це, вони у нас ніяк не узаконені, генеричні заміни в цьому відношенні. Далі, низька вмотивованість лікарів щодо належного виписування рецептів та відсутність моніторингу лікарських призначень, як це є в системах НТА практично в усіх країнах, відсутні сучасні... Можна мені водички? У нас відсутнє інформаційно... Це думка тисячі, десть біля тисячі фахівців, професіоналів не тільки Харківської області, а практично всіх регіонів. Програми, сучасні програми, які аптеками, лікарнями для автоматизації діяльності процесів опрацювання інформації стосовно урядової програми. Має місце невиконання фінансових зобов'язань перед аптеками. А саме головне, що в нас відсутній зворотній зв'язок системи лікар-фармацевт – лікар-пацієнт-фармацевт.

Далі, будь ласка. Саме це інтерв'ювання нам дало змогу зробити дві анкети, вони подібні, багато, так сказати, питань перехрещувались, окремо для лікарів і окремо для фармацевтів. Ви бачите, що таке анкетування проводилося з 01.12.17 року по 01.03 цього року, 18-го року. Найбільш цікаві результати я зараз вам доведу до відома.

Будь ласка, наступне. Ну, перш за все в підтвердження, що всі регіони – і схід, і захід, і Центральна Україна – приймала участь в цьому опитуванні.

Далі. Ми дуже вдячні перш за все департаменту охорони здоров'я Харківської області, Держслужбі лікарських засобів, вони зробили величезну роботу з підтримки, вони є лідерами по цій урядовій програмі. І ми маємо такі результати. Дуже цікавими та непередбачуваними є відповіді фахівців на питання перш за все стосовно оцінки лікарських рецептурних призначень, що потребує, дійсно, впровадження удосконалення цього процесу. Нами було виявлено, що більшість медичних та фармацевтичних працівників, як в Харківській та інших областях України, говорять про те, що нам необхідно запровадити керівництво та стандарти щодо рецептурного відпуску в цьому відношенні. Про це свідчать відповіді, ви бачите, більше 80 процентів відсотків лікарів та 60 відсотків фармацевтів.

Далі. Далі ми наводили питання стосовно розповсюдження, необхідності розповсюдження комп'ютерно-інформаційних систем. Сьогодні багато мова йде про e-help, електронну рецептуру, ми цими напрямками теж займалися. Але це трохи інші напрямки. І сьогодні, коли ми дійсно лікаря залишили одному з тими знаннями, які він має досить недосконалими знаннями, при виписуванні рецептів за МНН, а далі аптека повинна приймати рішення, який же препарат генеричний вибрати в цьому відношенні, повинна бути достатньо висока інформаційно-аналітична підтримка. І тут повинні бути відповідні такі комп'ютерно-інформаційні системи. Про це свідчить, дійсно, ви бачите, теж 80 відсотків і лікарів, і фармацевтів про це говорять.

Далі, будь ласка. Далі. Ми говорили в самих в інтерв'юванні, в анкетуванні про те, що треба розробка спільних таких продуктів, про які я тільки що говорила, що, дійсно, допоможуть нам реалізувати зворотній зв'язок з системи перш за все лікар - пацієнт і фармацевт. І про це, дійсно, свідчать всі відповіді наших респондентів. Дякую.

Наступне. В цьому ж напрямку повинна проводитись робота, сучасна робота, яку вже зробили, наприклад, Казахстан, з бувшого Союзу. Це робота по впровадженню міжнародного досвіду, наприклад, Британії, яка лідирує по формулярній системі щодо розповсюдження електронних мобільних додатків.

Це підтримка якраз для лікарів і фармацевтів стосовно електронного формуляру тих настанов, які ми маємо. Про це теж свідчать відповіді, ви бачите, я не буду називати відсотків.

На жаль, коли на восьмому з'їзді в 2016 році один із керівників британського формуляру запропонував нам таку роботу провести, вони мають, вони цю роботу зробили з Казахстану. Звернувся він до МОЗу, до ДЕЦу, але така робота підтримки не знайшла. Ця людина дуже любить Україну, переймається Україною, і він досі мені пише і не розуміє, чому ми від цього відмовилися. Я закінчую.

І на завершення, будь ласка, далі, я хочу зробити висновок. Так, нам треба впроваджувати керівництво та стандарти щодо рецепторного відпуску, проводити моніторинг рецепторних призначень. Але я хочу наголосити, крім, безумовно, зрозумілого, необхідності зворотного зв'язку про те, що ми відкинули залучення вищих навчальних закладів до і післядипломної освіти в цей процес, в ці пілотні та урядові програми. А це обов'язково. Я як учасник, розробник перших проектів, я можу свідчити, що була велика користь, велика підтримка перш за все з точки зору інформації і навчання.

І я закінчую, будь ласка, тим, що в процесі роботи по НТА нами були опубліковані дві монографії, перш за все це монографія по ціноутворенню і по медичному страхуванню з використанням НТА-технологій. За результатами наукових досліджень, зокрема бюджетної науково-дослідної роботи по реформуванню охорони здоров'я, удосконалення соціально-економічних механізмів підвищення доступності лікарських засобів, було видано нами більше восьми методичних рекомендацій. А тематика оцінки технологій охорони здоров'я в країнах ЄС і в Україні, ті надбання, що ми маємо і досліджуємо, викладається на наших кафедрах Національного фармуніверситету, крім фармакоеконіміки, стану фармацевтичного забезпечення та фармацевтичної допомоги в Україні та світі, безпосередньо, дисципліна НТА, яка викладається на PgD магістратурі по спеціальності 226 "Фармація".

І останній слайд, я пробачаюсь, що я затримала, сьогодні не буде нашого ректора, моєї учениці, стосовно освіти, мені доручено це зробити,

декілька слів. І я хочу сказати, що ми як члени, саме з перших років ми постійно публікуємо результати по НТА, і от на останньому міжнародному конгресі, який проходив в Сан-Паулу, є наші, так би мовити, є результати наших розробок, оформлені на стендовому докладі.

Я дякую за увагу. Пробачаюся за перебраний час.

СИСОЄНКО І.В. Алла Семенівна, дуже вам дякуємо. Оскільки ви представляли двох доповідачів, тому у вас було в два рази було більше часу на вашу цікаву обґрунтовану і корисну дуже доповідь. Дуже дякую вам.

І до останньої доповіді я хочу запросити директора Департаменту стандартизації медичних послуг Державного експертного центру МОЗ пані Ліщишину Ольгу Михайлівну. Будь ласка.

ШИЛКІНА О.О. Дякую.

Олена Михайлівна Ліщишина, директор Департаменту стандартизації, на жаль, відсутня. Я представляю її, я заступник директора департаменту. Мене звать Шилкіна Олена Олександрівна. Я коротко зупинюся на тому, як оцінки медичних технологій можуть бути застосовані при розробці стандартів медичної допомоги.

Слід зазначити, що стандартизація медичної допомоги є дієвим інструментом підвищення її якості та ефективності. І в Україні з 2012 року запроваджена методика розробки медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги, затверджена наказом № 751 зі змінами, внесеними наказом № 1422 у 2016 році. І вона повністю відповідає міжнародним підходам та гармонізована з відповідними документами Європейського Союзу.

Далі, будь ласка. Постійні інновації в науці і в медичних технологіях, безумовно, сприяють покращенню лікарського обслуговування. Але що необхідно для... Вибачте, я пропустила слайд.

Я хотіла зупинитись на тому, що зазначена мною методика, вона забезпечує механізм створення і розробки науково обґрунтованих медичних стандартів та уніфікованих клінічних протоколів для забезпечення і якості, і ефективності медичної допомоги, яка забезпечує її наступність та послідовність і виключає непотрібні втручання, а навпаки, включає ті, ефективність яких науково доведена.

Наступний слайд, будь ласка. Що ж необхідно для того, щоб забезпечити якість та ефективність медичної допомоги? На наш погляд, необхідно використання фактичних даних при виборі медичного втручання або технологій. Необхідно проведення оцінки технологій охорони здоров'я. І

створення на основі даних доказової медицини та проведених оцінок мультидисциплінарних медико-технологічних документів.

Наступний слайд. Комплект медико-технологічних документів, передбачених методикою, затвердженою наказом № 751, передбачає наступні документи. По-перше, це клінічна настанова, яка містить актуальні наукові знання щодо найкращої клінічної практики, якою вона має бути в ідеалі. На державному рівні на основі клінічних настанов розробляються документи, які мають назву "Медичні стандарти та уніфіковані клінічні протоколи", в яких визначається, яким чином ця ідеальна клінічна практика може бути реалізована в умовах країни.

В закладах охорони здоров'я розробляються на основі стандартів і уніфікованих клінічних протоколів внутрішні документи, а це можуть бути і СОПи, і клінічні маршрути пацієнтів, які, власне, і визначають, яким чином ключові положення стандартів та протоколів можуть бути реалізовані в конкретному лікувальному закладі.

Наступний слайд, будь ласка. Я не буду зупинятись на визначеннях оцінки технологій охорони здоров'я, про них вже було сьогодні багато сказано, але я хотіла би підкреслити, що міжнародна мережа агенцій НТА відзначає, що оцінка медичних технологій вивчає не тільки клінічні, але економічні, соціальні та етичні аспекти розробки, впровадження та застосування медичних технологій.

Наступний слайд. Процес розробки документів з оцінки медичних технологій, як і клінічних настанов, є багатоетапним і мультидисциплінарним.

Наступний слайд. І в Україні також, як і в міжнародних рекомендаціях, розробка медико-технологічних документів розпочинається із затвердження теми і систематичного пошуку інформаційних джерел в базах даних, перелік яких наведено в наказі № 751. Для розробки медико-технологічних документів використовуються як третинні джерела, це, власне, гайдлайни, клінічні настанови, та звіти з оцінки медичних технологій. Але за необхідності залучається і первинні, і вторинні джерела, це систематичні огляди, нагадаю, метааналізи та дані клінічних досліджень.

Наступний слайд, будь ласка. Після проведення систематичного пошуку виявлені документи... виявлені літературні джерела оцінюються за допомогою міжнародного інструменту AGREE з метою виявлення найкращих, високої якості документів, які можуть бути в подальшому використані в якості прототипів при розробці медико-технологічних документів.

Наступний слайд, будь ласка. Що ж дає застосування звітів з НТА при виборі їх якості документів для розробки медико-технологічних стандартів і уніфікованих клінічних протоколів. По-перше, з одного боку, вона... це

надає можливість виключити непотрібні втручання та неефективні втручання, що в свою чергу може сприяти зниженню за рахунок цього вартості і діагностичних, і лікувальних заходів. З іншого боку, це дозволяє включити в медичні стандарти саме ті процедури, ті втручання, які довели свою високу ефективність.

І в якості прикладів, наступний слайд, будь ласка, на наступних слайдах я хотіла би показати приклади того, як оцінки медичних технологій застосовуються вже в затверджених документах, медико-технологічних документах. На даному слайді наведено фрагмент клінічної настанови раку передміхурової залози, де за допомогою економічної моделі NICE визначено порядок проведення тестів, що дозволяє більш ефективно проводити діагностичні процедури при визначенні ступеню ураження при цій патології.

Наступний слайд, будь ласка. Поверніться, це був... це я казала про рак легенів. Наступний слайд. Це фрагмент клінічної настанови рак передміхурової залози, де також наведено економічний аналіз, який дозволяє порівняти різні стратегії ведення пацієнтів з цією патологією.

Наступний слайд, будь ласка. В світі багато агенцій, організацій займаються проведенням оцінки технологій в охороні здоров'я. Це є і урядові, і неурядові організації, і організації змішаного типу. Статус звітів з оцінки медичних технологій в різних країнах теж може відрізнятися. І якщо, наприклад, згадати найбільш авторитетну організацію з проведення НТА, це Національний інститут здоров'я і якості медичної допомоги (NICE), наступний слайд, будь ласка, у Великобританії, то слід зазначити, що ця установа займається розробкою не тільки клінічних настанов, а і проведенням, численними проведеннями оцінок медичних технологій. Оскільки у Великобританії національна служба здоров'я вимагає обов'язкового проведення оцінки медичних технологій при розробці медичних стандартів або у виборі лікування. І на цьому сайді наведено приклад того, перелік документів за темою "Ревматоїдний артрит", де можна побачити, що разом з клінічною настановою з ведення пацієнтів з цією патологією NICE розроблено 8 оцінок, тут, на жаль, менше вдалося розмістити, 8 оцінок медичних технологій за цією темою.

Але, звичайно, далеко не кожна країна може дозволити собі обов'язкове впровадження на державному рівні, обов'язкову вимогу проведення медичних технологій при... оцінки медичних технологій при розробці стандартів. Але все ж таки слід зазначити, що більшість країн дотримується рекомендацій звітів з НТА при розробці своїх клінічних рекомендацій та стандартів.

Наступний слайд, будь ласка. Щодо України, то ми почули у виступах всіх доповідачів, шановних доповідачів, те, що питання впровадження оцінки медичних технологій на державному рівні в охороні здоров'я навіть перезріло. Оскільки у наших науковців є і багатий досвід, і багато

напрацювань, які могли би знайти ефективне відображення при проведенні роботи зі стандартизації медичної допомоги. Тому ми вважаємо, що для того, щоб використання звітів з НТА в системі охорони здоров'я було більш ефективним, необхідно використовувати, по-перше, ті звіти, що вже напрацьовані, необхідно зробити... створити нормативно-правову базу на основі кращих світових прикладів. Мають бути доступними дані достовірні щодо ефективності втручань і їх результатів. І, безумовно, потребує створення і органу на державному рівні, який би принаймні координував або керував цією роботою. Ми все, вже багато пропозицій почули у доповідях всіх доповідачів, і я, звичайно, до них приєднуюсь.

На закінчення свого виступу я хотіла би нагадати, про те, що є такий ресурс, реєстр медико-технологічних документів, ведення якого доручено Державному експертному центру, де ви зможете завжди знайти актуальну інформацію щодо чинних медико-технологічних документів, розроблених на засадах доказової медицини, робота, яка ведеться в цьому напрямку в теперішній час, роботи мультидисциплінарних робочих груп, громадського обговорення і методичну, нормативну інформацію та публікації з доказової медицини.

Дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякуємо вам, Олена Олександрівна. Ми знаємо, що ви проводите державним інститутом велику роботу в цьому напрямку.

І тепер, шановні присутні, я маю надію, що вам так само, як і мені були цікаві всі доповіді, і пропоную по дві хвилини. В порядку підняття черговості рук я надам також можливість висловитися всім присутнім. Так, будь ласка.

Але є одне прохання. Ви, коли починаєте говорити, представляйтесь, будь ласка, щоб ми всі вас знали. Добре?

УСЕНКО В.О. Добре. Віталій Усенко, медичний радник ПАТ "Фармак", від Асоціації виробників ліків України. Дуже дякую за запрошення. Дуже це актуальна тема оцінки технологій охорони здоров'я.

Якщо брати західні країни, то там відрізняють процес реєстрації і процес оцінки технологій охорони здоров'я. Процес реєстрації – це більш... це мінімальні вимоги для виходу препарату на ринок. Але вони роблять це з точки зору можливості попадання чи препаратів, чи технологій на території тієї чи іншої країни. А оцінка технологій охорони здоров'я, вона вже робить, що які є можливості у держави впровадити ці технології, чи є вони ефективні вже з точки зору результативності. На жаль, що з англійської мови перекладається efficiency, effectiveness як одне слово – "ефективність", а це дві різні речі. Тобто реєстраційні органи, вони оцінюють ефективність, а результативність – ці агенції. Тобто тому ці агенції вони розділені, і по

оцінці технологій є незалежною організацією в цих країнах, щоб не було конфлікту інтересів між реєстрацією та оцінкою технологій охорони здоров'я.

Більш того, існує більше 9 тисяч там протоколів в 96 країнах, і якщо їх всі впровадити одночасно в Україні, це буде хаос. Тобто необхідний національний орган, який може адаптувати ці вимоги до території України, ну, на території України. Більш того, якщо навіть брати країни зі строгою регуляцією, то там можуть бути протиріччя між країнами. Наприклад, там між Штатами, Європейським Союзом різні погляди на лікування і так далі. Тому в Україні повинен бути свій національний орган, який може робити цю оцінку з точки зору національних інтересів.

І по-третє, там, да, також було багато публікацій, там і "фуфломіцини", і ще щось там таке. Тут не вирізняються рівні медичної допомоги. Зараз, на жаль, реформою не охоплено такий вид допомоги, який використовується, який рекомендує теж Всесвітня організація охорони здоров'я, в Європейському Союзі і це є в Сполучених Штатах як фармацевтична допомога. То медична допомога в Україні, вона є як би дефініція, але вона звужена до екстреної допомоги. А в цих країнах до медичної допомоги також входить фармацевтична допомога – це симптоматичне облегшення для хворого, покращення його якості життя до того, як він попаде до лікаря. Тобто є певний період між зверненням і поки він попаде до лікаря, і це є задача до медичної допомоги. І при виявленні симптомів загрозливих направляти пацієнта до лікаря.

Навіть от в тому реєстрі технологічних, технічних документів МОЗу вже є протоколи провізора і фармацевта. Це безрецептурні препарати, вони попадають не в протоколи лікування, які такі як NICE, а вони попадають в протоколи провізора і фармацевта. І звісно, що безрецептурні препарати, вони не реімбурсуються в цих країнах, тобто це інший рівень допомоги. І мабуть, в майбутньому цей потужний ресурс буде задіяно теж в українській системі охорони здоров'я.

І як систематизувати це все, це може теж допомогти чи агенція, чи організація по оцінці технологій охорони здоров'я у формі розширеного українського Orange Book або Помаранчевої книги, де буде дана оцінка лікарським засобам, який цей тип, для якої допомоги і методи доказовості, які були використані при реєстрації. І якщо ця інформація буде доступна для лікарів та для регуляторів, для пацієнтів, це дозволить оптимізувати фінансування теж охорони здоров'я, от впровадження такого механізму.

Дуже дякую за увагу. Якщо будуть питання, теж готовий відповісти.

СИСОЄНКО І.В. Дякую вам, Віталій Олександрович.

Ви знаєте, мені що дуже приємно, мені приємно те, що справді в Україні є фахівці, які розуміють суть і зміст всього того, що справді держава заборгувала. Я дуже розраховую, що з вашою допомогою, що все ж таки нарешті ми це зробимо, як ми почали змінювати систему фінансування всієї системи охорони здоров'я, то, так само, ми зможемо змінити нормативну підзаконну базу, а вже після цього відбудуться безпосередні зміни.

Тому в мене є прохання до тих експертів, до тих всіх поважних, шановних фахівців, будь ласка, ваші всі пропозиції і які ви зараз висловите в мікрофон, і які, можливо, є ще у ваших думках, дуже чітко формуйте нам на підкомітет з контролю реалізації медичної реформи, але в двох площинах. Окремо зміни і пропозиції до законодавства, це те, на що впливаємо ми, як народні депутати, і можемо безпосередньо бути авторами законодавчої ініціативи. І друге, повністю повноваженні і дії конкретні, які ви пропонуєте, що стосується виконавчої гілки влади там, де ми можемо лише в порядку контролю вимагати тих чи інших дій і мати комунікацію вже з Міністерством охорони здоров'я. Добре? Дуже дякую вам.

Будь ласка, пан Найда.

НАЙДА І.В. Дуже дякую.

Ігор Найда, заступник голови корпорації "Юрія-Фарм", член Асоціації "Виробники ліків України" і голова спілки Центр інновацій "Сходи в майбутнє," яка якраз і опікується інноваціями в системі охорони здоров'я фармацевтики. Ви перехопили думку, яку я хотів висловити, але я ще раз її дозволю повторити. Справді, в Україні достатньо фахівців, як би це хто не говорив, для того, щоб зрушити те, що стоїть на місці, тому що це не сьогодні розпочалося. Вам дякую за те, що ви продовжуєте, але вже більш системно. І від цього будуть наші дії.

Наступне питання – це теж партнерство. Партнерство ми не можемо зараз розділити виконавчу, законодавчу владу. Справа в тому, що ми маємо саме шляхом обговорення спільного прийняти найбільш адекватні на сьогоднішній день управлінські рішення. Оце є якраз НТА, що насамперед це управлінське рішення.

А тепер три тези, які я ще хотів сказати. Перше, що на сьогодні в світі тенденції такі, що в першу чергу приймаються до уваги доказові дані реальних медичних практик і дані медичних практик. Саме цим рухається світ. Тому в Україні достатньо препаратів, вироблених українськими виробниками на розвиток саме генерики, бо це є удешевлення, які не поступаються зарубіжним, які здатні сформувати національний перелік, щоб забезпечити саме ту ціну, ефективність і якість.

Наступне, я б хотів сказати про те, що національний перелік наші виробники можуть забезпечити ще й тоді якісно і повноцінно, коли буде

прийнято як мінімум на 3-4 роки програма. Тому що для того, щоб ввести будь-які генерики, потрібний все-таки час. І українські виробники до цього готові до перемовин. Готові до того, щоб сісти за круглий стіл. І це проводиться, але це не набуває ще поки що питання рішення цього питання. Тобто можна обговорювати, але я пропоную навіть в сьогоднішніх прес-документах, які сьогодні є за круглим столом, все-таки вказати більш конкретно час, коли певні інституції мають прийняти ті чи інші рішення. Тому що ми багато чого збираємося, але тут, на мій погляд, потрібно конкретизувати, щоб кінець цієї сесії, наприклад, спільно провести те чи інше засідання, до такого-то часу, тобто конкретизувати. Але я не хочу зараз казати конкретні терміни, тому що це на розсуд тих людей, які організували наш круглий стіл.

І останнє, що б я хотів сказати, це довіра нашого суспільства до того, що твориться в інформаційному просторі. Це сьогодні вкрай небезпечна тенденція, коли виступають багато людей, які не можуть вважатися експертами, які говорять своїми устами те, що як в світі там десь робиться, воно не відповідає деколи тому, що насправді робиться. А більш того, воно відповідає тому, що сьогодні ганьбляться як лікар, так і фармвиробник, який реально входить в міжнародні і різні співтовариства. І та ж Державна лікарська інспекція, яка є членом PIC/S і інших міжнародних інституцій. І те, що український виробник постачає продукцію в більш ніж 60 країн світу, не буду говорити про ціну, вірніше про грошові аспекти, але це як мінімум наповнення бюджету, але як максимум те, що ті ж інспекції, які приїжджають до нас, вони ж оцінюють нашого виробника, вони ж не просто закупають наші продукти тому, що ми такі гарні, чи погані.

Тобто на останнє ще раз підтверджую, що Асоціація "Виробники ліків України" завжди готова до співпраці, конструктивної взаємодії для того, щоб саме успішно впроваджувати ту систему, про яку ми сьогодні говоримо.

Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Дякую, Ігор Володимирович.

Оскільки ініціатором даного заходу була я, то, відповідно, і терміни, за них відповідати також буду я. Для мене сьогодні було важливо почути експертну спільноту. І за результатами нашого з вами круглого столу я сформулюю конкретні речі, які мають бути поставлені до виконавчої гілки влади, і зрозумію, а що саме далі з законодавства мають робити народні депутати. І безпосередньо вже в такому більш конкретному форматі ми проведемо в Комітеті охорони здоров'я засідання підкомітету з контролю і реалізації медичної реформи, що саме створення оцінки медичних технологій і є суттю і змістом тієї медичної реформи, яка розпочата в нашій державі.

Тому дуже дякую вам і розраховую на вашу подальшу активну участь.

Будь ласка, 2 хвилинки. Ви представтесь, будь ласка, тому що ми вас будемо слухати вже другий раз, але ми не знаємо, хто ви.

СИДОРОВ І.Ф. Сидоров Игорь Федорович, Центр методик та координації криптографічного розвитку.

Это как раз тема касается и моих работ, которыми мы занимались, науковий експерт, доктор права. В данном случае, я хотел затронуть... Я на русский язык перейду. В данном случае я хотел бы затронуть несколько три момента, которые мне очень понравились и которые мне очень не понравились в нашем обсуждении.

Первое. Что касается государственной, державної системи оцінки технологій охорони здоров'я, я считаю, что вот эта как раз тема НТА должна была быть начата еще давно-давно назад. Не сегодня, не в период, а сзади должна быть. Потому что именно отсюда будет начинать вся финансовая система и государственная система охраны здоровья. Почему? Потому что невозможно создать социальную защиту, невозможно создать правовую защиту ни для врачей, ни для пациентов. А как мы понимаем, пациент в данном случае это человек Украины, это гражданин Украины, который является наивысшей социальной ценностью, как я уже говорил об этом.

Но хотелось бы затронуть момент о том, что, вот, например, у первого вступающегося затронут был момент, то, что эта программа должна создаваться исключительно высшим органом виконавчої влади. Я категорически против, потому что на сегодняшний день, если мы будем это делать, это будет противоречить международному законодательству, Конституции Украины и Конвенции по правам человека. Мало того, это усталая практика, которая уже определилась во многих странах Европы, в том числе я озвучил, Германии и Швеции. Там, где исключительно законом государственная программа и как раз именно вот эта система устанавливается законом, а остальные уже действия устанавливаются подзаконными актами. То бишь за иерархией нормативно-правового акта это должен делать закон, но никак не подзаконный акт. Тогда мы будем иметь и социальную гарантию, и правовую защиту тех же самых врачей. Потому что мы забываем, что не может центральный орган виконавчої влади устанавливать и обязанность врача, и его ответственность перед пациентом, перед государством и перед законом.

В отношении Украины перенять те модели и ту практику, которая находится сейчас в Европе и в развитых других странах, ну, я думаю, немножко по-другому. Украина формально на сегодняшний день, я бы сказал бы, находится намного впереди, чем другие страны с точки зрения фундаментальной и прикладной науки. И мы почему-то забываем об этом и не применяем именно нашу фундаментальную прикладную науку.

Меня сегодня очень обрадовали выступающие, которые затрагивали вопросы прикладной науки. Почему? Потому что это как раз будет основа всего того, что мы идем вперед. Не забывайте, у нас странна, единственная страна в мире, которая пережила Чернобыль, и последствия Чернобыля, отголоски идут по всем направлениям, по всем системам охраны здоровья. И это как раз будет касаться именно государства, это программа, которую мы сегодня обсуждали.

И самое, наверное, мне так кажется... Ну, не буду, я выйду за пределы нашего обсуждения. Я просто считаю, надо было затронуть момент того, что вот эти все вопросы регулироваться должны законом. Потому что без закона мы не можем выходить на подзаконные акты, потому что это элемент коррупции. Я уже не говорю про интересы государства, интересы граждан, интересы, самое главное, врачей. Мы забываем о том, что интересы пациента мы затрагиваем, а интересы врачей мы забываем. Но я вам скажу из личного опыта, врачи, которые меня обследовали после тех ранений и тех лечений наших украинских, они были шокированы высоким профессионализмом, а на самом деле операции делали простые врачи, простые, не по блату, не за деньги, не за платных клиник, а простые врачи. И мы их почему-то забываем ценить. А оценку этим врачам будут как раз давать пациенты. Но эту чтобы оценку дать, надо врачам дать какой-то инструментарий. Вот как раз система НТА и это будет тот инструментарий, который даст возможность развития нашей медицины вперед. Мы – та страна, которая может поднять. У нас идет война, те раны и операции, и те болезни, которые проходят, и Чернобыль, который прошел, ни одна страна в мире такого сейчас не проходит за последние 20 лет. Но вся эта система, о которой мы говорили, международная, создана была за последние 20 лет, а у нас есть практика и практика врачей, и профессионализм, и наука.

Вот у меня все.

СИСОЄНКО І.В. Дуже вам дякую.

Будь ласка.

БЕРНИК М.М. Волинська область, Управління охорони здоров'я, головний спеціаліст терапії. Я хочу подякувати Ірину Володимирівну за ту можливість бути присутнім сьогодні на круглому столі, послухати доповіді.

І хочу сказати з точки зору практичної охорони здоров'я. На сьогоднішній день ми проводимо реформу первинної ланки охорони здоров'я, відповідно, даємо можливість розвинути первинну медико-санітарну допомогу, сімейного лікаря, і виникає ряд питань, що стосуються організацій.

Перше, що стосується до законодавчої влади. Ми повинні оприділитися все-таки, ми є бюджетна охорона здоров'я чи бюджетно-страхова ми будемо будувати охорону здоров'я. Тому що від того буде залежати, яка буде функція лікарів, яка буде робота лікувально-профілактичних закладів і, відповідно, підходи до організації роботи. Тому що, враховуючи досвід країн Балтії, ми бачимо, що вони вийшли також з тої самої пісочниці, що і ми, що говорити, Радянський Союз. І умови розвитку закладів охорони здоров'я, вони в принципі були однакові, але, якщо брати систему охорони здоров'я і національну касу здоров'я, яка працює в Литві, то ми бачимо, що там є елементи і бюджетної, і страхової охорони здоров'я.

Тобто сьогодні прозвучало ряд питань щодо визначення медичної послуги, на якому рівні ця медична послуга буде стосуватися первинної ланки охорони здоров'я, медичної послуги вторинної, третинної ланки охорони здоров'я. Тому що, виходячи із цих рівнів надання медичної допомоги, буде і формуватися та оцінка і вартість медичної послуги. Тому на сьогоднішній день не визначивши медичну послугу... Ну, ми сьогодні говорили, згадували тут про британську систему охорони здоров'я. Ну, немає в цілому в світі, в жодній країні удосконаленої системи охорони здоров'я, яка б відповідала всім вимогам пацієнта. Тому британська система охорони здоров'я вона має 12, будемо говорити, споріднених груп захворювань, які визначаються певна, ціна кожної спорідненої групи. І, відповідно, нам також, мабуть, треба брати цей досвід і, відповідно, формувати ці споріднені групи, і виходити з того, що вартість медичної послуги буде заключатися в визначенні цих споріднених груп. Так, це не є кінцевий результат, але, виходячи із цих моментів формування оцих споріднених груп, ми можемо уже тоді більш адаптувати нашу систему охорони здоров'я до, ну, європейських розвинутих країн.

Я дякую за увагу.

СИСОЄНКО І.В. Дуже дякую вам.

Будь ласка, хто ще? У нас ще є дві хвилини на завершальний останній виступ.

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І. *(Не чути)*

СИСОЄНКО І.В. З задоволенням. Будь ласка.

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І. Дмитро Заболотний, віце-президент Національної академії меднаук, директор Інституту отоларингології. Я дуже вдячний своєму сусіду, перше, що він так похвалив нашу науку і прикладну, і фундаментальну. О, якби так було все, то б було чудово, тому що, на жаль, звичайно ж, що в нас є ще кадри і велика радість, що на сьогоднішній день ідуть, і молодь іде. Але фінансування те, яке є, воно абсолютно не йде ні в

яке порівняння ні з однією країною, яка працює в Європі. Ну, це так, надіємося, що буде краще. Дякую.

Ірина Володимирівна, я, по-перше, вам теж хочу... не теж, а вам в першу чергу подякувати, що ви це підняли питання. І я думаю, що хтось і виступав, і ще не виступав – вони вас попросять, щоб ви його не кидали, щоб ви його довели, це досить серйозна проблема. Я вам скажу, що багато людей і ще не знають і не розуміють, і хотіли б це знати.

Але в мене такі зовсім, сьогодні про це говорилось, пару таких зовсім простих питань, які б я... Нам все-таки треба визначитися, яка в нас буде система охорони здоров'я. Ми пішли від Семашка. Сьогодні говорили за німецьку, сьогодні говорили за іншу... Я так думаю, що у нас все ж таки зараз американська як би, більш всього те, що робиться, вона більш похожа. Ну, хто може сказати? Все-таки ми повинні знати всі, що ми будемо. Їх є чотири, я розумію, що не може чисто бути англійська чи німецька...

Ігор Дмитрович, у вас стільки досвіду, може, ви скажете от? Ну, скажіть. От що ви бачите, що буде з цього? Я... без всяких, ви розумієте, політичних або якихось, я от просто... Ну, в облздраві стільки працював, от як ви? Я виключу, ну, можете включити, от скажіть.

ШКРОБАНЕЦЬ І.Д. Ви знаєте, має бути наша українська. І не тому, що ми якісь виняткові, а тому що, насправді, виняткові, тому що більшість країн світу будували свої моделі в процесі еволюції. Насправді, те, що ми маємо, воно значно перевищує потенціал, перевищує економічний потенціал нашої країни в системі організації. Тому наші зміни мають бути такими, щоби вони зберегли найкраще, що у нас є, зокрема, наша Академія наук. Мало країн в світі, які мають такий науковий потенціал. А реформа має... Я зараз відповім. Реформа має бути тільки в тій частині в медицині, в першу чергу, реальна реформа, яка визначає механізм фінансування. Ясна річ, що радянська система планово-бюджетна ніяк не годиться для країни з ринковою економікою. А от доступність медичної допомоги і на первинці, і на вторинці, і високоспеціалізована, вона, насправді, має бути збережена і покращена в частині якості і багато ще чого. Саме така аргументація того, що як кажуть, не можна взяти чужу і вкласти в наш простір. Ми маємо модернізувати нашу, перш за все, в частині фінансовій, а для цього має бути в тому числі і система оцінки медичних технологій.

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І. Ну, ви розумієте, я не можу ніяк зрозуміти. Ми повинні все своє будувати. Ну, можемо ж ми взяти те, що вже зроблено? Є чотири, ну якось поділитись... *(Шум у залі)*

ШКРОБАНЕЦЬ І.Д. Зроблено дуже добре, наприклад, в Польщі. Національний фонд здоров'я. Модернізували. (*Шум у залі*) Взяти і працювати.

Дякую.

ЗАБОЛОТНИЙ Д.І. Я просто кажу, що надалі ми повинні знати... Виключіть в себе.

Це перше. І ще одне питання. Відносно протоколів. Я не знаю, що будемо робити, но теж їх стільки... Скільки сьогодні сказали там? 140 чи скільки їх є? І поки що, мабуть, поки що прокурор наших лікарів не зовсім, як кажуть, приходив і тряс. От відносно протоколів, я б все-таки считав, що повинні бути все ж таки наші, треба адаптувати. Я не знаю, любий, хай це буде польський, німецький. Тому що, я думаю, що тільки той, хто з цим не стикнувся, вони знають, на сьогоднішній день, ви розумієте, що повинно бути. Як звертатися? Один іде працювати по польському лікар, другий – по іншому. Потім, за ці локальні, які ми сьогодні говорили, у нас зовсім же різні лікарні, навіть якщо вони й обласні, якщо хтось думає, що вони всі однакові, то є обласні, в яких немає ще дуже багато апаратури. В них чуть-чуть, трошки-трошки більше чим двадцять років чи тридцять років назад. Вони, просто у них не було грошей закупити, це не вони, біда.

Тому от оцих два питання: куди ми йдемо і з протоколами, це чисто така моя пропозиція. А взагалі цей круглий стіл повинен, я кажу, дальше рости. І, Ірина Володимирівна, вам треба просто звернути на це увагу. Дякую.

СИСОЄНКО І.В. Шановний Дмитро Ілліч, кажу для всіх, що для мене ця тема є надзвичайно важливою, справді. Я дуже рада, що мені вдалось хоч якось зрушити з місця законодавче поле в цьому напрямку. Я вам обіцяю, що я буду продовжувати системно займатися цим питанням.

Друге. Я повністю погоджуюсь з вами в тому, що Україна має унікальний потенціал. Насправді, медики і науковці своїми винаходами, своїми розробками в медицині протягом багатьох десятиліть прославляли нашу державу. І, справді, про Україну, коли ми перебуваємо в депутатських там відрядженнях за кордоном, то я з великою гордістю чую про те, що, справді, знають наших фахівців, знають наших медиків. Тому це те, що ми, справді, маємо зберегти, ми маємо цим не просто пишатися, а ми маємо це зберегти на високому державному рівні, цінності. І я ось нещодавно вела телефонну розмову по скайпу з нашими лікарями, які поїхали і зараз працюють в Сполучених Штатах Америки. І, справді, ви знаєте, вони говорять за те, що вони мріють десь про те, що Україна зможе створити, як це зробила в свій час Грузія, побудувати ті умови, коли вони будуть із

задоволенням повертатися в нашу державу, на Батьківщину, і продовжувати свою професійну медичну діяльність.

Тому, шановні присутні, я вам дуже дякую. І я думаю, що на такій оптимістичній ноті про те, що нашу державу можемо побудувати тільки ми разом і спільно, і в тому числі якісну і доступну медичну допомогу, я дякую вам за сьогоднішній "круглий стіл".

До побачення.