

СТЕНОГРАМА

засідання "круглого столу" в Комітеті Верховної Ради України
з питань охорони здоров'я на тему:
"Партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я
для підвищення людського потенціалу нації"

12 грудня 2018 року

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дорогі друзі, шановні колеги! Дозвольте розпочати "круглий стіл" в Комітеті Верховної Ради з питань охорони здоров'я "Партнерство в публічному управлінні охороною здоров'я для підвищення людського потенціалу нації". До участі в цьому "круглому столі" ми запросили всіх активних, позитивно мислячих, патріотичних представників медичної спільноти. І я дуже сподіваюся, що наш сьогоднішній "круглий стіл" буде результативним і дозволить нам з вами наблизитися ближче до побудови справедливої, гідної і такої держави Україна, в якій ми всі хочемо жити і якою ми хочемо пишатися.

Перед тим, як ми з вами розпочнемо наші доповіді, я зараз надам слово для привітання народному депутату Олегу Степановичу Мусію.

Олеже Степановичу, будь ласка.

МУСІЙ О.С. Доброго дня, шановні колеги, друзі! Надзвичайно приємно в найкращій залі Верховної Ради України бачити вас усіх на обговоренні надзвичайно важливого питання, до якого ми всі маємо безпосереднє відношення, це управління галуззю охорони здоров'я, яке в нормальній демократичній державі, в нормальній адекватній системі охорони здоров'я мало б забезпечити найважливіше – збереження людського потенціалу і здоров'я нам усім, усім громадянам України.

Звісно, доводиться констатувати, що в чергове, на превеликий жаль, виконавча влада не зовсім зацікавлена, умовно кажучи, в спілкуванні з медичною спільнотою, і черговим доказом є сьогоднішня неучасть Міністерства охорони здоров'я в заходах медичної спільноти. Важко зрозуміти нам, професіоналам, тим, хто має великий досвід управління в системі охорони здоров'я в Україні, таке ставлення до нас як до професіоналів. Я тут маю на увазі ініціаторів "круглого столу", це перш за все українська медична експертна спільнота, яка довела свою абсолютну ефективність в останні два роки продукуванням надзвичайно важливих документів. І особливо хочу подякувати вашій ініціативі, яка була підтримана головою комітету Ольгою Вадимівною і мною, зареєстрований законопроект – зміни до 13 статті Основ законодавства - те, що ми говорили і про що наполягали більшістю комітету протягом 4 років. Без мети, без

завдань, які має переслідувати система охорони здоров'я, для чого вона взагалі існує, дуже важко рухатися і будувати майбутнє.

Ми налаштовані Комітетом з питань охорони здоров'я, я думаю, тут з Ольгою Вадимівною ми абсолютні одностайні, якраз на конструктивне майбутнє. Тому що ми стали, всі ви стали свідками, що після різних революційних подій, після здобуття Україною гідності, після Революція Гідності в тому числі – остання наша революційна подія, надзвичайно важливим є не тільки здійснити революцію, а привести до влади високопрофесійних людей, на яких будуть спиратися спільноти.

І якраз те, чого ми зараз не відчуваємо, ми не бачимо і не відчуваємо – співпраці між виконавчою гілкою влади і спільнотами. І будь-які реформи, які в державі мають відбутися обов'язково, і зміна системи охорони здоров'я, яка нас абсолютно не влаштовує, глибоко переконаний був раніше, а зараз бачу це вочевидь, без підтримки вас, без підтримки фахової медичної спільноти, без підтримки фахової управлінської спільноти нічого здійснити неможливо. Це все будуть "потемкинские деревни", це все будуть "повітряні замки", це все будуть мультфільми, якими ми вже наситилися у вигляді презентацій красивих, хороших, за якими далі пустота!

Тому без співпраці тісної з вами, без вашої думки, яку, я щиро надіюся, сьогодні ми почуємо, щодо управління системою охорони здоров'я і що нам робити далі, як правильно підкоригувати роботу Комітету з питань охорони здоров'я і притомних народних депутатів, які завжди стояли на захисті інтересів медичної спільноти і, як наслідок, захисту наших пацієнтів, наших людей, рухатися важко. Саме тому щиро надіюся на ваші думки, які будуть абсолютно відкритими, і на відміну від того, що відбувається у виконавчій владі, де будь-яка критика одразу можлива репресіями, звільненнями, нерозуміннями і якимись такими абсолютно негідними заходами з боку виконавчої гілки влади, якраз Комітет з питань охорони здоров'я, Ольга Вадимівна і я, відкриті до гострої дискусії. І хотіли би почути, можливо, те, що нам не видно, будучи в законодавчій гілці влади. Тому щиро надіюся на ваші чесні, професійні поради і випрацювання тої точки зору, де, ми щиро надіємося, після зміни теперішніх оцих невігласів, що в уряді, що в Міністерстві охорони здоров'я, настане час просвітлення. Ви знаєте, що життя рухається завжди по синусоїді і це доведено історією. Завжди є злет, завжди є падіння. Щиро надіюся, що ця точка падіння і пробивання вже п'ятого чи десятого дна, вона закінчиться і обов'язково наступить час злету і час формування адекватної європейської і системи охорони здоров'я, і збереження людського потенціалу, про що ми сьогодні поговоримо.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Олег Степанович.

Зараз, шановні колеги, я надам слово сама собі для того, щоб презентувати вам мою роботу, яка для мене особисто є надзвичайно важливою, тому що складає сенс мого життя. Сенс, власне, мого життя і, мабуть, життя мого роду – роду Богомольців – це завжди було служіння людям, а в даному конкретному випадку це збереження людського потенціалу нашої нації. І назва моєї сьогоднішньої доповіді, вона є не випадковою: "Збільшення тривалості продуктивного життя як ключовий критерій ефективності державної політики".

Я як людина, яка готова взяти на себе відповідальність за державу, не тільки за систему охорони здоров'я, за розвиток економіки, наголошую, що кожна робота має бути оцінена, і якщо немає критерію оцінки, то тоді не можна роботу оцінити, відповідно не можна встановити мету. Так от, збільшення тривалості життя українських громадян абсолютно чітко демонструє і оцінює як роботу наших всіх попередників, так і буде ключовим критерієм, який надасть оцінку роботі всім іншим поколінням державотворців. І мова не тільки про систему охорони здоров'я.

Прошу, будь ласка, наступний слайд. Сподіваюсь, що ви його зможете бачити. Подивіться, будь ласка, на одну цифру. Власне, ці таблички - це проста медична статистика, без емоцій, це час вимирання української нації. Українська нація зникне з української землі через 180 років. Області будуть вимирати по-різному.

Будь ласка, наступний слайд. З того, як буде зникати населення на території України, можна робити певні висновки і щодо поведінкової моделі, щодо світоглядної моделі, щодо ціннісної моделі. Ми будемо вимирати зі сходу. Першою з територій України зникне Чернігівська область і зникне вона не область як земля, а чернігівчани як населення зникнуть через 80 років. Я наголошую, вся ця статистика, яка була наведена в таблиці, вона прорахована двома методами медичної статистики, не враховуючи процеси міграції (не враховуючи процеси міграції!), адже офіційних статистичних даних щодо того, скільки на сьогоднішній день українців є і скільки виїхало, їх немає. Для того, щоб не було звинувачень в наданні неправильних даних, я їх не використовувала. Хочу зазначити, що, враховуючи міграційні процеси, зникнення населення буде відбуватися в рази скоріше. І якщо за офіційними даними через 40 років чернігівчан залишиться половина від того, що є, насправді, половина їх залишиться вже через 20 років.

Які висновки? Це означає, що ні збільшення ВВП, ні відродження економіки, ні елементарна мобілізація на захист державних кордонів буде неможливою. І говорити про те, що "мова, віра і армія" будуть у нас через 180 років ті самі, ми просто сьогодні не маємо права, тому що важливо хто говорить на мові і хто віру має в цьому серці. Якщо це люди іншої культури, які будуть населяти нашу землю, то це мене особисто абсолютно не влаштовує.

Це зменшення населення вдвічі. Ми бачимо, Чернігівська і Сумська - менше ніж 50 років. А тепер прошу вас подивитись на наступний слайд, чи можна змінити ситуацію і повністю змінити криву. І я показую вам чіткі приклади. Подивіться, ось Україна. Наша крива тривалості життя стабільна як ніколи, і Україна є, будь ласка, лише в 9 країнах світу тривалість життя зменшилась - і ми є серед цих країн.

А тепер подивіться досвід інших країн. Що у них відбувається з тривалістю життя? Чи це випадково, чи це у них клімат такий? Я зараз вам доведу і покажу, що ми з вами можемо стати не тільки свідками, а й учасниками того процесу, як наша крива піде вгору. Чому для мене особисто таким важливим є зростання тривалості життя? Без цього, і це доведено на світових моделях економіки, неможливо покращити і відродити економіку країни, тому що коли немає елементарно робочих рук, безперечно, для нас є шляхи - це розвиток новітніх технологій, галузей, які не потребують великих людських ресурсів, але які дають велику додаткову вартість, це наш шлях, але це тільки фрагменти розвитку економіки. І плануючи економічну модель нашої держави, ми не можемо не враховувати цих показників.

Чому я сьогодні говорю не тільки про тривалість життя? Ми з вами розуміємо, що можна жевріти, а можна продукувати. Хтось пише книги, хтось пече хліб, хтось лікує людей, хтось грає у виставах. Надзвичайно важливо, щоб життя було продуктивним і щоб ми надавали людям можливість бути продуктивними, інакше життя для багатьох втрачає сенс. Що стоїть на заваді? Стоїть на заваді дуже часто конфлікт - конфлікт між тими напрямками, галузями, які зменшують тривалість життя, але які є складовою інколи неадекватної державної політики. Якщо державний бюджет наповнюється податками, які сплачені з продажу алкоголю, з продажу цигарок, з продажу нафтопродуктів, ми абсолютно чітко з вами розуміємо, що однією рукою наповнюючи бюджет, іншою рукою ми забираємо життя. І якщо держава не розвиває ті напрямки економіки, які не входять в конфлікт зі збільшенням тривалості життя, у цієї держави не буде майбутнього довготривалого.

Не мені вам розповідати, що впливає на тривалість життя. Це система охорони здоров'я - максимум на 15 відсотків, в Україні на 15, взагалі у світі 10.

Подивіться, будь ласка. Я вам для того, щоб не бути теоретиком, розкажу 4 кейси: абсолютно конкретні випадки, яким чином інші країни вирішували цю ситуацію як на глобальному рівні, так і на точковому рівні. Ми з вами коротко пройдемо через 4 цікаві історії.

Північнокорейський проект, 25 років. Кожен може це відчутти і почути. Їх головна мета була – зберегти їх людський потенціал, більше нічого іншого. Чи вдалось їм досягнути? Так, вдалось. На цьому слайді ви можете чітко

прочитати, що конкретно вони ставили за мету, яких конкретних показників зменшення смертності, в яких нозологіях вони досягнули за цей час. Побачили? Побачили.

А тепер, будь ласка, подивіться, що було зроблено на рівні держави для того, щоб зменшити смертність від серцево-судинних хвороб. А змінено було модель харчування населення: зменшили кількість солі в стандартах що хліба, що ковбаси, що різних продуктів, які мають в собі вміст солі. На рівні держави було змінено стандарти. На рівні держави було змінено стандарти споживання жирів і проводилась боротьба з тютюнопалінням. А тепер подивимось, будь ласка, на цю криву. Ця червона – це ми, а ця синя – це вони. Абсолютно чіткі конкретні зрозумілі кроки.

На підставі цього проекту, його аналізу, його глибокого вивчення, знаєте, це сотні сторінок. Я три рази зверталась протягом останніх трьох років до Прем'єр-міністра України з проханням створити при Кабінеті Міністрів робочу групу по збільшенню тривалості життя українських громадян, для того, щоб можна було проаналізувати і втілити в життя в Україні, це для того, щоб наша крива, щоб ми почали жити довше, кожен з вас. Нічого зроблено не було. Ці всі завдання опускаються на Міністерство охорони здоров'я, а це не його завдання, в даному випадку, і не його задачі це робити. Абсолютно байдуже на сьогоднішній день. Я вже про Міністерство охорони здоров'я сьогодні не хочу говорити, не вважаю за потрібне навіть витратити час, але державна політика на сьогоднішній день абсолютно не відповідає потребам збереження людського потенціалу.

Наступний кейс. Більш конкретний, він може стосуватись абсолютно кожного, дуже простий коп-кейс. Поляки, і буквально вчора я прочитала, що ізраїльтяни трошки з іншого, більш жорстко навіть підійшли. Що вони зробили? Вони дослідили, що протягом першого року від інфаркту міокарду, а ви знаєте, серцево-судинні хвороби у нас на першому місці від смертності, тобто смертність від серцево-судинних хвороб на першому місці. Чи це реально змінити? Реально. Мало того, реально змінити за рік.

Що зробили поляки? Кожному пацієнту, в якого був інфаркт і аритмія, був виділений спеціальний, в Ізраїлі це браслет, а у поляків це маленький прилад, який передає кардіограму при потребі на цілодобовий моніторинговий центр, який створений не державою, а приватною компанією, якій держава оплачує за сервіс (державно-приватне партнерство).

Що вони отримали? Вони отримали зменшення смертності протягом першого року від інфарктів вдвічі. Мало того, вони зекономили. Знаєте на чому? Виявилось, що кожен хворий після інфаркту викликає "швидку" як мінімум два рази на місяць. Як тільки у них з'явилась можливість відправляти свою кардіограму, не викликаючи "швидку", просто відбувся обвал. Мається на увазі, вони перестали викликати "швидку", і "швидка"

їхала тільки тоді, коли було встановлено, що це повторний інфаркт і людину треба було везти відразу в кардіологічну установу. Тобто вони зекономили. Не збільшили обсяги витрат державних, а збільшили тривалість життя, абсолютно конкретно зменшили смертність і отримали ще економічні позитивні результати. Це як працює система у поляків, у ізраїльтян. Вони додали ще ноу-хау: вони навіть шагометр видають, для того щоб людина не тільки кардіограму відправляла, а щоб і чітко контролювати, чи виконує вона завдання і дистанційну реабілітацію, яка їй призначена. Вони не хочуть потім платити гроші по інвалідності. Вони готові інвестувати в збереження.

Наступний кейс, мій особистий: 10 років досвіду боротьби з меланою. Мабуть, ви всі чули про "день меланоми в Україні". Чи був він результативний і чого ми, власне, прагнули? А прагнули ми дуже простого: щоб люди, у яких є небезпечна родимка, щоб вони знали про ці ознаки і щоб вони своєчасно приходили на консультацію, щоб їм своєчасно встановлювали діагноз. Подивіться результат, який ми отримали без копійки державних грошей, без державної підтримки, без Міністерства охорони здоров'я. Тисячу лікарів проліковані, на 15 відсотків зменшилась смертність першого року на рівні держави. Це данні Національного канцер-реєстру, не наші.

Тобто це працює. Але в цьому проекті ми вперлися в стіну. Ми далі не зможемо зробити нічого, що би ми не робили. Чому? Тому що коли в державному бюджеті закладено на потреби онкохворих 30 відсотків від потреби і коли до мене в "день меланоми" в цьому році приїжджають дві пацієнтки, одній я два роки тому встановила діагноз "меланома", іншій рік тому, обидві не оперовані. І у мене серце стискається, я кажу: "Чому ж ви не пішли до лікаря?" Вони мені кажуть: "Донечка, та ми ж пішли. Доцю, а у мене грошей нема, а мені сказали, що в лікарні того немає і того немає, того нема". Без введення загальнообов'язкового медичного страхування профілактичні огляди і раннє виявлення онкології не має сенсу. Ми маємо гарантувати всім людям доступ до лікування, всім, хто має онкологію, всім, хто має серцево-судинні хвороби, і тоді ми зможемо отримати результат, і тоді профілактичні огляди будуть мати сенс.

Наступна діаграма. Так само, як в Карелії, так само, як поляки, те саме робили і ми, не знаючи їх досвіду. Що було потрібно? Потрібно було перемістити точку від медичної площини в культурну. Меланома – це не проблема лікаря і не проблема дерматолога, меланома – це родинна проблема кожного. І ознаки небезпечної родимки має знати кожна родина, кожна мама, для того щоб своєчасно привести свою дитину, для того щоб своєчасно привести свого чоловіка на огляд. І саме виховання культури здоров'я разом з загальнообов'язковим державним медичним страхуванням, воно дає результат і воно працює.

Наступний кейс. На жаль, на відміну від попередніх трьох, які мають чіткі результати, окреслені і підтверджені, щодо збільшення тривалості життя і зменшення смертності, цей кейс мені особисто не вдалось реалізувати. Це моя програма дій "Україна 80+", в якій я чітко показувала, що потрібно зробити для того, щоб в Україні по кожній смертності проаналізувати, що відбувається, і втілити, для того щоб кожного року на десятки тисяч ми зберігали життів більше й більше. І кожні три роки ми мали би можливість збільшувати тривалість життя на рік. Це просто економічно і математично розраховується. Ця програма була внесена в Коаліційну угоду, ця програма була розроблена, але, на жаль, Міністерство охорони здоров'я не мало бажання її втілювати і не мало бажання збільшувати тривалість життя в Україні. Але я дуже сподіваюсь, що, знов-таки, Україна буде жити і нам вдасться це реалізувати. Мова йшла про мобільні діагностичні комплекси, які мали б на ранній стадії виявляти цукровий діабет і давати доступ до лікування, серцево-судинні хвороби на першому етапі, на другому і третьому - онкологія.

Тепер хочу привернути вашу увагу до того, що, на мій погляд, мав би робити такий "синктен" - мозок. От подивіться, ми з вами знаємо, що наша найбільша проблема, на яку ми з вами можемо вплинути сьогодні, це серцево-судинні хвороби. Мова йде про медичний аспект. Серцево-судинні хвороби, де я вам чітко показала, що можна зробити в кожному місті, в кожній області, і онкологія. На сьогоднішній день отримати адекватну статистику дуже складно. Ми ще не можемо дочекатися, я не знаю, як ви, але без медичної статистики державницьке мислення взагалі без статистичних, воно неможливе. Інакше ти не можеш управляти процесами і не можеш на ці процеси впливати.

Прошу вас подивитися, от ця діаграма. Просто порівняння, від чого помирають в Україні, вибачте, не помирають, це захворюваність, в європейській спільноті і в Україні. От подивіться, що тут цікаво. От чому така різниця в кількості випадків раку простати. Ну те, що лежить на поверхні, всім здається, що це виявляємість. Насправді, колеги, це зовсім не так. Головна причина цієї різниці такої величезної - це те, що наші чоловіки не мають щастя дожити до свого раку простати у 82, тому що вони у 55 помирають від інфаркту чи інсульту. Відповідь лише одна: як тільки тривалість життя чоловіків ми збільшимо до 80 років, кількість виявляємості раку простати буде у нас така сама.

А тепер подивіться ще оцей фіолетовий колір. Тут зовсім інше. Подивіться, а що у нас з раком шлунку? А чого ми живемо так мало? Взагалі раків у нас по великій кількості статей в декілька разів менше ніж у Європі. Чому? Тому що тривалість життя наша не дозволяє до них дожити. Але чому ж із раком шлунку у нас така ситуація? Може, щось не так у нас з харчуванням? Може, чимось не тим поля у нас поливаються? Може, щось не

те додається? Можливо, варто це підняти, проаналізувати і перевірити якість того, що на сьогоднішній день їдять українці? Той самий графік по смертності, подивіться, будь ласка. Мова зараз конкретно про рак шлунку, враховуючи, що ми живемо на 10 років менше ніж європейці.

Тепер, чи не варто на рівні держави задуматись, чому така ситуація, і знайти відповідь, і вплинути на ці процеси, які є факторами ризику, факторами сприйняття, які стосуються кожного, незалежно від того, де ви купуєте ті харчі?

Тепер прошу вас подивитися на спеціально підготовлену нашою командо карту щодо захворюваності на злоякісні новоутворення. Тут є області такі, де захворюваність "зашкалює", це на перший погляд, тільки на перший. Дивіться, яка різниця між, наприклад, Києвом і Сумською областю (мова йде зараз про дітей) і в середньому по Україні. Тепер подивіться, будь ласка, захворюваність (це діаграма, це дорослі) в Дніпропетровській, Харківській, Запорізькій і на Волині. А тепер подивіться, будь ласка, на смертність. Я спеціально зараз поставлю вам ці графіки поряд. Подивіться, на Волині жовтеньким таким світлим кольором, дивіться: захворюваність дуже низька, а смертність подивіться яка. Що це означає? Коли градієнт між захворюваністю... Тобто нестрашно мати велику захворюваність на онкологію, ні! Страшно, коли смертність (у нас є деякі області) вище, ніж захворюваність. Почуйте! Смертність вище, ніж захворюваність. Це означає, що діагностика на місцях – нуль! Чи це не зрозуміло для засобів масової інформації, для управлінь, що потрібно робити в цій області? Прямий, чіткий показник, як збільшити тривалість життя. І потрібно боротися за кожен окрему нозологію. Це, насправді, дуже просто.

Подивіться, у нас є області, в яких захворюваність, подивіться, наприклад, Одещина, захворюваність низька на злоякісні новоутворення, а смертність тут на два градієнти більша. Це означає, що недопрацьовують і серйозно недопрацьовують. А тепер ось подивіться, що у нас там останнє, Черкаська область, так? Те, що я вам казала. Подивіться, Закарпатська область, яка захворюваність. От синенький стовпчик – це захворюваність, а це – смертність. Отак має бути. Тобто захворюваність по відношенню до смертності має відрізнятися відсотків на 70. Це означає, що у нас лише 30% буде смертність, а 70% буде виживання. А коли от така смертність і така захворюваність, то це катастрофа просто! Це означає, що треба просто всіх з оцих областей, де іде така катастрофа, на державному рівні – інакше не можна, тільки кнутом і пряником.

Прощу вас подивитись, це у нас трахея, бронхи. Подивіться! Чи у нас є велика різниця між захворюваністю і смертністю? Чи воно є 70%, як мало би бути? Це означає, що ми з вами недодіагностовуємо, недопрацьовуємо.

То саме подивіться по раку молочної залози – інша картина! Інші проекти діють. Інша громадськість інакше працює.

Фактори ризику і тютюнопаління. І парламент не голосує за закони, які забороняють рекламу для дітей і викладки, і вже чотири роки просто блокує ці закони, які би мали нам зменшити смертність від хвороб.

А тепер дивимось кількість дітей, хворих на злоякісні утворення. Дітей у нас за роки незалежності стало менше на п'ять з половиною мільйонів. Дітей стало менше в Україні за роки незалежності на п'ять з половиною мільйонів! В загальній кількості людей стало менше і дітей стало менше. Це значить потенціал для відродження.

Тепер подивіться кількість дітей, хворих на злоякісні утворення. А тепер подивіться, скільки виділено коштів з державного бюджету на лікування хворих на онкологію. Коли розповідають нам, що грошей стало більше, в доларовому еквіваленті насправді їх стало значно менше! А те, що в цьому році парламент не спромігся знайти 440 мільйонів на лікування дітей, хворих на онкологію, – це не просто ганьба і сором! Мені соромно заходити в цю парламентську залу, кожного разу, коли я туди заходжу, я згадую про те, що до кожного народного депутата я написала лист: "Будь ласка, знайдіть 440 мільйонів!" Чітко зрозуміло, де вони. Ми тільки міжнародним організаціям за закупівлі медикаментів платимо 2 мільярди гривень за ці роки. 2 мільярди! Це на 4 роки можна було закрити лікування онкохворих дітей. І ці закупівлі мало робити міністерство через систему ProZorro. І знову вкрали! І знову продовжили! І їм не соромно красти в той час, поки діти не мають доступу до лікування.

Але я налаштована надзвичайно позитивно. Чому? Тому що у мене є всі інструменти, як зробити інакше. Тобто депресії ніякої не має бути. Так, ситуація в Україні складна, але ніхто не обіцяв, що буде легко. І Голодомор у нас був, і війни у нас були, і репресії у нас були. І я вас всіх вітаю, сьогодні Конгрес Сполучених Штатів Америки визнав Голодомор геноцидом українського народу. Це велика міжнародна підтримка! І це чітке розуміння, де є наші вороги! І чітке розуміння того, що якщо ми не будемо з вами сильними, якщо ми з вами не будемо вигризати життя кожного, то з нами не будуть рахуватися. А у нас є всі інструменти і міжнародної політики, і економічної політики. І я ще раз наголошую, моя особиста мета - це боротьба за збереження людського потенціалу України. і на сьогоднішній день ні вступ у ЄС, ні зміни до Конституції, ні вступ до НАТО, вони не дозволять нам зробити те, найважливіше, що сьогодні для нас є: власне, зберегти українську націю, для того щоб українська земля і через 100 років, і через 200 років, і через 300 років оброблялася і по ній ходили не люди іншої віри й іншої мови, а ходили наші з вами нащадки.

І я вам ще раз дякую. І якщо вам буде цікаво отримати цю інформацію, вона напрацьована, опрацьована і готова до використання. Власне, потрібно правильно тепер нею скористатися. Дякую вам усім.

І зараз надаю слово для виступу проректору Національної медичної академії післядипломної освіти, доктору медичних наук, професору пану Олександру Толстанову з доповіддю "Концептуальне бачення майбутньої національної системи охорони здоров'я - цілеспрямований рух замість хаосу".

ТОЛСТАНОВ О.К. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановна Ольго Вадимівно! Олегу Степановичу! Шановні колеги! Я з вашого дозволу в той невеличкий термін часу, який мені відведений, продовжу ту думку, яку започаткувала Ольга Вадимівна, що нам для реалізації всіх цих речей, ви бачите, цих кейсів, які дуже просто реалізуються, якщо є до цього бажання, нам необхідно просто чітко зрозуміти і сформулювати шляхи розвитку нашої системи охорони здоров'я України. І ви бачите, перша доповідь, вона надала нам сьогодні напрямок нашої не дискусії, а нашого обговорення не тільки системи медичної допомоги, а й системи охорони здоров'я, бо без цього неможливо досягти тих результатів або бажаної нашої мети - збільшення людського потенціалу і покращення якості життя людини. Це найголовніша мета.

Ви бачите, що на цій презентації є позначка "Ukraine NOW", тому що сьогодні за рішенням Міністерства закордонних справ таку позначку отримують саме доповіді, які вважаються прийнятими на міжнародному рівні. І за дорученням української медичної спільноти і Національної медичної академії післядипломної освіти імені Платона Лукича Шупика я сьогодні представляю вам стисло вижимки тієї доповіді, яка була прийнята, схвалена на саміті, який відбувся у Китаї, саміті чотирьох країн, куди входила і Україна. Україна, Китай, Австралія, Південна Корея. І саме шляхи розвитку цієї системи були.

Що це таке сьогодні, те, про що я буду вести мову? Це колективний труд протягом усіх років незалежності нашої держави, це бачення і відособлення тих речей, які відбувались, тих проектів, які відбувались на території нашої держави протягом усіх років незалежності за допомогою європейської спільноти і наших фахівців, це те, що було прийнято на колегії Міністерства охорони здоров'я 16 липня два роки тому і було погоджено абсолютно всіма представниками всіх фракцій нашого комітету, а також всією спільнотою медичною: і науковців, і практиків. Тепер залишився тільки час втілити це все в життя.

Дозвольте, я не можу не почати з вислову Всесвітньої організації охорони здоров'я, який говорить про те, що найважливішим для будь-якої країни є здоров'я її населення. А тоді для чого будуються літаки або швидкісні потяги як не для людини і як не для її здоров'я?

Я хочу зосередити вас на вислові доктора Маргарет Чен, китаянки за походженням, яка протягом десяти років очолювала Всесвітню організацію охорони здоров'я. Вона чітко говорить про те, що ні гроші, ні оснащення, ні наміри не зможуть забезпечити достатній прогрес в охороні здоров'я, якщо в державі не існує законодавчо прийнята і схвалена адекватна система охорони здоров'я, яка дає своєчасну адекватну допомогу і найголовніше – для тих людей, хто її найбільше потребує.

Система охорони здоров'я, дозвольте буквально декілька хвилин, це сукупність всіх організацій, інститутів і ресурсів, я не лекцію вам читаю, а хочу просто нагадати. Для функціонування системи, бо саме з цього починається розгляд концепції або стратегії, для функціонування цієї системи необхідно, щоб були обов'язково фінанси, кадри, загальне управління і керівництво, обладнання, матеріали, транспорт, інформація, комунікації. В рамках системи охорони здоров'я повинні надаватись послуги, які чутливо реагують на потреби, які справедливі з фінансової точки зору і які мають поважне ставлення до людей. Шановні колеги, це все не наші видумки, а це все є в висновком Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Далі. До 1991 року, тому що ви можете сказати в дискусії, що все ж це все було в нашій країні, так, безумовно, базувалась модель Семашка, складові якої і на сьогоднішній день існують в багатьох країнах світу, але з 1991 року в соціально-економічній сфері в нас відбулись зміни, крім змін в побудові системи охорони здоров'я. І це привело до чого? До сьогоднішньої ситуації: до дефіциту бюджету, до неможливості утримання інфраструктури, до неможливості забезпечення технологічного процесу і невідповідного надання медичної допомоги.

На сьогоднішній день Україна залишилась однією з небагатьох країн світу, яка фінансує заклад, а не враховує фінансування за рахунок результату, тобто не сплачує за результат, що є ключовим моментом.

Далі. Ви бачите національну модель 2015 року. Чому 2015 року? Тому що по завершенню багатьох експериментів, Олег Степанович якраз був у той час у міністерстві, була сформована на підставі цих експериментів і думок експертів національна модель, в якій чітко прописали, і ви бачите їх. Вони не мають відповідного номеру порядкового, а просто чітко прописано, що треба обов'язково враховувати комплексно в цій моделі, а саме: повинна бути державно-громадська, бюджетно-страхова система управління охороною здоров'я, а не інша, тому що це інше приведе знову до просто лозунгів.

Далі. Застосування фінансових механізмів нових, багатоканальність фінансування обов'язково треба дозволити. Об'єднання коштів регіону охорони здоров'я в пули, і це підтвердило на підставі експериментів, які проходили на території України. Тільки з єдиного пулу, який на сьогоднішній день є адміністративною територією, тобто областю, можливе фінансування всіх заходів.

Далі. Чітке визначення структури функцій. Запровадження договірних відносин між замовниками і постачальниками медичної послуги як ключова структура моделі. Економічне стимулювання праці. Обов'язково гарантований рівень безоплатної медичної допомоги. Інтегроване надання первинки. Я поспішаю, тому що багато матеріалу. Висока інтеграція діяльності закладів. Усунення дискримінації між державними і недержавними закладами. Формування сучасної системи охорони здоров'я і багато інших складових.

Отак ви бачите цю картинку, я думаю, що переважна більшість присутніх в цій залі вже не в перший раз бачать, де в центрі системи повинен стояти заклад охорони здоров'я – автономний, самостійний суб'єкт господарювання з обов'язковим самоврядуванням лікарів, фармацевтів, стоматологів, медсестер, які обов'язково повинні бути. Без законодавчого впровадження цієї ідеї взагалі подальший рух – це просто не рух реформ, а рух змін на словах.

Держава повинна контролювати і мати відповідно дві функції. Тут прописано більше, оскільки ліцензування, переконаний, повинно бути окремо. І обов'язково контроль з боку громадськості.

Модель надання медичних послуг доволі проста, ви бачите: десь 80% - первинка, 15 – на вторинці і 5% - це третинний рівень.

Громадська охорона здоров'я – обов'язкове формування. Ну почалось уже формування, треба віддати належне. Але воно повинно бути чітко сформовано на місцевому урівні, до цих пір ці формування ще не зроблені.

Таким чином, ми вийшли, виходячи з цього, на концептуальну побудову нової національної моделі охорони здоров'я, метою якої є ті речі, про які нам доповіла сьогодні Ольга Вадимівна. Це збереження і зміцнення здоров'я задля відтворення і примноження людського потенціалу. Шановні колеги, але тільки в комплексі розбудови правових, управлінських і фінансових, і всіх інших. Зараз я вам це доведу більш схематично.

Таким чином, в центрі повинна стояти родина. Треба змінити складові системи, затвердженої ВООЗ: фінансування, медичне обслуговування, доступність лікарських засобів, систему громадського здоров'я, комунікації, кадри, наука, система управління "eHealth". І найголовніше, що я хотів би

сказати, це можливо тільки тоді, коли є комплексний підхід до побудови системи, і можливість реалізації визначених пріоритетів повинно бути узгоджено з загальним баченням розвитку усіх складових, а не окремо вирваних! Саме оце фраза, шановні колеги, дістала серйозної підтримки спеціалістів охорони здоров'я Японії. Не тому, що я доповідав, а тому, що це наше бачення. І були дуже великі дискусії, і ми отримали цю позначку "Ukraine NOW".

Таким чином, реформа фінансування повинна бути із запровадження страхової моделі. Далі, первинна ланка розгортає страхову модель. Вторинна ланка впорядковує, реімбурсація і реферування цін – і це буде пусковий механізм реформ. Тільки таким чином коліщатко це буде і повинно працювати.

Рішення дуже просте: від платників податків на утримання закладів, на страхування, випадок хвороби, тільки тоді парасолька захистить родину, а не просто виключена первинна медична допомога і вже захист вас від хвороб. Такого бути не може.

Визначається гарантований пакет зі стопроцентним покриттям, співоплата пацієнтів "вторинки", "третинки". І ви бачите, яким чином воно виглядати повинно. Змінюватись як часто: це повинно раз на рік разом з Законом про бюджет.

Далі. Створити національного страховика. Це важливо, коли цільові податки на тютюн, алкоголь і все інше, загальні податки і внески на медичне страхування – все це іде через національну агенцію з фінансування, яка, колеги, це принципово, не накопичує гроші, а оперує коштами, вона не збирає, а оперує коштами, і кошти ідуть від замовника до виконавця, і таким чином працює система страхування. Обов'язково треба перейти на контракт, і тоді система буде виглядати, що державний страховик забезпечить, ви бачите піктограми, абсолютно всі види надання медичної допомоги.

Далі. Доступ до ліків через реімбурсацію, створюються комісії, які визначають референтну ціну, внутрішня і зовнішня, яка потім складається, ділиться і на спеціальній комісії визначається референтна ціна. Це не наша забаганка, не Національної академії, не інших структур, не експертної спільноти, а це рішення європейських спільнот і схеми, яка надана, і для реалізації вона доволі, вам здається, що громіздка, але вона правильна.

Далі. Закінчуючи, я хочу сказати, що ми готуючись, українська медична експертна спільнота, наша академія і багато інших структур, прорахували все-таки, що ми очікуємо зведення і прийняття такої концепції терміном через 10 років, тут цифри більш базуються на термінах до 15 років. Дивіться, збільшення середньої тривалості життя, зменшення невідвортної смертності малюкової, материнської, інфарктів, інсультів, те про що говорила Ольга Вадимівна.

Можливо, це тільки тоді, коли є політична воля і злагоджена позиція Кабміну, міністерства, законотворчість Верховної Ради і, безумовно, підтримка громадського суспільства. Без цього це просто неможливо.

Я хочу сказати, що розбудова нової національної моделі охорони здоров'я розпочнеться тільки після прийняття законів і затвердження відповідних концепцій і стратегій.

Я вам дякую за увагу. Якщо потрібно, цю презентацію можна взяти, і впевнений, що іншого шляху в нас просто немає.

Дякую. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Олександрє.

Шановні колеги, зараз запрошую до слова голову комітету з питань медичного страхування Ліги страхових організацій України, головуєчу співголову Координаційної ради Платформи Національної стратегії охорони здоров'я України пані Тетяну Бутківську з доповіддю: "Стратегічні підходи до подолання кризи доступності і якості медичних послуг в умовах глибокої тінізації економіки охорони здоров'я (на основі Зasad стратегії національної системи охорони здоров'я України) ". Прошу вас дотримуватись регламенту – 5 хвилин.

БУТКІВСЬКА Т.В. Дякую.

Доброго дня, шановні колеги, для дотримання регламенту 5 хвилин я буду говорити про 5 тез - забезпечення доступності і якості медичних послуг в Україні і в продовження розмови, в продовження прекрасної доповіді Ольги Вадимівни і Олександра Костянтиновича продовжу прямо, почну з п'ятої тези. Для того, щоб закцентувати основну увагу на основних моментах таких, почну з п'ятої тези - створення Національної стратегії охорони здоров'я як державного документа - основи практичної реалізації трансформації системи охорони здоров'я, формування всіх компонентів системи за чітко визначеними стратегією правилами. В даному випадку я говорю про стратегію як системну модель розвитку охорони здоров'я України, те, про що вже говорив Олександр Костянтинович, продовження. Тільки таким шляхом ми можемо досягти результату.

Теза чотири. У всьому світі реалізації стратегій, будь-яких стратегій - бізнес-стратегій, державних стратегій як практична реалізація є створення платформи. Платформи в даному випадку Національної стратегії охорони здоров'я як відкритого майданчика для суспільного діалогу всіх зацікавлених сторін, яка створюється для формування і для розвитку національної системи охорони здоров'я.

Хочу довести до вашого відома і повідомити про те, що створена така Платформа Національної стратегії охорони здоров'я, вже створена. Підписаний Меморандум учасників, створена Координаційна рада, обрані співголови, визначені першочергові заходи роботи платформи. До цієї платформи першочергово підписали Меморандум Спілка промисловців і підприємців України, Національна академія медичних наук, Ліга страхових організацій України, Київське відділення Асоціації сприяння охороні здоров'я населення, яка започаткувала і зініціювала створення засад Національної стратегії охорони здоров'я.

Створена платформа ґрунтується, в основі цієї платформи є засади Національної стратегії охорони здоров'я, тому ми відкриті до співпраці, ми запрошуємо всі зацікавлені сторони, громадські організації, медичні асоціації, бізнес, інші організації, які зацікавлені в розвитку системи охорони здоров'я, в створенні її Національної стратегії, до співпраці.

Як бачимо, в результаті фрагментарна трансформація призводить до згубних наслідків і руйнування системи. Тому абсолютно очевидно, що платформа є тим інструментом, є тим майданчиком, який створить умови, дозволить нам об'єднатися навколо однієї мети - це подолання кризи в системі охорони здоров'я, створення чітко вироблених правил для однієї мети - формування і трансформація системи охорони здоров'я України.

Третя теза. Розробка і прийняття Національної стратегії охорони здоров'я дозволить створити умови для об'єднання фінансів (публічних, приватних, інших - про що сьогодні вже наголошувалося, концентрувалася увага), аналіз, моніторинг і оцінка всіх компонентів системи, реальне фінансування системи охорони здоров'я, легалізація витрат приватних ресурсів через впровадження медичного страхування, встановлення нормативів і обсягів бюджетного фінансування для забезпечення охорони здоров'я і універсального доступу до отримання якісних медичних послуг.

Хочу наголосити на тому, що всі ці питання супроводжують необхідність державного замовлення на щорічну національну доповідь про стан здоров'я населення України, на чому акцентувала увагу Ольга Вадимівна, відносно вимірів стану здоров'я населення і людського потенціалу нації, використання наявного наукового інтелектуального потенціалу для наукового обґрунтування і формування національної стратегії охорони здоров'я України.

Теза друга. Катастрофічний стан ресурсного забезпечення охорони здоров'я в частині фінансів. Як наслідок, недоступність медичних послуг населенню і відсутність цієї якості. Приведу приклад. 2017 рік – загальні витрати на охорону здоров'я склали близько 180 мільярдів гривень, це складає 6,9 відсотка валового внутрішнього продукту. Державні витрати – 87,5 відсотків, 3,7 – валового внутрішнього продукту. Витрати

домогосподарств, звертаю вашу увагу, 92,8 мільярди, 3,6 відсотків валового внутрішнього продукту плюс інші необліковані витрати, які, за нашими даними, складають близько 100 мільярдів гривень.

Всього близько 280 мільярдів гривень на сьогоднішній момент витрачається по суті на систему охорони здоров'я. Але у зв'язку з тим, що наша системна безсистемність, всі ці витрати домогосподарств, інші необліковані витрати не ідуть на розвиток системи охорони здоров'я, тому ми бачимо на сьогоднішній момент ту картину, про яку говорила Ольга Вадимівна, з людським потенціалом і станом в Україні системи охорони здоров'я. Висновки невтішні. Державні витрати зменшуються, витрати приватних ресурсів неорганізовані збільшуються. Як наслідок, депопуляція і катастрофічне збідніння населення України.

Приведу ще один приклад. 2003 рік. 7 мільярдів 728 мільйонів гривень - це витрати домогосподарств. 2016 рік, звертаю вашу увагу, 98,969 мільярдів гривень витрати домогосподарств. Тобто витрати, це офіційна статистика національних рахунків охорони здоров'я, у 12,8 разів, незважаючи на курсову різницю валютну, яка відбулась, це просто катастрофічний стан, покладення тягаря на громадянина України по витратам на охорону здоров'я населення.

Ще дві цифри. Для того, щоб ближче підійти до порівняльної характеристики, 2013 рік – 50 мільярдів і знову-таки дивимось 2016 рік – 98 мільярдів. Я чому не кажу зараз більш точно про 2017-2018 роки, бо в національних рахунках охорони здоров'я, де ми можемо бачити абсолютно чітку офіційну статистику, до сих пір немає даних для виміру і аналізу стану, який відбувається на сьогоднішній день в системі охорони здоров'я.

І теза перша. Низькі показники ефективності системи охорони здоров'я, і як наслідок, недопустимість і низька якість медичних послуг.

З 2010 року України немає в рейтингу рейтингового агентства "Bloomberg" знову ж таки через низькі показники з вимірів рейтингового агентства. Перша. Низька тривалість життя - 71,6 років. Державні витрати, звертаю вашу увагу, по показникам "Bloomberg", менше 1% на душу населення ВВП - вартість медичних послуг на душу населення 166,8 доларів США. Виходячи з цього, виникає, знову ж таки, необхідність, і повертаючись до тези 5-ї, створення національної стратегії. Без створення національної стратегії як комплексного, цілісного документу з усіма визначеними компонентами, які запрацюють і заграють комплексно в створенні системи охорони здоров'я, нам перемоги не бачити.

Тому я запрошую всі зацікавлені сторони до спільної роботи, до конкретних дій, участі у Платформі Національної стратегії охорони здоров'я для створення єдиного документу, по якому ми будемо, я дуже сподіваюся,

жити, працювати і творити нашу Україну задля підвищення людського потенціалу українців, задля здоров'я української нації.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Тетяно.

Шановні колеги, хочу сказати, що у нас з вами сьогодні такий невеликий сюрприз: у нас з вами є наш колега, який зараз перебуває разом з нами на "круглому столі", але фізично знаходиться в Празі, це експерт, міжнародний експерт з організації охорони здоров'я E-health, автор книги "Нова охорона здоров'я", доктор економічних наук пан Рустам Сунгатов. Я не знаю, чи ви можете побачити пана Рустама на екрані. Вітаємо вас.

І зараз надаємо слово пану Рустаму для доповіді. Є чи ще нема?

СУНГАТОВ Р. Можна, Ольга Вадимовна?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Да, Рустам, добрый день. Здравствуйте, мы вас слышим и видим.

СУНГАТОВ Р. Добрый день.

Шановні пані і панове, привітствую вас из Праги. Благодарю организаторов за приглашение на столь представительный форум. И разрешите поделиться некоторыми своими соображениями. Я надеюсь, вы меня хорошо слышите.

Я послушал докладчиков, очень глубокий, системный доклад Ольги Вадимовны. Безусловно, это системный, концептуальный подход, и у социально ориентированного государства, и демократического общества нет иной задачи, как добиваться благополучия своих граждан и здравоохранения. Безусловно, играет в этом огромную роль, в этом благополучии, и тема эта очень объемная, поэтому я позволю обратить внимание на только один технологический аспект и как он сочетается с социально-гуманитарным аспектом, главенствующим.

Как мы все знаем, чувствуем и участвуем, экономика вступает в новый технологический уклад, становится цифровой. Мы входим в период цифровой экономики. Это и новые возможности, и новые инструменты. И, безусловно, в этих реалиях мы можем дать здравоохранению новое дыхание и совершенно новые возможности. Однако надо понимать, что здесь мы сталкиваемся и с определенными заблуждениями. Первое – это то, что передовые технологии в цифровой экономике автоматически приведут к повышению эффективности медицины, а значит - улучшению оказания медицинской помощи. А второе – это то, что экономика становится

цифровой, значит, цель здравоохранения – оцифровка, чтобы вписаться в этот новый технологический уклад. Ну, а на самом деле это не так.

Если мы в автомобиль поместим более мощный мотор, это ведь не означает автоматически, что он поедет туда, куда надо. И безусловно, при введении новых технологий, при неверной модели здравоохранения может только усугубиться неравенство оказания медицинской помощи как по слоям и категориям населения, по территориям и по нозологии. И цель самого здравоохранения не что-то модернизировать, система здравоохранения, если дать здравоохранению на откуп решение своих задач, система будет заниматься тем же, чем занимается любая, абсолютно любая другая социальная система - это самовоспроизводство, желательно расширенное. Соответственно это задача всего государства и всего общества – модернизация здравоохранения, а не только Министерства здравоохранения или отдельных профессиональных категорий.

И вот здесь главенствующий вопрос, в том числе моих текущих исследований, какая должна быть модернизация в эпоху цифровой экономики, это частные реформы или глубокая трансформация? Здесь я позволю себе сказать одну ключевую принципиальную вещь: экономика как таковая, она состоит всего из трех составляющих - это организация, технологии и ресурсы. И если строили пирамиды, то вы понимаете, что человеческий ресурс был совершенно малозначимым, технологий не было никаких, была организация.

Далее мы пришли к тому, что в эпоху промышленной революции значимыми стали технологии, а соответственно потребовалось иметь соответствующий человеческий ресурс, подготовленный к работе с этими технологиями. Но вступая в эпоху цифровой экономики, уже человеческого ресурса недостаточно. Нам нужен человеческий капитал. А какая разница? Человеческий ресурс, как и любой ресурс, это то, что надо тратить и возобновлять. Человеческий капитал – это то, что надо сберегать и приумножать. И вот здесь мы обращаемся к здравоохранению.

Здравоохранение развивалось медленно. Это консервативная дисциплина. Но (*нерозбірливо*) человеческий ресурс с точки зрения экономики, государственности и системного подхода. То есть его надо было восстанавливать. Это делала клиническая медицина, диспансеризация, 100 лет просуществовавшая система, которую называют часто системой Семашко – первого наркома, молодого советского государства - 100 лет.

Но с сегодняшними вызовами: со сбережением человеческого потенциала, с его преумножением, с подходом именно как к человеческому капиталу, который является совокупностью не только потенциальных технических навыков, но и умений, образованности и состояния здоровья – с этим сегодня консервативная старая система уже не справляется. То есть

нужно новое здравоохранение, которое поставит во главу человека, в данном случае пациента.

Но обратите внимание, используется слово "пациентоцентричность", но понятие должно быть гораздо более широким – пациентоориентированность. Не просто поставить пациента в центр системы и собирать всю доступную информацию о пациенте, а сориентировать систему на привнесение блага для этого конкретного человека, конкретного пациента.

Здесь, безусловно, мы сталкиваемся в первую очередь с ресурсным обеспечением. И, конечно, мы понимаем, что от каких-то развитых стран мы можем отличаться на порядок. Но прямой корреляции, прямой зависимости между ресурсным обеспечением и качеством здравоохранения ведь не наблюдается. Вы все опытные, очень много видите, много ездите, много изучаете материалов. И можно видеть, что государства с ресурсным обеспечением не самым высшим добиваются зачастую более качественных результатов.

Здесь я хочу обратить внимание еще на один важнейший, важнейший аспект финансового ресурсного обеспечения. Приходится слышать, что если мы здравоохранение коммерциализуем, то, посчитав все в деньгах, мы создадим конкурентное поле, которое нас автоматически приведет к повышению качества здравоохранения. Вот здесь еще один важнейший научный момент, научный аспект. В отличие от производственных дисциплин здравоохранение как отрасль не приходит в конкурентном поле автоматически к конкуренции за качество. Более того, конкуренция за качество наступает последним в здравоохранении, если вообще наступает. Это лоббинг, борьба за ресурсы, борьба за клиента, в данном случае пациент для здравоохранения становится клиентом – в случае коммерциализации. И причина в этом та, что дисциплина здравоохранения, будучи социальной, не является линейно описываемой. В здравоохранении нет четкого определения продукта. А как сказал Питер Друкер "то, что не можем измерить, тем мы не можем управлять". То есть, соответственно, поскольку пациент не может экспериментальным путем, не может сравнительным путем выбрать действительно лучший продукт, конкуренция по качеству не наступает.

Поэтому ни в коем случае, так же, как от того, что нельзя от цифровизации здравоохранения автоматически ожидать каких-то принципиальных качественных изменений, нельзя того же ожидать и от коммерциализации. То есть не делится по определению хорошая или плохая модель финансирования здравоохранения, бюджетная или страховая, или комбинированная, или софинансирование, скандинавская модель, австралийская модель, я уж не говорю о "Бисмарковской" и "Бевериджской" - классических. То есть вопрос в комплексном, абсолютно системном подходе,

и нужна концепция стратегическая, плод разработки всех активных участников медицинского пространства, а не только организации Министерства здравоохранения.

И в этом плане, конечно же, очень приятно видеть столь представительную аудиторию, которая объединяет различные сферы и различных участников общества. И могу еще раз поблагодарить за то, что разрешили мне высказаться. В столь коротком выступлении я не могу себе позволить коснуться более предметных явлений, таких как функциональные системы, то есть организация, например, амбулаторного звена по модели клиник шаговой доступности. Огромная отдельная тема - это корпоративное здравоохранение и его интеграция с государственной системой. Очень важными являются функциональные системы, такие как распределенная модель сбора и дистрибуции медицинской информации и организации диспетчеризации заключений и многое-многое другое.

Конкретные примеры приводила Ольга Вадимовна, они крайне важны, особенно когда являются элементами глубокого комплексного подхода и взгляда, который конкретно прописывает развитие нашей отрасли, нашей дисциплины в горизонте не 2-5, а 10-20 лет. И безусловно, это станет важнейшим фактором для перелома и демократической ситуации, и подъема благосостояния государства в целом.

Разрешите вот так кратенько закончить. Спасибо большое за внимание.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Спасибо, Рустам Шамилевич.

Я думаю, что многие услышали для себя интересные тезисы в вашем докладе. И самое главное, я думаю, что всем нам нужно вынести, есть очень большая надежда на E-health, всех. Я специально на русский язык перешла, чтобы Рустам Шамилевич, как бы, мог нас хорошо понять. То есть мы думаем о том, что это какая-то панацея. На самом деле, это просто инструмент – инструмент для того, чтобы улучшить сервис. Он никак сам по себе, ни E-health, не приведет ни к улучшению качества, ни к улучшению стандартов, ни к уменьшению смертности. А к анализу больших массивов данных приведет, если эти данные введены правильно.

Сколько денег нужно тратить на E-health? Должны ли это быть сотни миллионов и миллиарды? Нужно принимать для каждой страны, что реально нам это дает. Если бесплатный рецепт и электронный рецепт – конечно. Если это реестры медицинских препаратов, если это e-реестры пациентов, очень важно поступательно, правильно идти вперед и потом не переделывать, не лепить из восьми реестров один, а из одного потом еще восемь, потому что если нет общей концепции, общего видения, это сделать очень-очень сложно.

Давайте мы аплодисментами поблагодарим нашего гостя. *(Оплески)*

І зараз для продовження доповіді, у нас невелика зміна відбулася, зараз надаю слово пану Костянтину Надутому, уповноваженому Координатору Української Медичної Експертної Спільноти з доповіддю "Управління охороною здоров'я: гегемонія і домінація чи використання суспільних потенціалів?" І після цього пан Ігор Шкробанець.

Будь ласка, пане Костянтине. І прошу дотримуватись регламенту.

НАДУТИЙ К.О. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановні народні депутати! Шановні колеги! Все, що ми сьогодні тут говоримо, по суті стосується ефективного управління охороною здоров'я, адже риба, як відомо, гниє з голови. Ще у 2014 році в тісній взаємодії з суспільством ми розробили наше бачення, концепцію нової Національної системи охорони здоров'я. Це чотири роки вже. А в цьому документі в першу чергу окреслили іншу модель управління як державно-громадську. Що це таке? Це означає слідування новій парадигмі управління. Світова криза ресурсів, інформатизація, зіткнення лівих соціальних поглядів з ліберальними - все це зумовлює неадекватність, архаїчність домінуючих стосунків, необхідність максимального розкриття палітри суспільних потенціалів. Якщо прагнемо стати частиною динамічного прогресуючого світу, формули "я начальник - ти дурак", "начальник завжди правий" мають відійти в минуле разом з домінацією у всіх її проявах.

Колеги, прошу слайди. Перепрошую. По цьому слайду ми пройшли. Наступний. Дивіться, сьогоднішня реформа, на жаль, демонструє протилежний абсолютно вектор. Навіть перший суттєвий крок - створення закупівельної агенції (НСЗУ) чітко вказує на прагнення абсолютної домінації в полі невизначеності, бо ігноруються важливі складові цілісної системи управління охороною здоров'я. Такий собі "мішок з грошима", який діє класично: "Сам п'ю, сам гуляю, сам стелюся, сам лягаю". Все сам. Що може бути краще, колеги кажуть.

Модель управління, яка формується зараз, радше нагадує тоталітарну, ніж погляд у майбутнє. Якщо забути про адекватне фінансування і матеріально-технічне забезпечення, НСЗУ крутіша за Держплан СРСР, якщо хтось пам'ятає, що це таке було. Натомість погляньте на цей слайд. Це та модель, яку ми запрограмували в тих законопроектах, які вже зареєстровані у Верховній Раді. Якщо синім кольором виділені державні повноваження, а іншими різними кольорами виділені повноваження інших інституцій, це і громадськість, і медичне самоврядування чи лікарське самоврядування і так далі, і так далі, на схемі показані не всі гравці, але одразу видно, що кожен має свою місію, відповідає за властиві йому повноваження. Схему можна безкінечно вдосконалювати, це лише бачення. Однак це вектор вперед, а не туди, куди нас намагаються скерувати.

Що нам заважає піти цим шляхом? Ну почав пан Олександр Толстанов, продовжила пані Бутківська, сказали, що ми маємо напрацювання, Україна має давні напрацювання, бачення і документи, в яких це бачення детально прописано. Звертаю увагу, проекти документів для реформи суттєво старші за нинішню реформу. Отже, не треба нам закидати на критиканство, це відвертий наклеп чи пропаганда. Уряд і нинішня каденція очільництва МОЗ таврували всіх інакодумців ворогами реформи. Однак нинішні впровадження це лише шахрайські поцуплені та непрофесійно спотворені, бо це важливо, що воно нагадує те, що ми робили до цього, і нагадує доказовий менеджмент, але не є ним насправді, фрагменти більш ранніх національних напрацювань. З огляду на зазначене, відповідь на питання, хто є ворогом реформи і України, ще попереду.

Важливою складовою нової моделі управління є використання потенціалу лікарства. Українське лікарство прагне доєднатись до європейської сім'ї вільних професійних спільнот. Європейський суд ще в 2001 році визначив 41 ліберальну професію, серед яких лікарі, медсестри і провізори. Це професії, де чиновникам робити абсолютно нічого. Не може чиновник та і навіть юрист розсудити питання, які потребують професійної оцінки.

Натомість, що пропонує нам МОЗ і його лобісти, зверніть увагу, пропонується зміцнення чиновницької диктатури, впровадження інструментів, керованої МОЗ, фільтрації рядів професіоналів. Ця нечесна гра з найвними просувається під гаслом звільнення від рабства. Зауважте, уряд України єдиний в світі, кругом у світі визнають, що кадрів не вистачає медичних, єдиний в світі уряд український визнає, що у нас, в Україні, надлишок медичних кадрів і прагне зменшити і робить все у всякий спосіб.

В ЄС в середньому 32-33 лікарі на 10 тисяч населення, в нас вже 28. Ситуація стрімко погіршується та просто витискає кадри назовні. Найрозумніші та найперспективніші добре розуміють, що реальні умови для професійної свободи, для розкриття потенціалу сьогодні існують системно лише за межами України. Наша відповідь на це – лікарське самоврядування, європейський вектор.

Що ми можемо сказати? Рік тому було важко зорієнтуватись чітко, чого вартий Закон про фінансові гарантії медичного обслуговування, але те, що відбувається тут і сьогодні, зокрема в кадровій політиці, вже, як кажуть, шибаче в ніс. Важливо зрозуміти: відсутність лікарського самоврядування може дорого обійтись не тільки лікарям, а й кожному пацієнту і державі.

Вже з високих трибун звучать ідеї – лікар повинен боятись пацієнта. Напевно, багато хто бачив цей виступ. І це буде добре, коли лікар буде боятись пацієнта. Уявіть собі такі стосунки: там, де між лікарем і пацієнтами стають юристи, їх піклування оплатить кожна зі сторін і держава в цілому. Як

показує зокрема американський досвід, де це найбільш виражено, це нічого абсолютно не дає, крім непомірних цін на медицину.

Потенціал лікарської спільноти як складової системи управління охорони здоров'я досі не розкритий. Однак, якщо ми обрали європейський вектор, до цього треба цілеспрямовано іти.

Сьогодні чути багато нарікань на те, що Майдан начебто нічого не дав. Так, у нас у всіх є претензії до нашого особистого вибору, в мене особисто теж до свого "так", який ми зробили на п'янкій хвилі свободи, але ніщо не марно. Сьогодні ми значно краще усвідомлюємо, хто є хто, хто ми самі. Ми навчились домовлятися і діяти скоординовано. Радий констатувати: перший крок у необхідному напрямі зроблений. Законопроект про управління змінами в охороні здоров'я зареєстрований у Верховній Раді України. Цей законопроект є підсумком декількох стратегічних сесій представників кількох різних експертних українських спільнот. Він розкриває можливість усім доєднатися до побудови національної системи охорони здоров'я на основі спільної мети і цілей. За нас цього ніхто не зробить. Діємо спільно і здобудемо.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Костянтин.

Будь ласка, пан Ігор Шкробанець. "Політика охорони здоров'я за напрямками: медичне обслуговування, кадрова політика, інформатизація. Що відбувається і що потребує негайної корекції. Погляд менеджера". Доктор медичних наук.

Будь ласка, пане Ігорю.

ШКРОБАНЕЦЬ І. Дякую.

(Початок без мікрофону) Важлива і дуже актуальна конференція, зустріч і за ту тему, яку запропонували мені висвітлити, що відбувається, що потребує негайної корекції, погляд менеджера. Часу мало, тому тезисно, що відбувається, що потребує корекції, якщо говорити, багато що можна критикувати, дорікати.

Впровадження реформи в первинці абсолютно не корелює зміни на вторинці і не враховує стану третинки, може дискредитувати, в принципі, ідею запровадження сімейної медицини в такому форматі. Та і подумайте, які слова використовують певні апаратчики Мінздраву – "капітаційний спосіб фінансування", кажучи українською мовою "поголівний", коли у нас люди були "поголів'ям". Ну, це емоція.

Інше дорікання, про яке можна говорити, це дорікання щодо міжнародних закупівель. Чомусь не стало краще з забезпеченням ліків, і ці бідні люди онкохворі у віддалених регіонах не мають надії на ліки.

Ще можна критикувати кадрову політику. В деяких областях вже забезпеченість лікарями 40%.

Ще можна критикувати. E-health – це важливий інструмент для того, щоб ми відійшли від радянського планового бюджетного методу фінансування на закупівлю медичних послуг, але впровадження недосконалої, фрагментарної E-health дискредитує цей механізм. Але ще раз кажу, це не критика і не критиканство, це хвилювання людини, чиє життя пройшло, як і багатьох присутніх в залі, в реформі. 30 років, як я закінчив інститут, впроваджував сімейну медицину, будучи доцентом педіатрії в минулому столітті, потім начальником облздраву закривав номерні лікарні, зараз в академії продовжую розраховувати вартість медичних послуг в пілоті Національної академії.

І тому я хочу говорити більш комплексно про те, з чого нам почала голова комітету, все-таки системно. Яка ж мета реформи? Мета – це збільшення здорового працездатного населення країни шляхом формування належної профілактичної системи в країні та розвитку доступної медичної допомоги. От мета реформи.

Хибна мета реформи охорони здоров'я - це економія бюджетних коштів. Чому вона хибна? Та тому, що якщо ми економимо бюджетні кошти на профілактиці, на лікуванні, ми втрачаємо працездатних платників податків, те, що було в доповіді Ольги Вадимівни про смертність серед населення працездатного віку, яке є бюджетоутворюючим. Збільшення числа хворих та інвалідів - це збільшення соціальних навантажень, соціальних видатків. Але все придумано до вас. Якщо говорити, Всесвітня організація охорони здоров'я, здійснюючи моніторинг будівництва елементів системи охорони здоров'я країн світу, визначає наявність у країні офіційної національної політики стратегії у галузі охорони здоров'я, що відповідає державним потребам і пріоритетам, є ключовим показником оцінки державної системи управління охороною здоров'я.

Тобто ми говоримо про те, що має бути не реформа заради реформи, фрагментарна, розірвана, а має бути державна політика, стратегія і план, який створений на науковому... Наступний слайд, будь ласка. Наступний. Назад.

Нам потрібна офіційна національна стратегія та програма в галузі охорони здоров'я, що відповідають державним потребам та пріоритетам, що створена на наукових засадах програмно-цільового методу. Чомусь ми забуваємо цей метод - програмно-цільовий, науково обґрунтований, за яким створений морський флот Сполучених Штатів на початку минулого століття, за яким створено ГОЕРЛО, який визначає мету, а мета - здоров'я нації, який

визначає і ресурси, які треба задіяти, який визначає порядок і план реалізації. Наступний слайд, будь ласка.

Стратегія повинна будуватись на чіткому розумінні проблем сьогодення, тобто те, що прозвучало в доповіді Ольги Вадимівни, які проблеми зі здоров'ям нації, що нас чекає, що нас чекає, якщо ми будемо змінювати і впроваджувати стратегію реформ охорони здоров'я, що нас чекає, якщо ми цього не будемо робити. Нам потрібна достовірна інформація щодо наявних та таких, що використовуються кадрових, матеріально-технічних та технологічних, фінансових ресурсів в охороні здоров'я. Наступний слайд.

Стратегія повинна декларувати мету щодо досягнення за певний проміжок часу конкретних науково обґрунтованих показників здоров'я населення та демографічної ситуації та визначати зрозумілий та концептуальний план досягнення зазначеної мети в ході реформи. Тобто має містити вісь: ціль, програма, план, а далі - реалізація плану. Наступний слайд, будь ласка.

Дякуючи за увагу, я хочу подякувати словами вимоги створення та прийняття на національному рівні програмно-цільового, науково обґрунтованого документа. Я впевнений, що може приклястись до того, щоб цей документ був науково обґрунтований, Національна академія медичних наук - в її реформуванні, в задіянні її потенціалу, тому що цей документ має бути не політичний, цей документ має бути трансчасовий, коли сьогодні науковці, медики, громадськість відпрацюють документ, який приймуть політики, який має слугувати народу України десятиліттями. Тільки тоді ми будемо бачити перспективу, і ця перспектива не буде залежати від політичних змін в країні. Сьогодні є воля, воля тих, хто працює в галузі, воля пацієнтів. І я бачу політиків в цій залі, які теж розуміють і бажають цих змін. Тому має бути державне замовлення на наукове розроблення цієї програми, її погодження з політиками і прийняття на національному рівні як документу на роки: на п'ятирічку, на дві п'ятирічки – хоч це і застаріле, але тільки так і можна.

Наступний слайд, будь ласка. І в цьому плані сьогодні прозвучало, що створена платформа "Національної стратегії охорони здоров'я", цю платформу створили Український союз промисловців, профспілки, експерти в галузі охорони здоров'я і наша Національна академія наук України. Я впевнений, що ця платформа відкрита для співпраці. І я би хотів запросити в тому числі і політиків для участі в цій платформі для того, щоб не політично, але науково-обґрунтовано просувати ті ідеї, які звучать сьогодні з ваших уст на цьому "круглому столі".

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Ігорю.

Запрошую до слова пана Андрія Гука – лікар-нейрохірург, завідувач відділення ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії Інституту нейрохірургії імені академіка Ромоданова: "Національний контекст і найкращі світові практики: копіювати й наздоганяти чи робити своє?"

Пане Андрію, будь ласка.

ГУК А.П. Шановні колеги, дійсно радий бачити. І хочу подякувати за те, що організували такий "круглий стіл". Тому що я багатьох в цій залі особисто знаю, з багатьма з ними ми працювали, починаючи від Революції Помаранчевої і Революції Гідності. І з жахом весь час я тепер дивлюся, що пройшло 5 років. 5 років від того моменту, коли ми все-таки вирішили спільними зусиллями будувати систему охорони здоров'я, можливо, яка примітивно була в тому числі зображена на Майдані. Якщо ви пам'ятаєте, де дійсно необхідна допомога - домедична, медична, а потім і спеціалізована - отримувалася в тому об'ємі, в якому потрібно було для кожного, хто цього потребував.

Коли мені починають розповідати про те, що все іде по плану. Працюючи якраз на тій ділянці, де може похвалитися Україна, це небагато таких спеціальностей, в тому числі яку я представляю, це нейрохірургія. Ми досягнули значних успіхів, слава Богу, ми дійшли до того, що вже до нас починають приїжджати, особливо ті, хто раніше їздили до нашого східного сусіда.

Пройшовши безліч стажувань в багатьох країнах, які пов'язані були як безпосередньо з нейрохірургією, так і з менеджментом нейрохірургії, оскільки я є один з керівників середньої ланки, хочу сказати, що крім нас ніхто нам не допоможе. Ми самі повинні усвідомити, і попередні доповіді мені дуже допомогли, що у нас не так.

І якщо ми говоримо про те, що ми хочемо бути там, в цих країнах, які є в по індексу людського розвитку. Ви бачите, хто? Нас там нема. Більше того, ми відкотилися, це 2017 рік. А де Україна, як ви думаєте? А Україна, на жаль, зовсім не там, де нам хотілося бути. І тому цей інтегративний показник, який характеризує розвиток.

На жаль, в мене змішані відчуття. Почувши чудові доповіді, ми розуміємо всю трагічність цієї ситуації, ми розуміємо, наскільки ми не можемо зупинитись в наших обговореннях. І, нарешті, буквально декілька днів тому, я з радістю побачив, що все-таки таке рішення політичне прийнято, є відповідний законопроект, який може зрушити це питання з мертвої точки.

Що я маю на увазі? Коли ми почали говорити про успішні системи охорони здоров'я, знаєте, я більше 35 країн відвідав, і в тому числі глибоко ознайомившись з цими системами, є декілька складових, на яких я не можу не зупинитись для того, щоб зрозуміти, в якому контексті ми далі повинні працювати. Так от, якщо ми кажемо про успішні системи охорони здоров'я, це ті системи, які мають чітку організаційну систему, я не знаю як практикуючий лікар, яка чітка організаційна система в нашій охороні здоров'я. Вибачте, концептуального документу до цього часу немає.

Яким чином здійснюється фінансування? Все те, що відбувається, це дійсно далеке від тієї моделі, про яку ми говоримо, і взагалі може бути для людини, для того, щоб забезпечити.

Про кваліфіковані кадри сьогодні було багато сказано, теж дозвольте мені не коментувати. Про сучасні технології теж. Наступне. І тому про дієву систему забезпечення якості медичної допомоги, ви знаєте, без неї ми взагалі не кажемо, що в нас цивілізована система охорони здоров'я, і сьогодні про це ми теж почуємо. І що нам з цим всім робити?

Тому, не повторюючи те, що було сказано попередніми, я хочу сказати, що з 1991 року систематизовано є ці напрацювання, які в нас зроблені. Я не можу сказати, який з п'яти президентів України або урядів не приділяв увагу, але хочу відверто вам сказати як лікар і як людина, як член багатодітної сім'ї, хочу сказати, що жодного разу в пріоритеті охорона здоров'я не стояла. Не стоїть вона, на жаль, і зараз по певним причинам, які я не буду коментувати в цій залі.

І тому оцей тягар всіх невирішених проблем нас весь час підштовхує до того, що давайте візьмемо якусь одну модель успішної країни, ми чомусь весь час зупиняємось на Великій Британії, і запропонуємо вирішення наших проблем через контекст цієї моделі. Не працює по багатьом причинам, тому що немає врахування як національного контексту, так і реального стану економіки.

Наступний. На жаль, два уряди поспіль на наші намагання, крім того, що я працюю в офіційній системі охорони здоров'я, ви знаєте, що я є один з громадянських активістів, але такого визначення у нас в законодавстві немає, ми звертались з безліччю запитів до урядів. Жоден уряд, два уряди в нас було після Революції гідності, не визнав те, що без чіткого стратегічного планування, без чітких концептуальних підходів до реформи охорони здоров'я і без ресурсного забезпечення, я не люблю це слово, але повторюю, без чіткої дорожньої карти бути успішними, особливо в реформі охорони здоров'я, неможливо.

Наступний. Тому те, що на цьому слайді, я не буду коментувати. В нас є дві концепції, в нас є закон, вони не вирішують абсолютно нічого в площині практичній, тому що, на жаль, при неадекватному ресурсному

забезпеченні, катастрофічному дефіциті медичних кадрів і неможливості залучення приватних інвестицій, а практично їх неможливо зараз залучити в державний сектор, нам годі думати про наступний успіх.

Наступний. Сьогодні вже прозвучало, я хотів би наголосити, що найважливіше з того, до чого ми йдемо, це людський капітал. На жаль, Україна не отримує вигоду від свого людського капіталу, це отримують інші країни, які знаходяться поруч з нами. І ви це знаєте, це одна з найбільших проблем сучасної України на найближчі роки, тому що масовий відтік медичних працівників, я думаю, що з цим всі погоджуються, тому що неможливість адекватно оцінити ресурси із забезпечення і можливості охорони здоров'я. Чи у нас був проведений хоч раз на державному рівні аудит системи охорони здоров'я, по якому ми б знали, які, скільки публічних, скільки приватних ресурсів? Все, на жаль, робиться тільки через соціологічні дослідження. І такі інструменти є, і у ВООЗ є такі інструменти, але вони, на жаль, поки що не використані.

Я не знаю, я не вірю, що ми можемо об'єктивно оцінити якість медичної допомоги, оскільки такого інструменту на національному рівні у нас поки що немає. І нарешті найстрашніше. Я буду завершувати. Це зневіра медиків і населення у можливість успішності реформи. Не вірять ні мої пацієнти, не вірять ні мої підлеглі, не вірять наші медичні працівники молодшого рангу в те, що це можливо. І наше з вами завдання через ці 6 компонентів, які нам говорить ВООЗ, через цей підхід стратегічний, який запропонований у відповідному законопроекті, ми можемо змінити ситуацію. Але ми стоїмо перед чітко нашим професійним вибором: нам чекати вказівок наших "старших товарищей" знову і бути не суб'єктом, мати колоніальний статус без перспективи, відтворювати чужий досвід? Чи бути завжди безнадійно відсталими? Тому що те, що зроблено в Британії і те, що ми зараз впроваджуємо як приклад, вже давно трансформувалося в зовсім інше. Ми весь час будемо доганяти. Чи все-таки бути самими собою, самоідентичними, самодостатніми і будувати майбутнє через спільне бачення? Це наш вибір. Я хочу, щоб ми з вами свідомо про це знали.

І чіткі пропозиції, які в тому числі є і в нашому зверненні: нам потрібна сучасна концепція і стратегія розвитку системи охорони здоров'я, нам потрібне сучасне лікарське самоврядування, яке вже є на законодавчому рівні. Нам, я вважаю, що треба дуже серйозно поставити питання про обов'язкове медичне страхування, тому що так, як сказав Толстанов, це дійсно один із пускових механізмів, я не кажу про те, що ми не використовуємо вже існуючі потенціали медичного туризму в Україну. І в нас є понад 1200 регуляторних документів в системі охорони здоров'я. Можливо, навіть більше, достеменно їх ніхто не рахував, і кодексу або узагальнення того, яким чином регламентується лікарська діяльність, в Україні немає. І от все це нам треба врахувати при доопрацюванні.

І я всім раджу подивитися на цей слайд. Я – командний гравець. Можливо, представляю таку спеціальність, можливо, я разом з багатьма пережив Майдан. Ви знаєте, без команди ми б нічого не досягнули. У нас буде диригент і у нас є диригент, у нас є комітет, я перепрошую, у нас парламентсько-президентська республіка по Конституції. Ми маємо "перші скрипки", ми їх знаємо. У нас є і ті, хто там за кулісами, є ті, хто в залі. Я хочу вас попросити, щоб ви пам'ятали про те, що якщо ми цього не зробимо, і повертаюся до своєї тези, ніхто нас не врятує. Тому закликаю вас думати кожен день про це.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Андрію.

Запрошую до слова пані Олесю Дацко – члена громадської ради при Львівській облдержадміністрації з доповіддю: "У що нам обходиться реформа за відсутності національної політики охорони здоров'я".

Пані Олеся, я вас попереджу за одну хвилину до 5-хвилинного ліміту. Дякую.

ДАЦКО О. Дякую.

Шановні панове, дуже дякую за можливість озвучити результати наукових досліджень, напевно, не одного науковця зі Львова – це раз.

Друге. Напевно, я трошки в іншому форматі подам інформацію, бо ви всі говорите як професіонали-медики, а я би хотіла це висвітлити як економіст – раз, як громадянин – два, як громадський діяч – три.

Наступний слайд, будь ласка. По-перше, що собою являє система охорони здоров'я в моєму розумінні як громадянина? Це процес суспільного відтворення. І зрозуміло, що люди відтворюються, і ключову роль в забезпеченні цього відтворення має саме система охорони здоров'я, яка не може бути винятково ринком. Тобто це є соціальна функція держави, яка не може комерціалізуватися на сто відсотків.

Далі. Міжнародні пакти про соціальні, економічні, культурні права чітко гарантують право людини на медичну допомогу.

Далі. Відповідно Закон України "Про Основи законодавства про охорону здоров'я" також чітко каже, що це право є непорушним.

Далі. Будь ласка, наступний слайд. Конституція взагалі гарантує не лише право, але й те, що держава має забезпечити мережу закладів охорони здоров'я, яка не може бути скорочена. Тобто держава не має покладатися на приватні структури, а каже: "Є така мережа. Хочете – користуйтеся, хочете

додатково, будь ласка". Але те, що гарантує держава, воно має бути непорушним.

Далі. Тобто гарантованим є право на медичну допомогу, а не медичну послугу. І юридично це різні поняття.

Наступне. Як же ж має виглядати концепція реформи, на моє переконання? По-перше, є право на медичну допомогу. Держава має визначити зміст цього права, тобто яким чином вона гарантує цю медичну допомогу, і має встановити стандарт захисту. Після того робиться аналіз, а чому існуюча система не дозволяє захистити ці права на належному рівні, і тільки після цього можна аналізувати, які ж зміни потрібно зробити.

Чи так відбувається в Україні? Я, аналізуючи цю систему вже багато років, скажу однозначно: "Ні". І зараз поясню чому. До речі, дуже тривіальні речі, про які більшість з нас, можливо, навіть не догадуються.

Наступне. Ну, по-перше, ми вимираємо, не буду на цьому зупинятися.

Далі. Тобто це вже показники. Рівень захворюваності. Якщо аналізувати, як же ж хворіють люди, я взяла один показник з Держстату. Вперше зареєстрованих хвороб за 2017 рік 26,6 мільйона. Це означає, що принаймні більше половини населення, принаймні раз на рік чимось хворіло. Чим, яким чином тих людей захищати, тобто зберігати їм життя? Ми ж говоримо про життя людей.

Наступне. Що ми маємо в реформі? Мене як громадянина цікавить, якщо людина реалізовує реформу, які її повноваження і обов'язки? Майже 3 роки у нас є виконувач обов'язків Міністра охорони здоров'я. Або призначити міністра – хай виконує. Або заберіть і призначте іншого міністра. Мусить бути персональна відповідальність за вчинені дії. Хто її несе? Далі, будь ласка. Згідно чинного законодавства за місяць виконуючий обов'язки має бути або призначений на посаду або звільнений і призначений інший. Хто несе відповідальність за те, що відбувається в державі в системі охорони здоров'я? Реально, чи можна вимагати відповідальності від людини, яка не має права виконувати навіть посадові обов'язки?

Ми всі кажемо: "Держава нам все фінансує. Ой, яка у нас охорона здоров'я". Система національного рахівництва - майже 52% фінансують люди! У нас на сьогодні люди свою охорону здоров'я фінансують більше, як на половину самі.

Наступне. Звичайно, населення має пріоритетом здоров'я. Далі. Так само, якщо би у них були вільні кошти, майже половина населення каже, що вони би витрачали їх на лікування. Тобто це підтверджує, що коштів на лікування в більшості немає.

Наступне. Величезна частка, 82% людей зверталися, власне, до комунальних закладів і державних установ охорони здоров'я. Далі. Так само

при опитуванні, знову ж таки кажу, ця статистика, вона дуже часто є прикрашена, з досвіду знаю, так от майже 30% населення України засвідчило, що вони не змогли отримати належну допомогу медичну з різних обставин.

Наступне. І заклади охорони здоров'я. Якщо ми прослідкуємо, як же ж скоротилася саме мережа закладів охорони здоров'я, ми бачимо, що вона скоротилася з 90-х років більше ніж в два рази. Але, наступний слайд, Конституція каже, що ця мережа не може скорочуватися. Хто нестиме відповідальність за скорочення цієї мережі?

Далі. Крім того, Конституція гарантує, що конституційні права і свободи не можуть бути звужені. Держава може тільки розширити й доповнити їх, звужити не може. То хто посягнув на ці конституційні права і свободи?

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. У вас хвилина до завершення.

ДАЦКО О. Добре.

Знову ж таки, послуга, а не допомога пропонується.

Так от, ми переходимо, "споживчий кошик" – це базовий стандарт права на життя. І в ньому є закладено певні медичні складові. Наступне. Ось вони. Тобто там валідол, якісь таблетки, але реально немає жодної послуги медичної, які гарантує держава в "споживчому кошику", щоб людина вижила. Крім того, далі, цей "споживчий кошик" скасований судом і визнаний неконституційним і незаконним. І зобов'язано, в тому числі МОЗ, переглянути вже двічі: у 2016-у, другий раз в 2018 році – переглянути набір товарів і послуг, які гарантується громадянину. 8 місяців не виконано рішення суду за скасування цього "споживчого кошику", на основі якого розраховуються всі соціальні стандарти, прийнятий бюджет. Скажіть, як таке можливо в правовій державі?

Наступне. Тобто фактично ми маємо на сьогодні, держава має встановити відповідні стандарти. У нас немає навіть стандарту права на життя, яке би гарантувало відповідний перелік. Про які інші стандарти медичні ми можемо говорити? Відповідно їх далі теж немає.

Наступне. Крім того, які причини неефективності з тих, що ми аналізували, існуючої системи охорони здоров'я, яка була. Це неефективність управління ресурсами і корупція.

Далі. Чи є аналіз, як використовувалися ресурси? Якщо третина бюджету медицини часом виділялася на "Феофанію", про яку ефективність ми можемо говорити?

Наступний. Крім того, хочу наголосити, це дуже важливо. На сьогодні масово в межах реформи перетворюють комунальні установи, заклади на підприємства. Власне, згідно Конституції, заклади не можуть скорочувати, перетворення є скороченням. Але це тягне за собою не лише видатки організаційні і економічні на заміну печаток, цього ніхто не рахує, але це є скороченням закладів охорони здоров'я і загрозою соціальної безпеці держави, бо, власне, підприємства можуть банкрутувати, установи - ні. І приклади банкрутств уже в Україні є.

Наступний. Далі. А ось боротьба з корупцією. Ну ви маєте, це роздруковане, це просто сміх курям, а не боротьба з корупцією в державі. Далі. Крім того, більшість лікарів переводять, власне, на систему ФОПів, які крім того, що мають лікувати там 2 тисячі пацієнтів, наприклад, мусять отримувати довідки від пожежників і так далі. Вони не мають цим займатися, вони мають надавати допомогу.

Далі. Крім того, якщо ми візьмемо Господарський кодекс, він чітко зазначає право суб'єкта підприємницької діяльності обрати собі споживача, хоча в договорах с ФОПами-лікарями міністерство підписує ніби, що вони не мають права вибору, юридично можна довести, що мають право. Фактично згідно Господарського кодексу лікар, який є ФОПом, має право відмовитися надавати послугу пацієнту, бо він є вільний у виборі своїх пацієнтів.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Завершуйте, будь ласка.

ДАЦКО О. Жалюгідні зарплати лікарів. Далі. І фактично ми сьогодні маємо ситуацію, коли здоров'я нації стає предметом торгу, коли ми маємо демографічну кризу, жакливі захворювання і так далі. Наступний. Фактично сьогодні оце перетворення ставить, немає соціально-економічного обґрунтування необхідності таких перетворень, а так само їх наслідків, як це покращило захист права на медичну допомогу. А ніяк! Наступний. Фактично ніхто не контролює (те, що говорилося), відсутній аудит того, що відбувається, які соціально-економічні обґрунтування, економічні розрахунки і оцінка ефективності захисту права на медичну допомогу. Цього, на жаль, немає.

Наступний. Фактично я хочу наголосити, що якщо немає 440 мільйонів для ракових хворих, у Львові Міністерство спорту виділило мільярд на побудову спорткомплексу. Яким чином це допомагає захисту прав? Реально якщо проаналізувати, що у нас відбувається на сьогодні, це має ознаку так званого "бункерного менталітету": охорона здоров'я окремо, економіка окремо, спорт окремо. Мусить бути комплексний підхід.

І дійсно, у нас кожна четверта реклама - реклама алкоголю або тютюну. У нас відсутня профілактика. Запровадження публічно-приватних

партнерств без запровадження системи страхування медичного - на сьогодні це ставить просто під загрозу виживання більшості населення. Але наголошу на найосновнішому: відсутність стандартів в системі захисту права на медичну допомогу фактично ставить все, що далі робиться, в площину беззаконня. Тому починати треба з базових прав, базових стандартів, і тільки тоді це буде реформа.

Дякую.

(Оплески)

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Шановні колеги! Я дуже розумію, що всім вам болять, тільки хочу, щоб ви мене зрозуміли: у нас є перелік наших доповідачів сьогодні і є обмежений час, який ми можемо бути присутні в цій залі. Кожен з вас, хто перебирає замість 5 хвилин 10 хвилин, ви позбавляєте можливості слова виступити вашого побратима, колегу, який іде далі по списку.

Тому ще раз нагадую, всі ви були попереджені про те, що потрібно вкласти всі ваші думки і найголовніше - ваші пропозиції до резолюції "круглого столу". Це є найважливіше. Витратити 2 хвилини на донесення ключового меседжа і 3 хвилини на те, що ви хочете, щоб було внесено в резолюцію цього "круглого столу", яка буде донесена до виконавчої влади, до міжнародних партнерів, до Всесвітньої організації охорони здоров'я.

І ще раз наголошую, для захисту докторської дисертації дається 15 хвилин. У вас сьогодні 5 хвилин, це означає 10 слайдів. Будь ласка, хронометруйте час, бо в мене немає можливості відключати мікрофони, на жаль.

Ми переходимо до нашого наступного блоку - реформа в деталях (первинна медична допомога, екстрена, високоспеціалізована, військова медицина, стоматологія). Зараз надаю 5 хвилин пані Ларисі Матюсі – президенту Української асоціації сімейної медицини з темою: "Лікар загальної практики-сімейний лікар та групова лікарська практика в центрах ПМСД – основа національної системи первинної медичної допомоги в Україні". Будь ласка.

МАТЮХА Л.Ф. Дякую, шановна пані Ольго. Кожен в нашій системі має свою місію, має свою місію і первинна медична допомога, про яку говорять вже багато років, що начебто їй дуже добре, а насправді ми бачимо, що відбуваються якісь такі процеси, незрозумілі ні нам, ні пацієнтам, коли руйнується справді і те, що було негативним і на, жаль, руйнуються підвалини, які ми досягли в позитиві.

Я хочу сказати, що сімейна медицина одна з небагатьох, яка має свою філософію – це первинна допомога на засадах сімейної медицини, яка включає доступність, холістичний підхід і залучення пацієнтів, тобто пацієнту орієнтований на допомогу. Отже, на жаль, зараз цього ми не бачимо, тому що втратилась стаття 35-прим. Основ законодавства, де первинну допомогу, виявляється, можуть надавати і терапевти, і педіатри, і лікарі будь-якої спеціальності. Отже, пропозиція – повернути цю статтю, тому що як ні яка дисципліна, наша дисципліна є доказовою на міжнародному рівні і приводячи це раніше, ми вивчали міжнародний досвід в багатьох країнах світу.

Далі, будь ласка, наступний меседж – кадри. Хтось має виконувати цю філософію. Отже, кадри. На сьогоднішній день відсутні планування з 2015 року, вочевидь треба це повернути. При навантаженні 1200-1500, як було раніше, село і місто, ми мали до 2030 року навчити 27 тисяч сімейних лікарів. На сьогоднішній день вони всі працюють по "потолку", набирають, лікарів не вистачає, лікарі не плануються. Приходять інтерни, ніхто не знає, куди їх поставити, тому що кошти на це не виділяються і ми не знаємо, скільки прийде інтернів на наступний рік. В цей рік прийшло в три рази менше.

Отже, ми бачимо, в інших країнах світу 50 відсотків складають лікарі первинної ланки, в Нігерії – 17, у нас в два рази менше на сьогоднішній день, при тридцятирічному впровадженні первинної допомоги.

Важливе питання, хто має працювати на первинці: сімейний лікар чи терапевт-педіатр і так далі. Якщо ви подивитесь на цей слайд, то ви бачите, що сімейний лікар може скерувати на другий рівень медичної допомоги значно менше пацієнтів, тому що він навчений педіатрії, терапії і для діагностики вузьким спеціальностям. Отже 80% ми можемо взяти на себе і більше, до 90 беруть інші країни, тільки тоді, коли правильно буде стратегічно це обговорено і коли ми введемо назад цю 35 статтю, яка дасть можливість саме сімейній медицині впроваджуватись, як в інших країнах світу, як це було доведено доказовим менеджментом.

Далі. Наступний месидж, який теж треба внести в резолюцію. У нас вектор помінявся: в 50-60-і роки за кордоном працювали лікарі-одиначки, які зрозуміли, що це шлях в нікуди – вони професійно вигорають, і потрібно створювати центри. Там створено центри, там працюють великі колективи, по 200-250 тисяч. Отже подивіться, які це країни: в Британії, в Бельгії, в Голландії – високорозвинені країни.

Ми теж пішли по цьому шляху, вивчивши їх досвід, але на сьогоднішній день, виявляється, нам потрібні ФОПи. У нас була міжнародна конференція, приїжджали мої інтерни, які вже працюють, і два із них уже ФОПи. Вони кажуть: "Ми задихаємося! Ми працюємо 24/7. Отже, де у нас КЗоТ і інші речі?"

Крім того...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Хвилина до завершення.

МАТЮХА Л.Ф. Намагання досягти декларацій приводить до того, що іде не колегіальність між лікарями – і це неправильно. Має бути конкурента, але колегіальність.

Наступний момент. Погіршилась доступність – 7 кілометрів. Це теж погано. І оці всі речі я прошу внести як основні такі постулати до для нас: кадрове питання і питання дійсно об'єднаних групових практик. Бо ці групові практики фінансово більш стійкі і можуть забезпечувати безперервність, оті 24 плюс 7, про які зараз дуже багато говорять.

Вітаю всіх зі Святим Миколаєм, який має прийти до всіх! І щоб поклав вам під подушку щось цікаве і, нарешті, стратегію охорони здоров'я.
(*Оплески*)

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Ларисо.

Я на одному з форумів зустрілася з сімейними лікарями, які підійшли дуже стурбовані і кажуть: "Ох, якщо зміниться керівництво, чи ви не будете ламати реформу? Бо ми вже стільки інвестували, стільки зробили!" Я кажу, не бійтеся. Первинна ланка на сьогоднішній день, вона, якщо можна так сказати, найбільш захищена. Тому що найменш захищені – це пацієнти! Тому що лікарю з первинної ланки нема куди відправити пацієнта: ні до онколога, ні до нейрохірурга, ні до ортопеда. І всі вони, на жаль, будуть чекати у сімейного лікаря безкоштовного паліативу перед смертю. І це наше завдання - змінити цю ситуацію.

Але що мені сказали лікарі? Я кажу: "Ну що, скільки ви приймаєте на день?" Каже: "60-70 людей". Вигорання – це недобре. Але чи спроможний сімейний лікар під кінець свого прийому вже адекватно проводити диференційну діагностику? Вже ні, не спроможний. Яка буде ця діагностика, розуміємо. На жаль, в даному випадку кількість в якість абсолютно не переводить, а навпаки, абсолютно інші включаються процеси.

Дякую, пані Ларисо, і в першу чергу за пунктуальність. Ви єдина, хто сьогодні медаль отримаєте за повагу до регламенту і політичну культуру.

(*Загальна дискусія*)

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Безперечно, ні. Знаєте, це я правильні стимули даю.

Запрошую до слова пані Наталю Стахову – член Всеукраїнської асоціації працівників екстреної (швидкої) медичної допомоги та медицини катастроф. Будь ласка, вам 5 хвилин.

СТАХОВА Н. Доброго всім дня! Дуже дякую за те, що мене запросили. Окрім того, що я є в асоціації, я ще якраз в Українській медичній експертній спільноті. І якраз сьогодні після добового чергування, тому знаю не на словах, а на ділі, як це важко зараз працювати з тою реформою, яка зараз запроваджена, на жаль, не нами.

Що я хочу сказати? Очільники міністерства зараз розказують про те, що почалася реформа, що вони починають реформу екстреної медичної допомоги. Але вони, мабуть, забули про те, що реформу екстреної медичної допомоги починали тут присутні люди, які розробляли це все. Вона почала працювати з 2012 року, коли вступив в силу Закон про екстрену медичну допомогу, за яким почали створюватися об'єднані диспетчерські служби по всіх регіонах, коли почалися закупівлі автомобілів в усіх регіонах, коли почалося обладнання і оснащення, і піднялася заробітна плата за рахунок надбавок, які були запроваджені в даному законі.

Але з приходом наших "реформаторів" (в лапках), скажемо так, які не хотіли почути нас, професіоналів з екстреної медичної допомоги або інших з медичної спільноти, вони почали свою реформу. Нагадаю тільки те, що в минулому році в кінці жовтня вони видалили з класифікатора професію фельдшера. Тобто людина, яка працювала все життя фельдшером, вона з 1 листопада не могла отримувати взагалі ніякі гроші, тому що в класифікаторі її немає. Тобто люди, які працюють в міністерстві, взагалі не розуміють, що вони роблять там.

Далі. Знову ж таки, ми постійно нагадуємо про те, що фельдшер уже існує більше 180 років, а кийська швидка працює вже більше 115 років, рятує. А слово "парамедик" з'явилося в Сполучених Штатах Америки лише в 70-х роках. І чомусь ми хочемо, вірніше, вони хочуть впроваджувати парамедичну цю систему.

У минулому році було засідання і моніторинг Всесвітньої охорони здоров'я, я якраз теж була залучена до цієї комісії, яка прийняла рішення про те, що у нас на даний момент в Україні найкраща ситуація з усієї медичної галузі, тому що у нас працює цілодобова безкоштовна професійна, відбувається надання медичної допомоги. На жаль, знову ж таки, працівники міністерства не почули і не хочуть це чути. Знову ж таки, за рейтингом соціопитувань 67% населення довіряє лікарям швидкої допомоги, це з усієї медичної галузі. Відповідно ж, мабуть, населення краще знає, що йому треба.

Далі. Ми пропонуємо, щоб продовжувати далі виконувати Закон про екстрену медичну допомогу, все-таки зробити так, щоб піднялась якимось чином заробітна плата. Тому що іде досить великий відтік професіоналів.

Так, ми можемо піти всі у приватні фірми, це зрозуміло, але вибачте, будь ласка, в нас більшість населення, яке не зможе викликати потім за гроші приватну структуру. Пропонуємо, щоб все-таки законодавство, яке є, коли одна бригада на 10 тисяч населення, щоб воно все-таки виконувалось. Зараз, на жаль, вона по всій Україні іде в межах 0,3-0,5, не більше, немає людей.

На наші всі пропозиції в міністерство про те, що треба фінансування, а не впроваджувати парамедиків, вони не чують. Тобто я так розумію, що в нас в міністерстві єдина проблема для екстреної медичної допомоги це парамедики і все, будуть всі питання вирішені.

Восени виходила Київська область зі своїми автомобілями, це автомобілі, які ще працюють з 80-х-90-х років. Але це не тільки Київська область, це по всіх регіонах, де немає фінансування. Заробітна плата, оснащення настільки на низькому рівні, що необхідно туди лише фінансування. Але чомусь вони вважають, що парамедики важливіше і саме головне – це вирішити всі питання.

Ще хочу сказати про те, що виключно народ України вправі визначати, якою повинна бути національна система охорони здоров'я. Ми за реформу, ми теж хочемо пройти ці всі курси, ми теж хочемо підняти наш професійний, скажемо так, статус, але ж ми повинні враховувати те, що реформа повинна бути для людей і для медичних працівників, а не лише для того, щоб поставити галочку.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Завершуйте, будь ласка, 30 секунд.

СТАХОВА Н. Закінчую. Вони включили 5 пілотних варіантів для впровадження реформи. Вибачте, будь ласка, вони взяли ті регіони, де вже працюють, де є машини, де є об'єднані диспетчерські служби, де повністю все є, а вони потім тільки для галочки поставлять про те, що вони зробили цю реформу.

Вони кажуть про телемедицину, то телемедицина працює в Києві більше 30 років, передається ЕКГ і передається повністю вся інформація. Я була двічі в АТО, спеціально брала кардіографи з функцією телеметрії, була в Луганській зоні АТО і в Донецькій. Я передавала в Київ, і лікар бачив ці кардіограми. Тому розумієте, все воно в нас є, лише треба його трошки підтримати.

І хочу сказати про те, що здорові українці, здорова нація і могутня Україна – оце наш девіз. Але я так розумію, що зараз у наших очільників міністерства зовсім інше, на жаль.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Розділяємо і підтримуємо вашу позицію (*Оплески*).

Хочу сказати, що те, що відбувається зараз з заміщенням лікарів і фельдшерів на парамедиків, воно пов'язано з тим, що після відкриття кордонів України є чітке очікування і міжнародних, і українських теперішніх очільників, що медики мають масово виїжджати за кордон, і вони готуються до того, що не буде кого посадити в "швидку" і ніхто не буде мати бажання взагалі там працювати. Тому будуть парамедики, які мають деякі навички для того, щоб довести людину до лікарні.

На жаль, таке проходило і відбувалось в інших країнах, і навантаження на приймальні відділення цих лікарень, воно неймовірне, і очікування в чергах неймовірне, і немає в нас такої кількості лікарень, які зможуть прийняти в Києві тисячу викликів на добу, а викликів у нас близько двох тисяч тільки в Києві. Тому те, що вони роблять, для них абсолютно чітко і зрозуміло, але це не те, що нам зовсім потрібно, тому що те, що робиться, воно йде всупереч насправді потребам українців. Дякую.

Наступне слово. Будь ласка, запрошую заступника начальника Української військово-медичної академії (з клінічної роботи), полковника медичної служби, доктора медичних наук, професора Всеволода Стеблюка з доповіддю "Стратегія побудови національної системи охорони здоров'я в контексті національної безпеки України".

СТЕБЛЮК В.В. Дякую, Ольго Вадимівно.

Ну щоб продовжити тему парамедиків, у нас "реформатори" дісталися вже й до військової медицини, зокрема людей, які на собі винесли весь тягар 14-го і 15-го року, переатестовували так звані, значить, "фахівці". І декілька фраз, щоб розважити, декілька фраз з атестаційних: "Як хірург він, може, й нічого, але як парамедик - повний нуль". Це серйозно! При атестації! "Навіщо нам анестезіолог в бойовій медицині, якщо можна парамедику дати наркотики? Він все зробить". На що було сказано: "Якщо парамедику цьому дамо наркотики, там уже й хірург не потрібен".

Я буду коротко. На сьогодні прийнята воєнно-медична доктрина. На жаль, вона прийнята не та, над якою ми працювали з 14-го року, і не враховано багато положень. Тому я вважаю що ми сьогоднішнім рішенням повинні винести якимось чином на затвердження, на впровадження наступних моментів.

Перше. Створення реального, а не декларативного єдиного медичного простору цивільної та військової ланок медицини.

Формування мережі територіальних госпітальних баз не на папері, а за принципом: кожен лікувальний заклад на випадок бойових дій чи

надзвичайних ситуацій соціального, техногенного чи природного характеру стає етапом медичної евакуації з визначеними силами, засобами та обсягом медичної допомоги.

Друге. Формування медичного мобілізаційного резерву шляхом оптимізації існуючої системи професійної підготовки, починаючи від оволодіння навичками домедичної допомоги тактичної медицини для всіх до створення можливостей військово-медичного вишколу під час обов'язкових для всіх медичних працівників зборів резервістів.

Створення нових мобільних медичних формувань, здатних розгортатись у стаціонарних територіальних госпітальних базах чи польових умовах на засадах кадрованих військових частин територіальної оборони.

Забезпечення стратегічних резервів засобів надання медичної допомоги, матеріально-технічного, медикаментозного та трансфузійного забезпечення та реєстру евакуаційного транспорту.

Для всіх військовослужбовців сил безпеки та оборони впровадження державного медичного страхування в обсязі, що дозволить використовувати високотехнологічні методи лікування та реабілітації.

Мені було надзвичайно соромно на конференції НАТО, коли запитали наших керівників, чи розповсюджується загальномедичне страхування на військовослужбовців, чи можуть вони користуватись загальномедичним страхуванням. Сказати, що у нас такого взагалі немає - чесно, було соромно.

Наступне, я вважаю, дуже важливе, захист майбутнього. Впровадження системи кріоконсервації банків гамет для військовослужбовців та правоохоронців за державний кошт. Цією війною ми втрачаємо, втратили близько 10 тисяч військовослужбовців різних структур, а це ненароджені сотні, тисячі дітей. І тому саме таке забезпечення, воно має стати гарантією збереження генофонду нації, так само як створення генетичної ідентифікації військовослужбовців шляхом забору та зберігання клітин крові, щоб у нас не було проблем, як повернути потім наших хлопців додому. Знайти, ідентифікувати і повернути.

Ну і на останнє – це реалізація оперативних цілей та завдань, визначених стратегічним оборонним бюлетенем. Існує такий бюлетень, затверджений він на РНБО і указом Президента. Але, на жаль, дуже багато там є як волонтаристських рішень, так і тих, які неможливо вирішити за відсутності фахівців. Тому ми повинні разом дбати про нашу безпеку, безпеку держави, адже питання здорового народу – це в першу чергу питання державної безпеки.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Оце військова дисципліна: на 30 секунд передчасно завершено. Дякую, пане Всеволоде. Повністю погоджуюсь з усіма вашими тезами, особливо щодо тієї військово-медичної доктрини, яка завершена і яка, власне, не посилює нашу державу поки що на сьогоднішній день. Але все в наших силах. І ми це обов'язково будемо змінювати.

Хочу сказати, що охорона здоров'я і ІТ-технології – це дві галузі, які неможливо от просто взяти і реформувати, тому що вони постійно мають змінюватися. Реформа охорони здоров'я має завжди змінюватись так, щоб вона відповідала щоденно тим потребам людей, які змінюються.

Зараз до виступу запрошую лідера Громадської Платформи Сходи в Майбутнє, координатора проекту ПРО S VITA, кандидата медичних наук пана Ігоря Найдю з доповіддю: "Ціннісно-цільовий та компетентнісний підходи – важливі складові ділової досконалості та управління змінами".

Пане Ігорю, будь ласка.

НАЙДА І.В. Дякую.

Доброго дня, вельмишановні добродії! Мені дуже, з одного боку, легко, тому що про те, що я хотів би говорити, вже сьогодні не раз було сказано. З іншого боку сумно. Чому? Тому що хоч ми і говоримо сьогодні про ті речі, які нас поєднали, і я дуже дякую всім, бо квінтесенцією того, що я сьогодні буду говорити, воно саме є квінтесенцією того, що ми робили всі як інтелектуальні волонтери. Я хочу, щоб ми зрозуміли: інтелектуальні волонтери. Це не менше, ніж ті герої, які гинули на полі брані, захищаючи Україну. Це поєднані речі. Я би хотів, щоб сьогодні наше волонтерство через заяву і не тільки і не стільки через заяву, а через більш конкретні дії, які стосуються (наступний слайд, якщо можливо)... Моя доповідь, ви бачите: "Ціннісно-цільові і компетентнісні підходи як основа ділової досконалості і управління змінами".

Я хотів би сказати, що все, що тут сказано, на цьому слайді, всі знають, це не потребує доведення. І це є практикою українських організацій, і громадських, і підприємницьких, і державницьких на різному рівні. На превеликий жаль, воно ще не стало практикою центральних органів управління України і зокрема Міністерства охорони здоров'я, про що, я більш ніж переконаний, потім колеги, які мають за мною слово, вони це скажуть більш детально. А саме, чи є та місія, чи є принципи і цінності в діяльності, чи є ті люди, керівники, які сповідують, насамперед, цю місію і цінності, і принципи і чи вони спілкуються так з персоналом. А ще, я сказав би, найкраще, що сьогодні звучало, це людським капіталом, а ще вище – це з талантами, з українськими талантами, які тут присутні, які за вашою спиною є, які у всіх куточках України, але чи вони сьогодні задіяні до цього процесу? На превеликий жаль, ні.

Наступний слайд, будь ласка. Тому, коли мова іде про ділову досконалість, і там бачите першою такою характерною рисою ділової досконалості є саме, я буквально зачитаю, лідерство через бачення, натхнення та чесність, я наголошую, лідерство через бачення, натхнення і чесність і те, що сьогодні говорили: бачення, натхнення і чесність. Натхнення в них є, тільки, напевно, на зовсім іншу місію, на зовсім інші цілі. І це нас сьогодні об'єднує, більшою мірою, бо тут присутні люди, і переважна більшість, якщо не 95 відсотків громадян України, хочуть жити іншими принципами, іншими цінностями.

Так само управління змінами це є, як сьогодні вже говорили, технологічна складова і людська складова. Без єдності, без їхньої енергії це не буде ніякого кроку вперед. Наступний слайд, будь ласка. І саме в цьому полягає ціннісно-цільовий підхід і компетентність, де ми хочемо рухатись саме тими кроками, які сьогодні не один раз вже звучали. І вони звучали сьогодні не тому, що хотілось про це сказати, а тому, що це кожною людиною, яка це говорила, вже пережито і зроблено на кожній ділянці її роботи, а не просто так прийшов і поговорив, закінчив, підійшов до влади, влада для того, щоб, вибачте, з чогось мати іншого, з того, що вони хочуть мати.

Ми маємо зупинитись на тому, щоб наше партнерство суспільних спільнот, які об'єднують різні сфери українського життя, що є найвищим мистецтвом політики, об'єднати наші зусилля, щоб спрямувати їх на те, щоб підготувати людей, здатних це зробити, про що ми наголошуємо. Саме на це налаштовані всі наші спільноти, з якими я маю честь працювати, які напрацювали і концепцію, і засади стратегії, і зараз працюють над центральною стратегією, в яку входять різноманітні форми спілкування між собою.

Перед нами стоїть більш вагоме завдання, перед нами стоїть завдання, як те, що говорилося вже знову сьогодні, прийняття закону, який поданий законопроект, щоб це було впроваджено на рівні державної суспільної політики і це було дієвим інструментом для подальших кроків, а не неефективних дій, тому що вони не мають логічного взаємозв'язку, тому що вони не мають тих конкретних цілей, тому що ці цілі не кореспондуються з інтересами кожного з тут присутніх і більшості громадян України. І ці цілі не відповідають інтересам світової спільноти, яка нам допомагає.

Завершуючи, скажу, що наше завдання сьогодні полягає в тому, щоб дані підходи перетворити в життя, зробити їх реальністю. Тому я не просто закликаю, а готовий спільно з вами на професійному рівні формувати реальні команди змін, починаючи з верхнього рівня до самого низового рівня, який у спільній єдності зможе це все зреалізувати. І з сьогоднішнього дня нам пора перейти до реального втілення через національну лікарську раду, через інші всеукраїнські спільноти, тому що влада сьогодні цим не буде опікуватись, ця

влада, що сьогодні, вона не є тією, що може здійснити прорив, який ми хочемо спільно з вами зробити.

Дякую за увагу

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Ігорю. *(Оплески)*

Запрошую до слова президента Української асоціації досконалості та якості, віце-президента УСПП, члена громадських рад при Мінекономрозвитку та Нацдержслужбі, кандидата технічних наук pana Петра Калиту - "Системний менеджмент і досконалість - фундаментальна проблема всіх сфер життєдіяльності України".

Будь ласка, Пане Петре.

КАЛИТА П.Я. Дякую.

Шановні учасники зібрання! Мабуть, я перший не медик серед виступаючих. Але тема мого виступу безпосередньо стосується охорони здоров'я і всіх інших галузей існування нашої країни. Принциповою системною проблемою України є недосконалий менеджмент і низька ділова культура в цілому у переважній більшості її організацій. І це одна із ключових причин того, що Україна має валовий національний дохід на душу населення до 30 разів менший ніж у розвинених країнах, а також низький рівень і тривалість життя. Але це також інтегральна характеристика якості та ефективності управління країною. Показовою є оцінка державного управління європейськими експертами за програмою "Сігма". В Україні жодні інструменти чи методи не застосовуються в управлінні і забезпеченні якості, а уряд не сприяє поширенню управління якістю в державному управлінні. Як наслідок - відповідний індикатор оцінено в нуль балів.

Чим відрізняються розвинені країни і що в них є таке, що не враховано в Україні? Перш за все, це високий рівень ділової культури і досконала організація, яка базується на системному менеджменті. В той же час українська влада несповна зрозуміла особливості насиченої економіки та її відмінності від економіки дефіцитної, невірно зорієнтувала суспільство. Увага переважної частини суспільства зорієнтована на продукцію і послуги та їх якість, в той час як на насичених ринках основна увага приділяється системному менеджменту, бо тут переваги забезпечуються не продукцією чи послугами, а саме системним менеджментом. Як говорять, головне - не руки, а мозок. І переважна більшість українських керівників неадекватно розуміють і застосовують систему менеджменту, зокрема систему менеджменту якості. Через такі непорозуміння майбутнє України будується на хисткому фундаменті.

Громадська експертиза та моніторинг органів виконавчої влади, зокрема Міністерства охорони здоров'я, продемонстрували, що незважаючи на деякі позитивні тенденції переважна більшість керівників і фахівців взагалі не поінформована і не розуміє, що відбувається у світі і в Україні у сфері системного менеджменту і досконалості, навіщо їм потрібно вдосконалюватися самим та сприяти удосконаленню організацій, які належать до сфер їх управління.

Незадовільний стан в Україні у сфері якості і досконалості у великій мірі пов'язаний з недопрацюванням з боку Мінекономрозвитку та Нацдержслужби. Керівництво Нацдержслужби взагалі відсторонилося від проблеми досконалості в державній службі України, не відображає політики і стратегії розвитку державної служби, а також не сприяє удосконаленню вітчизняних органів влади та місцевих органів самоврядування. Як результат Україна має суттєві проблеми досконалості в органах влади, які нехтують питаннями якості і ефективності у своїй роботі та не відображають їх в політиках, стратегіях та інших основоположних документах. І навіть реформування держслужби відбувається без урахування питань досконалості і системного менеджменту.

У свою чергу Мінекономрозвитку не приділяє належної уваги проблемам досконалості в економіці України та не відображає їх в політиках і стратегіях розвитку економіки, не сприяє вдосконаленню вітчизняних підприємств та організацій на засадах менеджменту. Це призвело до того, що переважна більшість вітчизняних організацій, в тому числі і в системі охорони здоров'я, неадекватно розуміють процеси, які відбуваються в цій сфері. Як результат, низька конкурентоспроможність української економіки, постачання небезпечної продукції і послуг, порушення прав споживачів, висока собівартість та низька продуктивність, проблеми з наповненням держбюджету тощо.

Ще однією визначальною причиною незадовільного стану є дефіцит фахівців сучасного системного менеджменту і досконалості, які змогли би стати провідниками нової ділової культури в українському суспільстві, але вища школа, на жаль, ще не готує таких фахівців. Треба визнати, що в Україні вже почались процеси переосмислення проблем в зазначеній сфері, але вони ще дуже повільні і суттєво відстають від викликів часу.

Що пропонується до резолюції?

Перше. Внести зміни до законів України про Кабінет Міністрів і органи виконавчої влади, якими передбачити їх відповідальність за удосконалення власної діяльності та сприяння в цьому організаціям, які входять до сфери їх управління, а також зобов'язати їх відображати питання вдосконалення в політиках, в стратегіях та в інших основоположних документах державотворення і економіки.

Друге. Створити компетентну і повноважну робочу групу, якій доручити всебічно розібратись у проблемі та доповісти про результати Верховній Раді України, а також Президентові і уряду України.

Третє. Питання про відзначену проблему та шляхи її розв'язання заслухати у Верховній Раді України окремо.

Дякую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. (*Оплески*)

Запрошую до слова члена Української асоціації досконалості і якості, експерта нагороди за досконалість пана Тараса Калиту - "Якість управління в МОЗ України (за підсумками Громадського аудиту)". Будь ласка.

КАЛИТА Т.П. Дякую.

Коротко про основне. В цьому роцідесь у липні, вересні я особисто, зокрема спільно з Українською асоціацією сприяння охорони здоров'я населення, зокрема з Найдою Ігорем Володимировичем, згідно з Законом України про інформацію далі провели громадську експертизу діяльності Міністерства охорони здоров'я України в частині управління якістю процесів і послуг.

Відповідні механізми передбачені зараз українським законодавством, коли представники громадських організацій можуть звернутись до державної структури з запитом щодо певної інформації, провести експертизу і після цього висновки мають бути оприлюднені і мають бути розглянуті керівництвом відповідного органу державної влади.

Зразу скажу, що я не є спеціалістом в охороні здоров'я, тому я не кажу про зміст, стратегії, реформи і так далі, але в будь-якому випадку для того, щоб будь-яка стратегія, яку б там не писали, щоб вона нормально реалізувалась, в основі, в фундаменті має бути нормальна регулярна система управління, врешті-решт, починаючи з системи управління тими сотнями людей, які зараз працюють в центральному апараті міністерства, і через яких реалізується всі ці ідеї, стратегії, перетворюються в конкретні речі, які ідуть потім в регіони для лікарів і так далі, і система управління в межах галузі в цілому.

Щоб довго не говорити, звичайно, проблеми є схожі в усіх, майже в усіх органах влади, але з висновків експертизи, що керівництво і керівники, фахівці МОЗ не усвідомлюють повною мірою відповідальність за якість результатів роботи і задоволеність своїх споживачів, не займаються належним чином удосконаленням системи управління, зокрема системи управління якістю, не збирають і не аналізують системним чином інформацію про результативність роботи міністерства і якість результатів його роботи, не приймають системні рішення про удосконалення, зокрема не

приділяють належної уваги підвищенню своєї кваліфікації, власне, і кваліфікації інших своїх людей у сфері системного менеджменту і так далі, так далі.

Тобто, дійсно, висновок такий, що можна написати, напружитися там спільними зусиллями, найкращу стратегію, але реально ні механізмів, ні людей, які б змогли цю стратегію привести в конкретні регулярні процеси, дії, моніторинг, аналіз і так далі, зараз, м'яко кажучи, дуже складно. І особливо, звичайно, це важливо, коли, як би там не було, знову-таки, як оцінювати зміст? Але зараз, коли великі зміни задекларовані чи впроваджуються, змінюються і так далі, і так далі, чудово зрозуміло, що, скажемо так, цей колосальний проект, колосальної складності, і система управління цим проектом повинна бути на топовому рівні. Це і питання його моніторингу, бо теж чудово зрозуміло, яка б стратегія не була написана, і в тому числі силами тут присутніх, неможливо написати стратегії, яка би з самого початку була б абсолютно точною і правильною і враховувала б всі обставини реального життя.

Тому питання моніторингу їх впровадження, питання проблем, які виникають в роботі, питання дуже швидкого реагування на ці проблеми, причому зверніть увагу на звичайний моніторинг і через моніторинг показники статистики і так далі, і так далі. Але воно категорично не може замінити просто той факт, що повинні зараз люди, які керують цими змінами, не вилазити з регіонів, щотижнево, щоденно зустрічатися з конкретними лікарями, з тими людьми, які бачать, як це іде, і не чекаючи, поки це прийде у вигляді узагальненого звіту, бачити, де щось іде не так, де виникають якісь проблеми, де виникають якісь складності, навіть те, що звучало, де змушені приймати 60-70 пацієнтів за добу і відповідно не в стані забезпечити нормальну якість незалежно від усього іншого. І дуже швидко реагувати, дуже швидко переписувати, дуже швидко змінювати, якщо треба нормативні знаходити якісь рішення і так далі, і так далі.

По суті зрозуміло, в період, коли іде така реформа, це повинен бути режим постійного мозкового штурму, постійного моніторингу, постійної дуже швидкої реакції на будь-які проблеми, постійно дуже серйозної комунікації з усіма зацікавленими сторонами. Те, чого, на жаль, зараз, відчуття, зовсім дійсно немає, це зокрема теж було чітко видно в ході й експертизи, в принципі, по суті, коли будь-які спроби звернути увагу на проблеми, найчастіше сприймаються як спроби, там, завалити реформу агресивно, негативно і так далі, без спроби дійсно розібратися, чому ж така ситуація.

Ну і загальний висновок зрозумілий, що звичайно треба визначати стратегію, треба визначати місію, показники і так далі, і так далі. Але одночасно треба створювати ту систему управління, для початку, мабуть, в межах апарату хоча б міністерства, з подальшим поширенням, яка була б

ефективною, гнучкою, орієнтованою на якість кінцевого результату і яка б дійсно допомогла цю реформу створити. Інакше, в чому я впевнений, будь-яка реформа може залишитися красивим документом зверху. В якому вигляді воно дійде до конкретного лікаря і до конкретного пацієнта, зараз, на жаль, передбачити дуже і дуже складно.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Дякую, пане Петре, пане Тарасе. Я дякую вашій Асоціації за долучення до спільної роботи.

Ще раз хочу зазначити, що якщо оцінкою, кількісним показником оцінки ефективності реформи є збільшення тривалості життя людей і зменшення смертності в конкретний рік від конкретних хвороб, а це означає якісна, своєчасна і доступна медична допомога, тоді можна говорити про реформу. Все інше - це, на жаль, антинародні реформи, які не сприяють досягненню нашої головної мети, а зрозуміло, що ми всі з вами, тут немає, я не вірю, що є людина, яка може не підтримувати реформу системи охорони здоров'я, бо наше життя, кожної людини, залежить від того, як у нас працює система охорони здоров'я. І це може бути тільки абсолютно людина, яка хоче своє життя завершити скоріше, може виступати проти. Але реформа має бути якісна, за якісну, своєчасну і доступну медичну допомогу.

І весь світ продемонстрував те, що введення загальнообов'язкового державного медичного страхування, воно працює в Японії, працює в Молдові, працює в Австрії, працює в Польщі, в інших країнах. Чому б нам не розуміти їх позитивний досвід і чому не робити свої правильні висновки?

Дякую. Ми переходимо до нашого наступного блоку, власне, "Безперервний професійний розвиток лікарів та професійне самоврядування".

І зараз запрошую до слова президента Асоціації стоматологів України, доктора медичних наук, професора пані Ірину Мазур з доповіддю "Безперервний професійний розвиток лікарів: до національної моделі на основі партнерства академічної освіти і професійного самоврядування".

МАЗУР І.П. Вельмишановна Ольго Вадимівно! Вельмишановний Олегу Степановичу! Вельмишановні колеги! Так, дійсно, сьогодні якість надання медичної допомоги залежить від професійної підготовки лікаря-стоматолога. Це є і в глобальних цілях сталого розвитку, це є і в завданнях нашої країни. Сьогодні є програма, яка затверджена в Україні, а саме: прийняття Закону "Про професійну освіту", де має чітко бути вказано, яким чином буде готуватись сьогодні лікар-стоматолог.

Щодо безперервного професійного розвитку. Дуже активно йдуть дискусії у медичній спільноті, яким він має бути - обов'язковим, не обов'язковим. Хочу представити вам дані організації європейської, яка

показує, що переважна більшість європейських країн має обов'язкову систему безперервного професійного розвитку, який контролює як і лікарське самоврядування, так і Міністерство охорони здоров'я. Хто є головними провайдерами? Акредитовані національними регулюючими органами, державними організаціями.

І також має бути організована акредитація педагогів. Сьогодні Україна вступила до вельми поважної організації, яка називається Постійний комітет з охорони здоров'я при Європейському парламенті. І це саме фотографія, яким чином відбувалось голосування за вступ України в цю організацію. І ми також маємо перебудувувати цю систему післядипломної освіти і безперервного професійного розвитку.

На сьогоднішній день є Закон України, у відповідності до якого професійне навчання фінансується саме тим, у кого працює даний лікар. Якщо в Радянському Союзі, в Україні у нас були комунальні поліклініки, то і держава створила відповідну структуру – Національна медична академія післядипломної освіти, де могли підвищувати свій рівень кваліфікації лікарі-стоматологи. І сьогодні роботодавець має фінансувати безперервний професійний розвиток.

На сьогоднішній день, у відповідності до статистики Міністерства охорони здоров'я, в Україні працюють 159 тисяч лікарів, лікарів різних спеціальностей і забезпеченість становить 37,8 на 10 відсотків населення. Разом з тим ми знаємо, що є положення яке запропоноване Кабінетом Міністрів, про систему безперервного професійного розвитку фахівців у сфері охорони здоров'я.

На чому б хотілось акцентувати вашу увагу? Це процес фінансування безперервного професійного розвитку. Подивіться, у відповідності до 484 наказу лікар мав набрати за 5 років 80 балів. Якщо ми орієнтуємось на вартість, яку надає Національна медична академія післядипломної освіти, то загалом за 5 років за свій безперервний професійний розвиток лікар мав би заплатити 80 тисяч, або він або держава, якщо він працює в комунальній клініці. Але разом з тим сьогодні в нас, у відповідності до проекту концепції професійного ліцензування лікарів, ми маємо набирати протягом року 50 балів.

Тому до вашої уваги я хотіла би звернути, якщо в нас 159 тисяч лікарів і середня вартість підготовки буде складати 10 тисяч на рік, то подивіться, 1,5 мільярди гривень на рік. І в мене питання - а хто буде оплачувати цей безперервний професійний розвиток: лікар, або держава, або роботодавець? Сьогодні приватні клініки не фінансують підвищення кваліфікації своїх лікарів і/або це ляже тягарем все ж таки на пацієнтів.

Тому на сьогоднішній день наша пропозиція щодо формування безперервного професійного розвитку. Є Закон України про освіту, де є

формальна, неформальна, інформальна самоосвіта. На сьогоднішній день заклади післядипломної освіти, які є, вони несформовані. На сьогоднішній день вони мають працювати в галузі формальної освіти згідно затверджених навчальних планів та програм, резидентура, спеціалізація, стажування тощо та видачею дипломів певного зразку. Якщо сьогодні буде відбуватись активно процес реорганізації вторинної ланки, реформування вторинної ланки, дуже багато лікарів-спеціалістів не зможуть знайти собі місце для роботи і будуть змінювати кваліфікацію.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Одна хвилина у вас для завершення.

МАЗУР І.П. Так, це є формальна освіта. Лікарське самоврядування здійснює неформальну освіту. Хто має відповідати? Лікар працює у відповідності до нормативних медико-технологічних документів до стандартів медичної допомоги чи ні і готувати їх до виконання саме цих вимог. І професійні медичні асоціації, сьогодні асоціація організує своїм коштом, залучаючи спонсорів, науково-практичні конференції, семінари і це необхідно зберігати, дистанційні форми навчання.

Тому на сьогоднішній день є Закон про лікарське самоврядування і ми пропонуємо підтримати цей закон. Ми дуже активно це висвітлюємо на шпальтах газет "Ваше здоров'я", "Здоров'я України" і дякую журналістам, які допомагають. І в нас сьогодні є зворотній зв'язок, сьогодні наші питання також розглядаються і в комітеті, європейському комітеті, а саме: яким чином відбуваються сьогодні процеси самоврядування. І дякуючи Олегу Степановичу, Олег Степанович приклав максимально зусиль для того, щоб сьогодні голос медиків України почули у Європі і ті проблеми, ви бачите, є зворотній зв'язок, сьогодні є почутими в Україні.

Дистанційні форми навчання. Сьогодні ми навчаємо і за національними, і за міжнародними. Є відповідно провайдери, вони заходять в Україну. Нам необхідні регламентуючі документи, яким чином це буде надаватись, ці освітні послуги.

Тому на завершення хотіла би сказати наступне: нам необхідна національна система безперервного професійного розвитку, яка об'єднує зусилля закладів післядипломної освіти, це Національна медична академія післядипломної освіти, лікарського самоврядування, яка буде залучати і провайдерів неформальної освіти та професійні медичні асоціації, які є провайдерами інформаційної освіти. І є це стратегічним завданням системи охорони здоров'я України. Я дякую за увагу. Скільки б ти не жив, усе життя маєш навчатись. Дякую за увагу.

І на завершення. Будуть наступні свята: Новий рік, Миколайчик, і для того, щоб, все ж таки, наш комітет працював ефективно, подарунок від

Асоціації стоматологів України. Ми протягом 10 років вивчаємо стан стоматологічної допомоги і робимо аналітику, Асоціація стоматологів України робить аналітику, і саме в цих книжках є аналітика. А також ми співпрацюємо з видавництвом "Поліум", яке за 2017-й дав, яким чином сьогодні організована система охорони здоров'я. Але, на жаль, навіть у цих довідниках немає, скільки є населення України.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пані Ірино. Дякую.

І невелика зміна по програмі. Зараз запрошую до слова ще одного стоматолога – пан Олександр Бурій – завідувач терапевтичним відділенням комунальної 3-ї стоматологічної поліклініки міста Львова з доповіддю: "Якість управління охорони здоров'я на місцевому рівні. Як це виглядає у Львові".

Будь ласка, пане Олександрє.

БУРІЙ О. "Якісне управління охорони здоров'я. Як це виглядає у Львові". Зараз коротко про те, що відбувається в нашому місті. У Львові повністю знищується соціальна стоматологія, ліквідовані всі дитячі кабінети в навчальних закладах, не проводиться планова санація, реалізація державних програм по дитячій стоматології повністю припинена. І це в той час, коли Львів офіційно визнаний ендемічним регіоном. Катастрофічна ситуація з комунальними стоматполіклініками. Дві поліклініки за ухвалами міськради перетворені з бюджетних закладів охорони здоров'я в підприємства. Що означає це перетворення? Бюджетні заклади охорони здоров'я, ви знаєте, вони не підлягають ліквідації, не можуть збанкрутувати, тому що мають захищені статті. Підприємство легко може збанкрутувати, і ми вже такі бачимо прецеденти по Україні.

Дві бюджетні установи, які зараз борються за своє існування, дві свіжих ухвали міськради, дві бюджетні установи приєднуються до цих підприємств. Ми на сьогоднішній день оскаржуємо це в судах. І хочу наголосити, що це є пряме порушення Конституції України. Є пункт 4 статті 104 Цивільного кодексу України, яка так само забороняє такі перетворення. Свіжа Постанова Кабміну номер 910 "Про військово-медичну доктрину" від 31 жовтня, вона прямо говорить про створення медичного резерву. Тобто ця установа, якщо почнеться широкомасштабне вторгнення, за один день може розвернути евакопункт і надавати допомогу цим пораненим. Ми маємо досвід цього. Я є майором медичної служби, який 14-15-й рік проходив службу, виконував свої обов'язки на передовій. І ми створювали пункти евакуації у Попаснянській лікарні на лінії розмежування.

Значить, ще одне ноу-хау Львівської міської ради, що людина, яка не має львівської реєстрації, будь-хто - пільговик чи без пільг - їй все одно надається допомога тільки на платній основі. Я тут представляю колектив третьої стоматполіклініки, і хочу наголосити, що за свою громадянську позицію, за своє відстоювання в судах люди переслідуються в буквальному смислі цього слова. Понад рік не виплачується заробітна плата, чим порушується Конституція (стаття 44), трудове законодавство (94 і 98), Кримінальний кодекс України (172, 175 стаття), Закон України "Про оплату праці" (1, 2, 15, 16, 23, 24 стаття), в той час коли ми маємо у 100 судових рішеннях на руках про стягнення з заробітної плати. Не оформляються щорічні оплачувані профспілкові і додаткові відпустки, чим порушується 45 стаття Конституції, трудове законодавство (стаття 74). Не оформляються та не оплачуються листки непрацездатності, порушується Закон України "Про загальнообов'язкове медичне страхування" (стаття 42). Неодноразові спроби позбавити діючий медичний заклад водопостачання, енергопостачання. І от буквально три дні тому ми були відімкнені від теплопостачання. Зараз вирішуємо це питання. Ігнорується рішення територіальної громади. Єдиний медичний заклад, з приводу якого були проведені громадські слухання, і люди понад 300 чоловік висловилися одностайно за збереження медичного закладу, були проігноровані Львівською міською радою.

Можу сказати наступне, що в місті, де завідувач дитячого відділу намагається вистрибнути з вікна сесійної зали, лікар вищої категорії, вимушений по вечорах підробляти прибиральницею в елітній школі, якщо місту не потрібні лікарі вищої категорії-учасники АТО з досвідом лікування і надання допомоги на передовій, ну, значить, з реформою щось не в порядку. Призначаються головними лікарями в медичні заклади хлопчики з трьохрічним стажем із приватної...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Одна хвилина до завершення. Завершуйте, будь ласка.

БУРІЙ О.М. На завершення. Ми вже звертались неодноразово, нам допомагала Ірина Петрівна Мазур, з нашими пропозиціями перерахованими. Нас не слухають. Я думаю, що треба виходити на якісно інший рівень. І я вже після завершення підйду. У нас є певні пропозиції. Тобто ми сподіваємося на підтримку комітету. І треба виправляти цю катастрофічну ситуацію, яка склалась у місті Львові.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Дякую, пане Олександрє.

Запрошую до слова Голову правління Всеукраїнського лікарського товариства пана Миколу Тищука з доповіддю "Лікарське самоврядування в Україні - європейські лікарі підтримують наші прагнення!"

Будь ласка.

ТИЩУК М.М. Дякую, шановна Ольго Вадимівно, за надане слово. Я хочу сказати, що українські лікарі, вони, поза сумнівом, користуються авторитетом у своїх європейських колег. Може вони ще не доросли до парамедиків, але разом з тим вони мають достатній рівень кваліфікації і наукових досягнень для того, щоб мати таку повагу.

Підтвердженням цього є те, що ми отримали від великої кількості надзвичайно поважних європейських організацій, які створені по відповідному закону, прийняття якого ми теж домагаємось, автори якого тут сидять перед нами, Закону про лікарське самоврядування, так от в Центральній і Східній Європі всі практично країни мають саме такий модус.

І от цей лист, який отриманий також і Ольгою Вадимівною, він направлений на пані Супрун, але я не знаю, наскільки я розумію, вона взагалі ні на які листи не відповідає, напевно, і нашим колегам. Через те також лист направлений і Голові Верховної Ради і Прем'єр-міністру України.

Справа в тому, що ті, хто підписав, будь ласка, наступний слайд, на одному слайді це не поміщалося, і вже згадана Іриною Петрівною організація ЄРМЕ, тобто це є постійний комітет європейських лікарів. 28 країн є членами, ті, які входять в Євросоюз, а національна організація України і Туреччина, тільки дві, входять туди як асоційовані члени. На жаль, ми ще не є членами Євросоюзу.

Всі підстави ми маємо, щоб увійти в це коло, а от членом цієї організації, організації, яка об'єднує саме лікарські палати, звичайно, Україна має всі підстави. Для цього тільки треба одне, щоб був прийнятий закон, за яким в Україні буде створено лікарське самоврядування.

Я хочу ще раз загострити вашу увагу, що це не є закон для Всеукраїнського лікарського товариства. Всеукраїнське лікарське товариство - це патріотична лікарська організація, яка об'єднує лікарів всіх спеціальностей як громадська організація, а нам для того, щоб ми могли вирішувати складні питання лікарської практики і щоб з нами рахувались, потрібно, звичайно, створення, і про це вже говорили, створення саме самоврядної лікарської організації за відповідним законом.

Які тут є можливості в нас? Надіюсь, що все-таки і звернення у нашій заяві в цей раз і більш активна позиція авторів законопроекту дозволить хоча б внести цей законопроект до зали з тим, щоб потім дійти до результативного голосування. Бо це ж вибір. Або ми в рамках європейської традиції

рухаємось, а в рамках європейської традиції це так: є регульована професія, є вільні професії нерегульовані, що малює художник, його творчий потенціал.

Ну, звичайно лікарська діяльність – це соціально відповідальна місія і вона має регулюватись, або прямо державою, і так в авторитарних країнах, або це делегується лікарській корпорації, лікарській спільноті. І я думаю, саме по цьому шляху має йти, наступний слайд, будь ласка...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Одна хвилинка, будь ласка.

ТИЩУК М.М. Так. По цьому шляху має йти і Україна.

І на завершення я хочу сказати, от бачите, це Ісландія, остання Асамблея Світового лікарського товариства відбулась в країні, яка має населення 360 тисяч людей. Вона є поважною і важливою для лікарського співтовариства. Україна є членом Світового лікарського товариства вже понад 10 років. Ми активно з ним співпрацюємо. Про що говорить Світове лікарське товариство? Професійна автономія - це в першу чергу в інтересах пацієнтів. Ми повинні підтримувати самі свій професійний рівень для того, щоб наша місія виконувалася належним чином.

Дякую за увагу. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Надаю слово для доповіді професору кафедри медичного забезпечення Української військово-медичної академії, доктору медичних наук Аллі Степаненко з доповіддю "Національні медичні стандарти - 3 роки регресу. Що робити негайно, щоб відновити європейський вектор?"

СТЕПАНЕНКО А.В. Шановні колеги! Як нам усім добре відомо, головною метою системи охорони здоров'я є забезпечити її ефективність, тобто результат, і якість медичної допомоги. І це буде позитивно впливати і на показники, і на показники інвалідності, і зменшувати смертність населення. Левову частинку в цьому забезпеченні відіграє якісна доказова система стандартизації медичної допомоги. В Україні така система будувалась завдяки двом проектам Євросоюзу, які працювали в охороні здоров'я на замовлення МОЗ України. І з 2012 року нам вдалось впровадити європейські методики розробки, адаптації клінічних настанов і медичних стандартів і будувати сучасну систему стандартизації медичної допомоги. Але в 2016 році все було зупинено, тому що МОЗ прийняв наказ 1422, яким він начебто дозволив (в лапках) використовувати клінічні настанови, настанови з найкращої медичної практики в якості клінічних протоколів. Але про головне було забуто. А головне - це ресурсне фінансове забезпечення цих клінічних протоколів. І ця відповідальність була перекладена на лікарів, яким

було розпорядження лікувати по-європейськи. У світі існує програма "ADAPT", яка адаптує клінічні настанови з найкращої медичної практики. Чому це потрібно? Експерти і методологія цієї програми "ADAPT" свідчать про те, цитую, що "більшість міжнародних настанов, розроблених в країнах з високим рівнем доходів, таких як США, Великобританія і більшість європейських країн, не можуть бути просто прийняті і застосовуватися в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Це відбувається через такі фактори, як фінансові обмеження, культурні та популяційні відмінності, доступність або недоступність ліків і лікувальних процедур, очікування пацієнтів, різні правила доступу до медичного обслуговування і так далі. Тобто клінічні настанови з найкращої практики, які не забезпечені ліками, які навіть можуть бути не зареєстровані в Україні, які не забезпечені обладнанням, фінансами, вони зовсім не мають ніякого сенсу, вони не корисні і вони (російською мовою) просто бесполезны, марні (українською), в них нема ніякого сенсу.

Наступне, що було зроблено цим Наказом 1422, ще один дуже недолугий крок, це відмінено локальні протоколи в медичних закладах, формалізовані інструкції, алгоритми, за якими в медичних закладах діють лікарі, хто має робити якісь певні процедури, коли він має ці процедури робити, як часто він має ці процедури робити і таке інше. Всі ці формалізовані документи відмінені. Але наші лікарі більш розумні, чим теперішні накази МОЗ, і вони продовжують використовувати і розробляти локальні протоколи, тому що вони почали з ними працювати і вони зрозуміли, що без них в медичному закладі неможливо надати якісну й ефективну медичну допомогу.

Але разом ще з локальними протоколами як документом були відмінені, по суті, й індикатори якості надання медичної допомоги. Тобто це ті маяки, за якими лікар, а головне – управлінці, система охорони здоров'я, бачать, чого вони мають досягти в цій системі охорони здоров'я при наданні медичної допомоги, чи досягли лікарі при лікуванні артеріальної гіпертензії нормального тиску, чи знизили вони цукор крові до норми, чи досягли вони ремісії в лікуванні захворювання? Все це – індикатори, які мають моніторитися і будуватися система моніторингу. Отак живе весь світ, так живе Європа. І без цієї системи ми не можемо взагалі казати, що у нас є управління якістю й ефективністю медичної допомоги. У нас нема. У нас є просто процес лікування, який ні за якими критеріями, ні за якими індикаторами не відслідковується. Тому побудувати нам зараз в такому становищі ефективну систему надання медичної допомоги просто неможливо. Ось так вийшло. Ми все це розробляли вже, ми це вдосконалювали, ми це опановували. Це все не просто було, це з великими труднощами, як ви розумієте, але ми йшли цим шляхом, ми плили цією річкою. І біля берега ми потонули, перепошую.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Будь ласка, завершуйте.

СТЕПАНЕНКО А.В. Що робити? Якщо Міністерство охорони здоров'я таки цей наказ не відмінить і не поверне нам європейські принципи розробки клінічних протоколів, я вважаю, це мають взяти на себе професійні асоціації. Це є у світі, вони розробляють клінічні протоколи, вони їх рекомендують до використання в своїй асоціації, тому що у нас така система, що у МОЗ по статуту є ця функція – затверджувати такі протоколи і медичні стандарти. Але професійні асоціації можуть лікарям рекомендувати до використання. І ми будемо знову долучені до цих європейських засад і ми зможемо з індикаторами, з моніторингом цих індикаторів будувати ефективну систему охорони здоров'я.

Дякую. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. Дякую, пані Алла.

Зараз запрошую до слова президента лікарського клубу pana Івана Сороку.

Будь ласка, пане Іване.

СОРОКА І. Дякую.

Шановна Ольга Вадимівна, Олег Степанович, шановні члени медичної української спільноти, колеги! Сьогодні ми зібралися для того, щоб поговорити про партнерство в публічному управлінні охорони здоров'я. На жаль, його сьогодні немає. І це є велика проблема.

Я би дуже хотів, щоб ми з вами в резолюції "круглого столу" написали, що ми маємо виконувати всі можливі і використовувати всі можливі способи і методи для того, щоб залучити в управлінські процеси для прийняття управлінських рішень всі вертикалі влади: і комітет Верховної Ради, і Адміністрацію Президента, і Секретаріат Кабінету Міністрів і, безумовно, Міністерство охорони здоров'я. Ми – парламентська держава. Парламент має взяти на себе відповідальність і створити умови для того, щоб верховенство права, верховенство публічного управління було першочерговим.

Поруч зі мною сидить людина, яка представляє Волинь. І ми говоримо про проекти Світового банку. І проекти Світового банку ідуть осторонь від медиків, проекти реформування ідуть осторонь від медиків, проекти прийняття якихось управлінських рішень, кадрові рішення, первинна ланка також ідуть осторонь від медичної спільноти.

Моя основна пропозиція полягає в тому, що ми маємо створити дієвий управлінський орган, можливо, це буде при парламентському комітеті, я вже

колись про це говорив, можливо, це буде при Президенті України, при новообраному Президенті України чи при Секретаріаті Кабінету Міністрів, але це має бути дієвий орган, до якого будуть прислухатися і ті люди, які відповідають і мають виконувати настанови, які є розроблені парламентським комітетом, тому що це є першочергове завдання.

Ми зробили дуже багато: це і різноманітні експертні спільноти, і Українська медична спільнота, і Український Медичний Клуб, але маємо зробити управлінське рішення. Я поділяю думки і пана Гука, і пана Найдю, і всіх тих виступаючих, яких ми чули, що та ситуація, яка є, вона неприпустима в цивілізованій державі. Але мало говорити, мало стояти на вірній дорозі, по ній треба йти. І не треба говорити про якісь майбутні речі, зараз же треба виконувати настанови, для того щоб ми змогли зберегти ту ситуацію.

Тому моя конкретна пропозиція – конкретні управлінські рішення і партнерство, розумієте? Я перепрошую, я скажу дуже таку сакраментальну фразу. Чому поступають ті люди, які, можливо, і не присутні сьогодні в цьому залі, так, як вони поступають? Можливо, це якісь додаткові ресурси, можливо, це гранти? То давайте зберемося, лікарі зберуться по гривні і ми заплатимо гарну зарплату тим людям, які зможуть побудувати нашу систему. Я думаю, що це можливо. Ви погоджуєтеся з цим?

ГОЛОС ІЗ ЗАЛУ. *(Без мікрофону)*

СОРОКА І. Ви знаєте, я не хочу цього робити, але управлінські рішення - вже зараз треба дуже багато виправляти, якщо почнуть закриватися лікарні. Я завершую, сьогодні в лікарні, не буду говорити, в якій, міста Києва, оперували мого тата: перелом шийки стегна, протезування. У нас лікарі з золотими руками, це боги. У нас чудовий молодший медичний персонал, у нас чудові нянечки, ми можемо створити все для того, щоб вони жили. Українські лікарі, всі, хто стоїть в медицині, давайте об'єднаємося, у нас є лідери гарні, які це можуть зробити, будемо себе поважати. Управлінські рішення! І не боїмося комунікувати з усіма.

Дякую вам. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Іване.

Дуже коротко хотіла би зауважити. Для того, щоб Україна відбулась як парламентсько-президентська республіка, відбулась, для цього потрібно, щоб український народ приводив у парламент не найманців і маріонеток олігархічних, які виконують там свої завдання, свої функції або функції ті, які їм надані їх олігархами, їх господарями, а тих людей, які реально будуть боротися за життя кожного українця. І це завдання українського народу на

наступні вибори - не голосувати і думати, що хто у нас в пріоритеті, хто більше набере. Бо голосувати знову будуть, згадайте ті вибори, коли голосували за Януковича не тому, що його підтримували, а тільки тому, щоб не прийшла інша особа, або голосували за іншу особу, за пані Тимошенко, тільки для того, щоб не прийшов Янукович. Не повторюйте, будь ласка, помилку тих років. Ви маєте чітко розуміти, що від того, що олігархічні верхівки, політичні еліти перетусуються, ті, що були з тими, що були ще колись і ще колись - від того нічого для українського народу не зміниться. Там, у них, будуть зміни - хтось у когось трішки більше щось відбере або перерозподілить. Для українських людей нічого не зміниться. Тому потрібно обирати в парламент тих, хто реально своїм життям довів служіння людям, а не тих, хто на сьогоднішній день прислужують тим людям, які розграбовують нашу державу. Це перше.

Друге. Я не погоджуюсь з вашою пропозицією, що українські лікарі мають скидатися. Якщо ви бачили...

СОРОКА І. Ну це була така алегорія і метафора.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Послухайте. Чиновники Міністерства охорони здоров'я, не маючи медичної освіти (не маючи!), заступники міністра охорони здоров'я, не маючи ні профільної освіти, ні адміністративної освіти, ні наукових ступенів, отримали за минулий місяць від 125 до 140 тисяч гривень. При цьому професор університету отримує 8-10 тисяч гривень, або управлінець з величезним стажем. Я думаю, що вони на половину тієї зарплати готові будуть прийти і працювати реально, професійно і приводити з собою команди.

Тому гроші є, тільки потрібно їх правильно використовувати і змушувати тих людей, які прийшли, працювати, не міжнародним грантам, не міжнародним валютним фондам - їм всім, як я вам уже казала, абсолютно не робить різниці, хто буде віддавати кредити і хто буде засівати нашу землю через 150 років. Не робить різниці - аби гроші вертали. Це наше з вами завдання – боротися за життя кожного українця, за життя української нації.

Дякую.

СОРОКА І. Повністю погоджуюся з вашими словами і сподіваюся, що ті люди, які тут присутні, вони візьмуть участь у виборчих процесах.

Дякую. І підтримаємо українських лікарів, медиків в парламенті.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую. *(Оплески)*

Шановні колеги, зараз надаю слово голові Ради Київського відділення громадської організації "Українська асоціація сприяння охороні громадського здоров'я", кандидату наук пану Петру Клименку. "Скасуємо облік і моніторинг, чи запроваджуємо "євростатистику"?" Прошу.

КЛИМЕНКО П. Дякую за слово надане.

Це робоча назва, моя доповідь буде називатися трохи інакше і буде стосуватися моніторингу індикаторів оцінки системи охорони здоров'я, які прийняті на міжнародному рівні.

Коротка історична довідка. Як Маргарет Чен в 2007 році прийшла до керівництва Всесвітньої організації охорони здоров'я, була розпочата нею робота над складовими системи охорони здоров'я, яка в 2010 році була викладена в керівництві: "Моніторинг будівництва – елемент системи охорони здоров'я, керівництво по практикам і стратегіям". Я вибачаюсь, можна 3-й слайд поки що поставити?

Україна підписала Угоду про асоціацію, ратифікувала її законом, і в цьому законі, в цій угоді взяла на себе обов'язки надавати інформацію для обміну інформацією з Європейським Союзом та найкращими практиками. З 1 січня 2016 року вступ в силу Порядок денний досягнення цілей стратегічного розвитку ООН. І в цьому Порядку визначені 17 цілей і 21 індикатор, які повинні бути Україною виконані, вони зараз на екрані, які повинні бути Україною виконані і передані в ООН в якості демонстрації наших зусиль по досягненню цілей сталого розвитку.

В подальшому що було? В 2013 році була в ООН доповідь про забезпечення загального охоплення медико-санітарними послугами і обов'язковість залучення до цього наукового потенціалу. Це не може бути просто так. В 2015 році в доповіді про стан охорони здоров'я в Європі "Цільові орієнтири і більш широкі перспективи, нові рубежі в роботі з фактичними даними" Україна взяла на себе зобов'язання надавати ці дані. Але спроба проаналізувати місце системи охорони здоров'я в Україні, проведене нашим відділенням, призвела до негативного результату. Щоб проаналізувати місце системи по показникам, які ми спробували знайти в базах даних, виявився такий факт, що України в базах даних немає. Однією з причин цього є, можливо, відсутність співпраці України з Всесвітньою організацією охорони здоров'я, в якій нас лишили права голосу за невчасну сплату внесків.

Прошу перший слайд. У 2015 році вийшов такий збірник, глобальний довідник "Довідковий список 100 основних показників охорони здоров'я". Ці показники не стосуються лікування певних нозологій, ці показники стосуються аналізу роботи системи.

Для чого це потрібно? Міжнародні порівняння результатів роботи системи впливають як на громадську думку, так і на прийняття політичних рішень. Я думаю, що це стосується політики, яку проводять наші депутати.

Я на екрані показав, як зв'язок між основними показниками індикаторами, як це впливає (другий слайд).

Третій, він досить великий, але можна його взяти за основу.

У пропозиціях хочу сказати, що нам потрібно передбачити основні індикатори чи на рівні законодавства, чи на рівні Міністерства охорони здоров'я, але виходить, що Міністерство охорони здоров'я саме себе моніторить, і це є нонсенс.

Все. Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Запрошую до слова консультанта з медичних питань ПАТ "Фармак" пана Віталія Усенка: "Фармацевтичне обслуговування в Україні. Що треба зробити".

Будь ласка, пане Віталію.

УСЕНКО В. Дуже дякую за запрошення.

Я вже бачу, що під кінець всі трошки втомилися, тому я доповім дуже стисло і тезисно.

Реформа системи охорони здоров'я в Україні, на жаль, не охопила таку важливу ланку, як фармацевтична допомога, яка робиться на долікарняному етапі. Ця ланка допомоги долікарняної фармацевтичної існує в усіх як розвинутих, так і в тих, що розвиваються, і вона є потужним ресурсом для охорони здоров'я населення цих країн. У контексті цих реформи провізор і фармацевт можуть стати відмінними помічниками і союзниками сімейного лікаря, щоб виявляти симптоматику на ранніх етапах і направляти хворого до лікаря. Зараз, на жаль, в більшості аптеки перетворені в торговельні точки і там ніякої фармацевтичної допомоги не робиться, просто відпускаються лікарські засоби, як це робиться в супермаркеті, як кефір, йогурт і так далі.

Також для створення цієї ланки долікарняної допомоги фармацевтичної необхідно правила належної аптечної практики, які рекомендує Всесвітня організація охорони здоров'я. Чому тут треба брати практики Всесвітньої організації охорони здоров'я? Бо вже йшла дискусія по гармонізації законодавства Європейського Союзу. Але тільки може бути гармонізовано те, що є наднаціональним законодавством Європейського Союзу. А фармацевтична практика, аптечна практика, медичне страхування – це

регулюється на національному рівні, а не на наднаціональному рівні в Європейському Союзі.

Ну, якщо брати із пропозицій, вже були напрацювання у комітеті Верховної Ради по охороні здоров'я, розглядався закон на комітеті, але, на жаль, він не попав вже на читання в парламент, це був 2162-д. І в цьому законі вже були дані визначення, що таке "фармацевтична допомога", "фармацевтична аптека", "правила належної аптечної практики" і так далі. Тобто вже напрацювання є, їх треба тільки впроваджувати в життя.

Якщо брати стандарти та протоколи лікування, навіть напрацьовані є стандарти фармацевтичної допомоги. Вони навіть є чинними, але їх ніхто не використовує, Міністерство охорони здоров'я їх ігнорує. Тобто вони вже є, тобто треба додати в Закон про лікарські засоби визначення або в новій редакції підзаконні акти. І вже існує навіть система, як це впровадити, вона вже напрацьована.

А якщо брати стандарти та протоколи лікування вже медичного, то Міністерство охорони здоров'я робить це свідомо чи підсвідомо, помилку, що орієнтуватися на зарубіжний протокол. Але цих протоколів більше 9 тисяч, це більш ніж 89 країн користується ними. Дуже часто протоколи суперечать один іншому, це по-перше. А по-друге, не можна перенести автоматично протоколи ці в українську практику. Тобто можуть бути такі ліки, яких у нас нема, або обладнання. І тому потрібна національна адаптація цих протоколів. Тобто в УМЕС (Українська медично-експертна спільнота) дискутувалося це питання, і що потрібна адаптація національних протоколів. Ті ліки, які є в Україні, але нема в Європейському Союзі, то треба розробляти національні протоколи.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Одна хвилина, будь ласка, до завершення.

УСЕНКО В. Ну це от по цьому питанню все.

І на завершення ще новина, що більше починають відкриватися міжнародні організації. Українська медична експертна спільнота зробила рекомендації проекту USAID SAFE-MED по "Безпечні, доступні та ефективні ліки" в рамках генеричних лікарських засобів, генерична заміна та доступність лікарських засобів. І ці напрацювання і пропозиції були включені в доповідь. Вчора вона була завершена, і 14 грудня буде "круглий стіл". І якщо не чує Міністерство охорони здоров'я українців, то, як я пожартував, почує американців. Але краще, щоб воно чуло українців все ж.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Віталію.

Краще, щоб ми формували таке Міністерство охорони здоров'я, яке буде дбати, і це наше з вами завдання, і ви чудово бачите, що у нас є

потенціал. Якщо зараз запитати, чи у нас є команда, щоб зробити реальну систему охорони здоров'я, чи у нас є план, у нас є план і стратегія. І команда. І ми можемо це зробити.

Мало того, ми не боїмось взяти на себе відповідальність, сказати, що ви можете оцінити, як ми попрацювали. І це буде чітко показано показниками смертності і тривалості життя.

Зараз запрошую до слова головного лікаря медичного центру "Клініцист" пана Олексія Орлова - "Актуальні аспекти мотивації праці у сфері охорони здоров'я України".

ОРЛОВ О.О. Вітаю, шановні колеги. Перед тим, як почати доповідь, хочу зауважити, що для більшості медичних працівників фінансове стимулювання не є основним мотивом трудової діяльності. І на жаль, цим соціальним явищем користуються управлінці при будь-якій владі та, власне, приватний сектор.

Наступний слайд, будь ласка. Я б виділив основні, домінуючі мотиви зайнятості у сфері охорони здоров'я. Це гарантія постійної роботи, захищеність, регулярність оплати праці, фінансове зростання, можливість реалізувати себе в професійній діяльності, перспективи кар'єрного росту, визнання трудової діяльності колективом та керівництвом, повага в суспільстві. Тобто загальнолюдська мотивація.

Наступний слайд, будь ласка. Але на сьогоднішній день в Україні медичні працівники не відчують базових стимулів роботи в своїй країні та в сфері охорони здоров'я взагалі. Багато хто йде через злидні.

Будь ласка, наступний слайд. За останні 4 роки більше 40 тисяч медичних працівників виїхали на роботу за кордон. Це лікарі, медсестри, молодший медичний персонал. Помахали нам ручкою і, на жаль, можуть і не повернутися.

Наступний слайд. Причина - політика МОЗ носить демотиваційний та принижуючий медичного працівника характер. Зараз взагалі абсолютна монетизація стосунків переходить на перший план. Кожен медичний працівник не має відчуття на сьогоднішній день стабільності, захищеності, фінансового благополуччя, реалізації себе в професії в своїй власній країні. Шановні, у своїй власній країні. Ми повинні їхати працювати десь на когось, не можемо реалізуватись у власній країні. Повага в суспільстві.

Наступний слайд. І мій особистий досвід керівника приватного закладу чітко вказує, що залучення компетентних і, головне, етичних спеціалістів стає з кожним днем більшою проблемою. Для того, щоб комерційний сектор охорони здоров'я зростав якісно, йому вкрай необхідний державний загальнодоступний сектор, де лікарі і медсестри отримують вишкіл,

загартовуються як особистості і професіонали. Через те, що загальнодоступна медицина занепадає, замість того, щоб вибирати кращих з кращих, нам скоро прийдеться вибирати кращих з гірших. Кращі, найперспективніші, на сьогодні просто покидають країну через злидні і неповагу з боку держави. Це конкретна загроза мого бізнесу, моїх особистих перспектив і перспектив усіх, хто працює у приватному секторі, та для тих, хто хоче отримати послуги кращої якості.

Наступний слайд, будь ласка. Тому я за зміцнення загальнодоступної медицини, за високий рівень забезпеченості лікарськими кадрами усієї української медицини, за піднесення престижу лікарської професії та інших медичних професій. Такі мої погляди поділяють мої колеги по українській медичній експертній спільноті. Саме така позиція відбита в наших документах, про які вже вони говорили. Це концепція, стратегія, законопроекти. Через партнерство з іншими спільнотами ми готові до узгодження та реалізації цих напрацювань.

Що потрібно зробити? Для Резолюції. Забезпечити впевненість на кожен день, надати соціально-економічний пакет, страхування життя та ризиків роботи, особливі умови кредитування, соціальне житло. Законодавчо, шановні, затвердити мінімальну заробітну плату медичного працівника вище, ніж середній рівень заробітної плати по Україні – на сьогодні це 9 тисяч 600 гривень, здається. Забезпечити матеріально-технічне оснащення лікарень та можливість постійного професійного розвитку. Створити інформаційне поле про можливості української медицини та досягнення українських лікарів.

І тільки в умовах (наступний слайд) стабільності та впевненості в завтрашньому дні медичний працівник зможе ефективно виконувати свої функції.

Дякую за увагу.

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, пане Олексію, і за повагу до регламенту і за політичну культуру дякую.

Запрошую до слова член-кореспондента Академії меднаук України пана Олександра Волосовця з інформацією щодо кадрових проблем і кадрової політики.

Будь ласка, пане Олександрє.

ВОЛОСОВЕЦЬ О. Добрий день, шановні колеги.

Дякую за надане слово, шановна Ольго Вадимівно!

Шановні колеги, я би хотів у своїй короткій доповіді, якщо це в мене вийде, висловити дві складових сьогоднішнього стану нашої охорони

здоров'я – це медична освіта і кадрове забезпечення. Вони, власне кажучи, нерозривно пов'язані.

Світ змінюється, іде конвергенція цілої низки наук, нанотехнологій, біотехнологій, ІТ-технологій, і хочу вам сказати, що лекцію, яку перший прочитав робот в американському університеті з питань філософії, це тільки початок. І діти, які народжені в Китаї вже з геном стабільності щодо захворювання на СНІД, це теж уже стало реалією нашого життя. Саме цим будуть займатися медики найближчим часом.

Я спеціально хотів показати вам, подивіться, будь ласка (наступний слайд), це те, що буде найближчим часом. У 2050 році ми повністю підійдемо до питання клонування людини. Вирощування органів, судин і серця – це реалії 2030 року, це вже не так далеко.

Я веду до чого? Що цими всіма питаннями повинні будуть займатися дуже знаючі і серйозно підготовлені люди, а закладати цю підготовку повинні ми з вами зараз, у всякому випадку формувати до цього вимоги. Я, до речі, повністю згоден з шановним Олегом Степановичем і Костянтином Олександровичем, що саме лікарська спільнота повинна впливати не на інформальну освіту, а на формальну освіту, оскільки тільки професійні лікарі можуть формувати і впливати на формування робочих планів і стандартів.

Шановні колеги, весь світ зараз займається самоосвітою. Питання освіти, як такової, воно зміщується в абсолютно іншу площину. Чим старше людина, тим більше вона цим займається, і це "удел" всіх, як кажуть, медичних працівників і у віці, і у молоді.

Хочу вам сказати, Ольго Вадимівно, що я коли читав останню лекцію, провів опитування своїх студентів у Національному медуніверситеті, це 10 груп шостого курсу, які випускаються в цьому році, яких очікуються американські тести, вони до них дуже складно відносяться, але це вже інше питання. Я запитав: скільки з вас, шановні колеги, хочуть бути лікарями? Тільки дві третини. Скільки з вас хочуть бути педіатром чи сімейним лікарем? Ларисо Федорівно, 0. 100 чоловік – 0! Навіть ніхто не підвівся. Скільки з вас бачать своє майбутнє за кордоном? Третина. Уже зараз. Навіть не проходячи у нас інтернатуру. Тому що вони хочуть отримати вже освіту там і залишатися там. Ми плекаємо надію, що вони повернуться? Ні. Характеристика молоді, шановна Ольго Вадимівно, це зневіра, зневіра у тому, що їх чекає. І зокрема зневіра тому, що от всі ті речі, які ми, шановні колеги, сьогодні з вами говорили, якщо підсумовувати, то те, що відбувається в системі, в галузі, в країні, це все ж є відображенням, воно не викликає у молоді ніякого ентузіазму.

Будь ласка, далі. Понад 100 тисяч у нас навчаються зараз дітей. Здавалось би, велика цифра, ми це не раз питання з Олегом Степановичем обговорювали. Чи багато це чи мало? Ви знаєте, жодна країна світу не може

визначити, скільки їй потрібно лікарів. І ВООЗ цього не скаже. Я вам кажу це абсолютно компетентно як експерт Всесвітньої організації охорони здоров'я з кадрових ресурсів. Немає такої цифри. Навпаки - минуле керівництво, Маргарет Чен, сказала: "Чим більше країна може дозволити собі лікарів, тим більший вибір для населення, тим більша доступність медичної допомоги і тим краще". Тому вкладати в рамки забезпечення кадровими ресурсами - це дуже і дуже складно. Я постараюсь вам зараз це показати.

Далі, будь ласка. Хочу вам сказати, що запроваджена стратегія розвитку освіти зараз, і перші результати ви бачите. Скорочення прийому на медицину, це колишня лікувальна справа, на 28 відсотків, педіатрія - 37 відсотків, стоматологія - 45 відсотків. Цель благая - зменшити кількість суб'єктів навчання для того, щоб поліпшити їх якість підготовки. Але, на жаль, зменшення кількості, воно не несе в собі збільшення кількості грошей на цих студентів. І здавалось би, вузи можуть сподіватись на контрактний прийом, але ситуація виникла теж парадоксальна. Лариса Федоровна, Ирина Петровна, к вам немного придет людей в ближайшее время. Я говорю вам абсолютно компетентно.

Подивіться, будь ласка, далі. Це прийом на бюджет. На педіатрію на 7 з половиною мільйонів дітей ми прийняли аж 273 дитячих лікаря майбутніх. Стоматологи - держзамовлення - 61. Лікарі - 3587. Це менше на практично 600 чоловік ніж у минулому році. А порівняно з нашими прийомами, Олег Степанович, це менше на 1000. Навіть більше.

А це вже контракт, подивіться. Теж дуже цікаві цифри. Педіатрія - 20 чоловік прийшло, це на всю країну. Стоматологія - в 2 рази менше - 757. І нарешті лікувальна справа - лише 577 людей. Що роблять вузи? Набирають іноземців, за що їх критикують, але їм треба якось вижити, тому що інакше не перезимуємо. Треба ж якось опалювати адміністративні корпуси, гуртожитки. Класичним університетам простіше: вони попрощались зі студентами зараз до 8 березня - і все нормально. А нам же ж треба лікувати, нам треба, грип іде, кір іде.

Будь ласка, далі. Це все дані Міністерства охорони здоров'я. От такий ми мали прийом у 2017 році. В цьому році буде запроваджено вступний іспит - фізика або математика. Теж звучала сьогодні ця цифра - 80 відсотків у нас це дівчата. Для дівчини, для жінки - вони ж найгарніші, найкрасивіші, але для них характерний гуманітарний склад направленості. І, на жаль, фізика математика не є в пріоритеті. І діти до цього не готувалися. Тому подивіться уважно на ці цифри. Якщо доживемо до наступного року, то ви побачите зменшення прийому в два рази, не менше для вітчизняних студентів. І це буде питання доступності медичної освіти в найближчий час. С благой целью улучшение качества.

Далі, будь ласка. Подивіться, це загальна картина, можете бачити, наскільки зменшився прийом на бюджет, і наскільки зменшився прийом на контракт, дані Центру медстатистики Міністерства охорони здоров'я, він працює, все нормально. Тут говорили: немає моніторингу. Все є: і аудит є, і моніторинг є, аби за цим слідкувати.

Далі, будь ласка. Це кращі вузи: Національний медуніверситет, Вінниця, Львів, Тернопіль, Івано-Франківська, Одеса, Харків – це ті вузи, де люди "голосують ногами", куди абітурієнти хочуть іти, тому що знають, що хороша підготовка.

Далі, будь ласка. А це ситуація з дитячими лікарями. Ольго Вадимівно, я вам передам матеріал, я вам хочу сказати, якщо ми такими темпами підемо, то через 5 років в пологових будинках не буде неонатолога, не буде кому прийняти дитину. От до чого я веду. Тому з 7 тисяч практично зменшити контингент педіатрів до 4, і ця перспектива надалі зберігається, то ми будемо мати відповідний "ресурс2".

Далі, будь ласка. Це співвідношення бюджет-контракт. Подивіться, у нас лише третина бюджетників, дві третини контрактників, з яких вагома частина іноземців.

Кстати, можемо говорити или не говорить о своей стране, но надо вообще гордиться, потому что к нам приехали дети, 22 тысячи, и эти дети, я хочу подчеркнуть, из более чем 100 стран мира: у нас есть и Америка, у нас есть и Израиль, у нас учится Германия, у нас учится Польша, не только говорят: Африка, Азия и так далее – и эти есть дети. Но они не боятся сюда отдавать детей, потому что знают, что качественное образование.

Я хочу сказати, Ольга Вадимівно, я перебираю, я знаю, я вибачаюся, ми не отримали жодної реклами з-за кордону щодо наших лікарів, які туди виїхали, і медсестер – теж додаю.

Далі, будь ласка. Лариса Федоровна, это слайд для вас. Кому прежде всего и кем наиболее удовлетворены наши потребители, наши пациенты. Семейные доктора и педиатры на лидирующих позициях. Три четверти населения задоволено тими послугами, які надають ці лікарі. Інші – трошки менше.

Далі, будь ласка. Скільки ми втрачаємо? Звучать дуже різні цифри, шановні колеги. Абсолютно по статистиці – з минулого року в порівнянні з урахуванням прийому з системи вибуло 5,7 тисячі лікарів і понад 12 тисяч медичних сестер і фельдшерів. Це дані офіційної статистики. На жаль, це вибуття доповнюється тим, що у нас тепер відсутній державний розподіл.

Далі, будь ласка. Звучало у Ирины Петровны: 159 тысяч 600 врачей. Да, это официальная статистика. Але є інша цифра, шановні колеги, є 105 тисяч 111 – це практикуючі лікарі. І ця кількість, Костянтин Олександрович

сказав: 28 на 10 тисяч, ні, уже 24,9, і це значно менше, ніж у європейських країнах, ви це далі побачите. І це практично на 20 тисяч менше, ніж це було в 2011 році.

Розрив між штатними посадами і фізичними особами. Понад 22 тисячі лікарі і понад 24 тисячі, бачите, медичні сестри. І пішла тенденція, звичайно, до збільшення, тому що збільшується, як кажуть, і вихід на пенсію. Я скажу зразу цифру – 25 відсотків лікарів пенсійного віку 13 відсотків медсестер пенсійного віку. Третина лікарів – це люди старше 45-50 років. Найближчим часом це покоління відійде, просто "естественно" відійде: вийде на пенсію, полишить всю роботу за таку зарплату, і таке інше. Молоді не притікає, а навпаки, у нас відтікає.

Далі, будь ласка. Це структура наших лікарських кадрів. Подивіться, будь ласка...

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Завершуйте, будь ласка.

ВОЛОСОВЕЦЬ О. Так, Ольго Вадимівно. Я вибачаюся.

Можу навіть зразу припинити. Растут тільки стоматологи и акушер-гинекологи. Всі інші лікарі: хірурги, онкологи опускаються.

У цій графі ви не побачите лікарів санітарної групи, вони раніше склали 3 відсотки. Сейчас они статистически уже не подлежат даже, ну, нельзя эту графу выявить.

Далі, будь ласка. Ольго Вадимівно, подивіться на нього, він повністю повторює ваш слайд "по смертності". Повністю, це забезпеченість наша лікарями. Подивіться, будь ласка, Донецьк, Кіровоград, Миколаїв, Херсон – найбільш критичні області щодо забезпеченості лікарями, 63-65 відсотків. І червоним кольором виділено, яке іде зменшення. Залишились тільки Західні області, вони в зеленому кольорі, але бігунки скрізь теж червоні, тобто якщо раніше там завжди був надлишок лікарів, то зараз з рідної Львівщини, Закарпаття, Івано-Франківщини лікарі виїжджають, і ми втрачаємо по 1-2 відсотки.

Далі, будь ласка. А це медсестри. Теж дуже цікавий слайд. Він, до речі, повністю десь щось показує картину. Де найгірша забезпеченість медсестрами? Дуже цікаво. Місто Київ і Київська область. Одна з найкращих – Волинь, Закарпаття, Чернівці.

Будь ласка, далі. От на цей слайд зверніть увагу, я дуже довго над ним працював. Це забезпеченість лікарями первинної ланки в Україні, 2,45 на тисячу населення, Євросоюз – 3,2, це дані 2014 року, зразу вибачаюся, бо кращих не знайшов. А 4,2 – це так зване суспільство розвинутих країн. От

бачите, там Словаччина, Ісландія, Корея Південна, звичайно, Естонія, Швеція. От у них такі показники, і от 2,4 – ми і 4,2 – вони.

Далі, будь ласка. Спів ношення місто-село. В півтора рази більше, як правило, спостерігається в усіх країнах.

Далі, будь ласка. Це в Україні. В Україні співвідношення інше: 1 до 1-2 лікарі і 1 до 6 (вдумайтеся!) медичні сестри.

Далі, будь ласка. Це забезпеченість сільських амбулаторій, дільничних лікарень. Це дані Міністерства охорони здоров'я, шановного Олександра Володимировича Лінчевського, який він демонстрував під час обговорення стратегії, тут можна абсолютно погодитися, це правда.

Далі, будь ласка. І оце дуже цікавий слайд. Це континенти. Дуже хороша вийшла американська стаття, я на неї посилаюся, там, до речі, наверху виконання цілі тисячоліття, ми візьмемо Європу: 110 медичних працівників на 10 тисяч населення. Україна, подивіться, будь ласка, бачите, 102.

Все. Дякую за увагу. Вибачайте, що перебрав. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую.

Шановні колеги! Надаю зараз слово Олегу Степановичу Мусію для підбиття підсумків нашого "круглого столу". І дуже хочу, щоб ви всі вийшли з нашого "круглого столу" не розчаровані, з чітким розумінням того, що ми є команда і що спільна робота, спрямована на досягнення нашої мети, а вона у нас з вами сходиться, кожен мав свої ракурси, своє бачення, свої цифри. Але ми говорили з вами повністю про одне й те саме. І дуже важливо ці пазли нам тепер скласти до єдиного і зайти і зробити так, щоб в нашій країні з'явилося таке міністерство, з такою командою, яке реально буде боротись за кожне життя кожного українця.

Будь ласка, Олегу Степановичу.

МУСІЙ О.С. Дякую, Ольго Вадимівно.

Шановні друзі! Колеги! Слухаючи наш "круглий стіл", ваші виступи, вдалось мені написати коротеньку доповідь, яку я спробую зараз охарактеризувати. Вона побудована трьома блоками. Перший блок - що відбувається, найкоротший буде, напевно. Другий блок - що робити, що ми очікуємо, відповіді. І рішення.

Отже, по першому блоку. Що відбувається? Всі ми є свідками, що відбувається в лапках - інакше я сказати не можу - так звана "реформа", але реформа не системна, а всього. Зробили крок один - не завершили, перейшли до кроку два, не завершили перший і другий - перейшли до кроку три,

чотири, п'ять. Нам накидають постійно щось нове, бо ще це тепер треба реформувати. Класична схема отримання грантів у "грантожерських" організаціях.

Далі. А що відбувається реально? Найважливіше, на чому будується система охорони здоров'я і існує система охорони здоров'я. Перше - фінанси. Констатую відверто: завалені і розвалені. 2019 рік - 3,1 відсотка ВВП. Їх знову немає. Державні закупівлі - в маніпулятивний спосіб замість виконання рішення Закону України "Про міжнародні закупівлі", нечесного закону, але закону, в Законі "Про бюджет" продовжуються ще на рік державні закупівлі і вивід коштів за кордон. Замість створення національної закупівельної агенції, замість розп'яченої системи "ProZorro". І отут роздвоєння особистості відбувається у реформаторів. Пан Нефьодов створив систему "ProZorro". Уряд звітує п'ятий рік - найуспішніша реформа системи - "ProZorro". І пан Нефьодов, і уряд продовжують не через "ProZorro", а державні закупівлі через міжнародні організації. Схема.

Освіта. Ми тільки що чули - завалено все, що тільки можна. ІТ-технології не зроблені і розвалені і завалені. Навіть не створені до пуття. Тому що Центр захисту інформації не дав жодного сертифіката на жоден продукт - не існує захищеності жодного продукту, спродукованого урядом і Міністерством охорони здоров'я. Ні e-Health, ні реєстри.

Первинка - на межі завалу і розвалу. Вперлося населення, наші люди в те, що обмеження 1800 - сімейний лікар, і все. Багато регіонів України не можуть навіть "фількіну грамоту" декларацію підписати, бо немає фізично з ким уже її підписувати.

Екстрена швидка медична допомога, ви вже чули, завал і розвал продовжується замість виконання Закону про екстрену медичну допомогу і завершення останнього етапу – диспетчеризації.

Ліки. Чули також, транснаціональні фармацевтичні компанії намагаються зруйнувати те, що залишилося в Україні, національного виробника через уряд і через теперішню команду Міністерства охорони здоров'я.

Стандарти і протоколи. Ви чули: 2 європроекти були, фахівці, які знаються, розуміються на цьому, вони усунуті з прийняття рішень щодо стандартів протоколів, нав'язуються неіснуючі європейські протоколи, їх немає в природі. Дурять в черговий раз.

Громадське здоров'я. Замість створення системи громадського здоров'я, на якій базується система охорони здоров'я у нас руйнується те, що недоруйновано: медсанчастини стратегічних галузей, наприклад, атомної, яких необхідно залишити, і протичумний інститут. 3 в Європі були центри і

досягнення, вони... Протичумний інститут руйнується шляхом приєднання його і ліквідації до Центру громадського здоров'я.

Про що це свідчить? Спроможність, абсолютна констатація факту, спроможність тих, хто каже: реформа і робить реформу, дорівнює чому? Дорівнює нулю. Нас дурять! Вас дурять і нас дурять, чи намагаються обдурити. Оце справжній обман, на якому побудовано те, що відбувається зараз з системою охорони здоров'я в державі.

Відбувається це все як наслідок оцього обману, безумовно, криза довіри і криза віра. Оце найстрашніше, що після Революції Гідності ті, хто очолив державу, породили кризу віру і кризу довіри. Мені це нагадує, і вам, напевно, нагадає пісеньку таку, яка була в Радянському Союзі: "весь мир насилья мы разрушим до основанья, а затем..." щось побудуємо. Вам це не нагадує те, що відбувається "весь мир насилья мы разрушим"? Невже 70 років комунізму повернулося зараз під виглядом лібералізму і якихось цінностей і реформ? Оце реально, що відбувається.

Що робити насправді? Я тут підтримав би багатьох виступаючих про те, що зроблено надзвичайно багато. Ці напрацювання вже багато раз обговорені різними експертними спільнотами, Національною лікарською радою, професійними асоціаціями, лікарським товариством, Нацлікradoю, Комітетом з питань охорони здоров'я – концепція практично в наших умах давно вже існує, як і модель побудови системи охорони здоров'я. Саме на цьому були побудовані рішення парламентських слухань, проголосованих Верховною Радою 3 роки тому Існує рішення парламентських слухань, постанова Верховної Ради, що потрібно робити і будувати. Підготовлені комітетом, де є авторами і Ольга Вадимівна, і я, 10 фундаментальних законопроектів, про які я завжди наголошую, вони існують: системні, фундаментальні, комплексні законопроекти. Дозволю собі вам нагадати їх, це – Засади державної політики охорони здоров'я (2409), це організація медичного обслуговування населення, чи про заклади охорони здоров'я. Зараз його номер 7065, але в більш розширеному варіанті, той, хто хоче подивитися, це 4456. Це про лікарське самоврядування, існуючий вже 10 років, практично вже сьома редакція Закону про лікарське самоврядування. Остання версія підтримана європейськими країнами, лікарськими спільнотами Європейського Союзу. Нам цього мало? Натомість оці "реформатори" так звані запихують два псевдоальтернативні законопроекти від журналістки і від людини без вищої освіти, яка випадково стала першим заступником Комітету з питань охорони здоров'я, які по суті заблокували прийняття у Верховній Раді цього законопроекту.

Далі. Згаданий вже вами законопроект про лікарські засоби, нова редакція (2162-д). Богу дякувати, комітет на останньому своєму засіданні проголосував за його внесення до зали Верховної Ради. Він погоджений і узгоджений всіма практично фармацевтичними спільнотами в Україні.

Далі. Нова редакція Закону про санепідблагополуччя. Тільки через те, що у Верховній Раді не прийшли на роботу депутати він був за восьмим разом, слава Богу, відправлений на доопрацювання в комітет. Усі фракції парламенту, усі без виключення фракції і позафракційні віддали свої голоси. Шанси на його прийняття є великі. Закон, який нарешті відновить санепідслужби, які руйнувалися попередніми урядами.

Далі. Реабілітація та інвалідність – законопроект, який необхідно прийняти. Його версія теж існує у Верховній Раді.

Два законопроекти, які прийняті, які потрібно тільки завершити, їх реалізацію, це – Закон про екстрену медичну допомогу, про що я згадував, він існує, абсолютно адекватний нормальний Закон про екстрену медичну допомогу, де збережені у тому числі і спеціалізовані бригади як досягнення нашої медицини. А також Закон про трансплантацію. Виявляється, мало, що парламент прийняв необхідний Закон про трансплантацію, який би рятував життя, так Міністерство охорони здоров'я і Кабмін, і уряд теперішній замість його виконання ліквідовують Центр трансплантації кісткового мозку в "Охматдиті", замість розробки нормативних актів, і зараз намагаються через Верховну Раду нашими руками відтермінувати ще на рік введення в дію Закону про трансплантацію, який буде рятувати життя наших людей, які ночують під Міністерством охорони здоров'я. Він є, попри те, що там можливі нюанси з його реалізацією, але він мав би вже запрацювати. Зроблено нуль.

Антитютюнові закони, які реально рятують дуже багато від онкології наших дітей в першу чергу, 2820 і 4030а, через 4 народних депутатів, 4-х тільки - з "Народного фронту" і "Блоку Петра Порошенка" – не ставляться на голосування, або якщо ставляться, то в непрохідну частину. Хоча в залі прекрасно всі знають – голоси на них є.

Ну і останній законопроект, про який би я хотів сказати із того переліку 10 законопроектів, може, таким чином запусаються системні комплексні зміни в системі охорони здоров'я, це законопроект 8377, нещодавно зареєстрований, який змінює 13 статтю Основ законодавства з питань охорони здоров'я. Це що, не напрацювання? Це називається "ви нічого теж не зробили"? Все. Існує все. Немає чого? Політичної волі.

І тут я переходжу до рішення. А рішення може бути цього всього тільки одне-єдине - політичне. Іншого рішення немає. Ні "круглі столи", ні засідання комітету, нічого. Виключно політичне рішення. Але в українському розумінні слово "політичне" розбито мало бути би на дві гілки. В розумінні "політичне - policy". От якраз у розумінні "policy" англійському це, що я сказав, воно вже зроблене. А от в розумінні "politics" ми з вами робитимемо найближчим часом. І ви всі, професіонали, які присутні тут, повинні розуміти, що для реалізації адекватної системи охорони здоров'я, для того,

щоб не було отих чорних цифр, які показувала Ольга Вадимівна на своїх слайдах, і те, що розказував Олександр Петрович по кадрах, ми маємо прийняти через три місяці і через десять місяців. Політичне рішення. Самі професіонали мусять піти. Ви мусите піти у владу. Іншого виходу для нас немає. Не буде доброго дядька прем'єра, не буде доброго дядька міністра, якщо ми не очолимо уряд і ми не очолимо Міністерство охорони здоров'я з командою професіоналів. Вони знищать нас і вас, якщо ми не прийдемо і не приймемо політичне рішення. А це буде найближчим часом.

Тому думайте і орієнтуйте свої спільноти на політичне рішення. Оце буде виходом із цієї ситуації, яку я охарактеризував на початку свого виступу. Тому обов'язково всі у владу - і в самоврядуванні, і в професіоналізмі, і в закладах, і у Верховну Раду, і в місцеві органи. Чого всім вам і бажаю. Думаю, що ми будемо підтримувати з Ольгою Вадимівною.

Дякую. *(Оплески)*

БОГОМОЛЕЦЬ О.В. Дякую, Олеже Степановичу.

Дякую, шановні колеги. Перше. Хочу подякувати всім нашим учасникам за надзвичайно професійні, надзвичайно експертні доповіді - без "води", без політики в поганому розумінні, але насправді те, що ми з вами сьогодні робили, це політика в доброму розумінні. Нам не потрібно її боятися. Том що саме ми маємо робити політику держави і саме ми маємо вказувати цей дороговказ.

Тому я дякую ще раз всім учасникам, дякую всім тим, хто приїхав з України, з інших міст. Дякую всім тим, хто сьогодні дивився нас у прямому ефірі. Хочу сказати всім, що медична спільнота України "за" всіма двома руками і всіма іншими частинами тіла підтримує реформування системи охорони здоров'я. Але тільки в тому випадку, якщо метою реформування є збільшення тривалості якісного, гідного життя українських людей і зменшення смертності, якщо метою є збільшення доступності допомоги, її якості, її професіоналізму, а не скорочення медичних закладів, не скорочення медиків, не масову еміграцію що українців, що взагалі медичної спільноти за кордон. Ми не можемо такого підтримувати, тому що ми хочемо жити тут, в Україні, ми хочемо, щоб наші діти і онуки росли тут. І я впевнена абсолютно, незважаючи на те, що мені надзвичайно соромно, що ми не встигли після Революції Гідності зробити значно більше, нам щось вдавалося робити. Нам вдалося прийняти Закон про автономізацію, вдалося змінити модель оплати медичної послуги, вдалося прийняти Закон про трансплантацію. Ми зробили чимало кроків, але цього не достатньо, не достатньо для того, щоб кожна українська пенсіонерка і кожний пенсіонер відчули, що вони можуть прийти в аптеку і не боятися туди зайти, що вони можуть прийти в магазин і купити там нормально щось поїсти, а не рахувати останні копійки і не йти до лікаря,

тому що вони будуть боятися почути діагноз, тому що в них немає грошей, щоб купити ці медикаменти.

Ми маємо розуміти, що реформи мають мати і стратегічне далекоглядне майбутнє. Ми маємо думати, якою буде система охорони здоров'я через 20-30 років. І ми маємо чітко розуміти, що ми не можемо забувати тих, хто сьогодні потребують невідкладної допомоги, тих, хто сьогодні потребують доступу до лікарень. І це може реально зробити загальнообов'язкове державне медичне страхування, яке потрібно буде 2 роки тільки імплементувати. І те, що ми не спромоглися цим парламентом дотиснути його для того, щоб прийняти цей закон, це ганьба і це не дає українцям на сьогоднішній день шансу вижити. Але це нам надає додаткової злості, додаткової сили для того, щоб йти і перемагати.

Нашим хлопцям на передовій нелегко, нашим Героям Небесної Сотні на Майдані було нелегко. І не зважаючи на те, що в нас є зовнішній агресор, але внутрішні вороги, на мій погляд, інколи в нас значно більш хитрі і цинічні, які не дають сьогодні державі розвиватися. Тому що спільними зусиллями український народ і пережив Голодомор, і переміг в одній війні, і в другій війні, і я впевнена, що сьогодні ми стали значно більш мудрішими, значно більш сильнішими, значно більш об'єднаними. І саме наші вороги роблять нас сильнішими. Сьогодні Путін зробив для нашої держави те, що ми не могли зробити за багато-багато років, президенти української держави, - об'єднав українську націю і зробив українців свідомими і гідними, позбавив комплексу меншовартості. Так от наше наступне завдання і наш спільний ворог, який сьогодні руйнує систему охорони здоров'я, має нас зробити потужними, сильними, позбавити нас комплексу меншовартості, що нам потрібні якісь парашутисти з-за того кордону чи з-за іншого кордону – це неправда, це брехня. Ми з вами все це можемо і ми це зробимо з вами. І ви побачите ще на власні очі, як українці будуть жити 80+ років.

Дякую. Слава Україні! *(Оплески)*