

СТЕНОГРАМА

спільних слухань Комітету Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування та Комітету Верховної Ради України з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів на тему: «Система реабілітації у сфері охорони здоров'я та соціальної реабілітації ветеранів і ветеранок: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення»

12 травня 2026 року

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Колеги, доброго дня. Я пропоную починати, не затягувати. Ми дипломатично 5 хвилин почекали. Хто затримується, доєднається пізніше. Багато колег у нас в онлайн. Колеги, вітаю, хто онлайн.

Колеги, починаємо комітетські слухання на тему: «Система реабілітації у сфері охорони здоров'я та соціальної реабілітації ветеранів і ветеранок: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення», які проводяться комітетами Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування та з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів. Наш захід відбувається у змішаному форматі: частина народних депутатів приєдналися до нас онлайн, частина депутатів та запрошених присутні у залі, частина, сподіваюся, ще доєднається. Також відеотрансляція здійснюється в онлайн-режимі на офіційній сторінці фейсбук Комітету з питань здоров'я нації.

Розпочинаємо нашу роботу. Сьогодні в нашому засіданні беруть участь. Колеги, давайте, я думаю, не всі знайомі між собою, я буду називати прізвище, хто присутній, відповідайте, щоб ми могли роззнайомитися, хто кого не знає.

Бабак Сергій Віталійович – голова Комітету з питань освіти, науки та інновацій. Десь затримується. Окей.

Рудик Сергій Ярославович – народний депутат України, заступник голови Комітету з питань аграрної та земельної політики, ініціатор слухань.

Лубінець Дмитро Валерійович – Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. Онлайн має бути з нами. Пане Уповноважений, ви з нами? Окей.

Також у засіданні беруть участь від Офісу Президента України: Свириденко Вадим Васильович – Уповноважений Президента України з питань реабілітації учасників бойових дій. Вітаю.

Від Міністерства охорони здоров'я: Ляшко Віктор Кирилович – міністр охорони здоров'я України; Гончар Євгеній В'ячеславович – заступник міністра охорони здоров'я.

Від Національної служби здоров'я України: Гусак Наталія Борисівна – голова Національної служби.

Від Міністерства у справах ветеранів України: Приходько Руслан Вікторович – заступник міністра у справах ветеранів.

ПРИХОДЬКО Р.В. Є.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Вітаю!

Від Міністерства оборони України:

Артеменко Валерій Юрійович – заступник директора Департаменту охорони здоров'я.

Кучеренко Сергій Анатолійович – заступник директора департаменту – начальник управління соціальної політики Департаменту соціального забезпечення. Має бути онлайн.

Колеги, онлайн, нас чуто там, ні? Бо я якось називаю.

КУЧИН Ю.Л. Так, чути.

НАЙЄМ М. Пане Михайло, прекрасно чуто.

_____. Все добре чуто. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

І Матвійко Юрій Володимирович – заступник начальника управління, начальник відділу з соціальної політики. Теж онлайн.

МАТВІЙКО Ю.В. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Від Міністерства внутрішніх справ України: Бойко Лілія Степанівна – директор департаменту. Вітаємо!

Платонова Інесса Ігорівна – директор Департаменту з соціального захисту, онлайн.

ПЛАТОНОВА І.І. Є.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Є, так.

Від Національної гвардії України:

Нестерук Роман Петрович – начальник служби організації і планування соціального супроводу та взаємодії. Вітаємо!

Нерубальщук Павло Юрійович – старший офіцер служби організації лікувально-профілактичних заходів. Не бачу.

Від Служба безпеки України:

Шугалей Людмила Миколаївна – начальник Військово-медичного управління. Має бути онлайн.

ЗАВАЛЕЦЬКИЙ В.В. Присутній перший заступник Завалецький Вадим.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Та від Державної служби спеціального зв'язку та захисту інформації України:

Кушнір Світлана Миколаївна – тимчасово виконуючий обов'язки начальника медичного центру. Доброго дня!

І Рубльова Мирослава Антонівна – начальник Поліклініки Медичного центру, онлайн має бути з нами.

РУБЛЬОВА М.А. Так, є. Добрий день!

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Добрий день!

Від Адміністрації Державної прикордонної служби:

Карнаух Михайло Іванович. Бачу.

І Дроженко Андрій Олександрович – помічник Голови Державної прикордонної служби. Вітаємо!

Алексєєв Сергій Васильович – начальник лікувально-реабілітаційного відділу управління охорони здоров'я. Має бути онлайн.

АЛЕКСЄЄВ С.В. Добрий день!

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Вітаємо!

Від Міністерства фінансів України: Гарц Інна Володимирівна – виконуюча обов'язки директора департаменту. Онлайн має бути.

Аванесова Наталя Сергіївна – начальник відділу державної соціальної допомоги Департаменту видатків. Також онлайн.

АВАНЕСОВА Н.С. Вітаю. Присутня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. І Стафійчук Тетяна Федорівна – заступник директора департаменту, начальник відділу соціального та пенсійного забезпечення Департаменту видатків бюджету соціальної сфери. Онлайн також має бути.

СТАФІЙЧУК Т.Ф. Присутня. Вітаю.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Від Міністерства економіки, довкілля та сільського господарства України: Матвійчук Богдан Олександрович – директор департаменту. Онлайн.

Від Національної академії медичних наук України: Сіромаха Сергій Олегович – начальник управління з лікувальної роботи та взаємодії з НСЗУ.

СІРОМАХА С.О. Вітаю, колеги. На місці.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Від Експертної ради при Комітеті з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування: Гук Андрій Петрович.

ГУК А.П. Присутній. Доброго дня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Також в слуханнях беруть участь ректори провідних медичних університетів: Камінський В'ячеслав Володимирович – ректор Національного університету імені Шупика.

КАМІНСЬКИЙ В.В. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Бачу.

Кучин Юрій Леонідович – ректор Національного медичного університету імені Богомольця. Має бути онлайн.

КУЧИН Ю.Л. Доброго дня, доброго дня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Вітаємо.

Представники Бюро ВООЗ в Україні, громадськість, вітчизняні і міжнародні науковці та експерти.

Крім цього, на слуханнях зареєструвалися для участі онлайн в якості слухачів представники медіа та громадських організацій відповідно до закону України. Список, ну, кожен може ознайомитись, хто присутній

Колеги, розпочинаємо нашу роботу. Тема сьогоднішніх слухань надзвичайно актуальна, оскільки вона стосується наших ветеранів і ветеранок, які пройшли через війну, отримали поранення, втратили здоров'я, але зберегли силу духу. Завдяки їм ми сьогодні маємо можливість жити та працювати.

Я дякую народному депутату і діючому полковнику Збройних Сил України Сергію Рудику за ініціативу проведення цих слухань для обговорення нагальних проблем у сфері медичної та соціальної реабілітації ветеранів.

Також дякую колегам з Комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів за підтримку цієї ініціативи.

Війна змінила життя для нас усіх, але найбільше вона вплинула на тих, хто повернувся до цивільного життя, пройшовши фронт. Саме тому ветеранська політика має базуватися на реальних потребах ветеранів та бути спрямована на їх ефективне повернення до активного економічного і соціального життя.

Попри виклики повномасштабної війни у взаємодії парламенту та уряду вже сформована важливе стратегічне і законодавче підґрунтя,

прийнята стратегія ветеранської політики на період до 2030 року та операційний план заходів на її виконання.

За ініціативи нашого комітету прийнятий Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». Завдяки йому в Україні розбудовується система реабілітації на основі мультидисциплінарного підходу, яка починається ще в лікарні та спрямована на попередження інвалідизації.

Окрему увагу приділено питанням ментального здоров'я, враховуючи досвід програми «Ти як?», започаткованої першою леді України Оленою Зеленською, депутатами комітету було розроблено Закон «Про систему охорони психічного здоров'я». Він дав старт створенню сучасної системи охорони психічного здоров'я, яка охоплює не лише медицину, а й соціально-освітню, професійну та інші сфери.

Сьогодні послуги з охорони психічного здоров'я надаються безоплатно в межах програми медичних гарантій на всіх рівнях, починаючи з сімейного лікаря. З 2025 року базова психологічна підтримка доступна у понад 860 закладах первинної медичної допомоги, де лікарі пройшли навчання за спеціальною програмою ВООЗ. Для складніших випадків по всій країні вже працюють 195 центрів ментального здоров'я.

Також нам вдалося реформувати застарілу систему медико-соціальної експертизи та запровадити цифровізовану систему оцінювання повсякденного функціонування. Вона базується на міжнародних стандартах і визначає потребу людини у реабілітації, незалежно від того, встановлена інвалідність чи ні.

Парламент та уряд постійно працюють над розширенням можливості програми медичних гарантій та збільшенням її фінансування.

У 2026 році кількість пакетів ПМГ зросла до 46, а фінансування сягнуло майже 192 мільярди гривень, що на 16 мільярдів більше порівняно з попереднім роком. У 2025-26 роках було розширено безоплатні пакети реабілітації для ветеранів, які оплачуються Національною службою здоров'я

України. Вони включають амбулаторну та стаціонарну допомогу, скринінг, діагностику, лікування, реабілітацію на первинній ланці, а також довготривалий догляд, цілодобове спостереження і психологічну підтримку на рівні стаціонару. Водночас на практиці система реабілітації ветеранів все ще стикається з викликами, один із ключових викликів: недостатня безперервність процесу реабілітації. Часто існує розрив між госпітальним етапом та початком активної реабілітації на інших рівнях. Пацієнти іноді змушені самостійно шукати реабілітаційні центри через недосконалість клінічних маршрутів. Також залишається дефіцит фахівців з фізичної та психологічної реабілітації, зокрема психологи, які працюють з військовою травмою. Це дуже серйозні виклики для країни, адже кількість ветеранів і постраждалих від війни зростає. За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я і Міністерства охорони здоров'я України ця цифра може сягнути більше ніж 800 тисяч людей. Вони потребують комплексної, якісної та безперервної допомоги для збереження здоров'я і повернення до нормального життя. Сподіваюся, що сьогоднішнє обговорення дозволить нам чітко визначити наявні проблеми, їх причини та напрацювати практичні рішення.

Колеги, я дуже вам дякую за увагу. І передаю слово заступнику голови Комітету з питань соціальної політики та захисту прав ветеранів народному депутату України Тарасенку Тарасу Петровичу.

Прошу.

ТАРАСЕНКО Т.П. Доброго дня, колеги. Дякую, що ми сьогодні зібралися. Дякую ініціатору цієї зустрічі. Тому що дійсно ми повинні проговорити багато питань. Оскільки я питання реабілітації досліджую з часу повномасштабного вторгнення, можу сказати, що у Міністерстві охорони здоров'я дійсно відбувається еволюція, швидка еволюція системи реабілітації. І спілкуючись із закордонними партнерами, бачу, що навіть ми вже перевершуємо в деяких сферах наших міжнародних партнерів. Але все

рівно ми повинні говорити, що дуже багато проблем залишається. Зі своєї сторони можу сказати, що нам дійсно потрібно більше здійснювати координацію в різних сферах, враховуючи те, що далі після системи реабілітації, 14, 21 день чи навіть там пів року, людина просто втрачає той досвід, який вона здобуває під час реабілітації, і фактично держава впуску може витратити кошти, а людина свій час на те, щоб відновитися. Тому нам потрібно окремо ще розбиратися і затверджувати стандарти соціальної реабілітації і насправді державі не закриватися від інших тем, які не так видимі як ампутація або спинальна травма, яких набагато більше.

Крім того, окремо потрібно працювали із залежностями, тому що насправді наркотична, алкогольна залежність у нашій державі дуже велика. Я буквально повернувся з відрядження з Британії, спілкувався з військовими і у них немає загалом залежності наркотичної, тому що у них є можливість за вживання наркотиків одразу звільнити з армії, там контрактна армія. У нас під час війни такої можливості немає і тому у нас багато питань із залежностями виникає. І процедури соціальної реабілітації фактично ще немає у нас в державі. Тільки нещодавно Міністерство охорони здоров'я затвердило відповідні протоколи щодо детоксу, і це тільки по наркотичних засобах.

Окреме питання – це паліатив. Нам потрібно розрізняти рівні паліативу для того, щоб пацієнти отримували належний догляд пожиттєвий, і таким чином, на жаль, ми повинні сказати, щоб не вмирали в ліжках.

І це окреме питання, яке потрібно досліджувати з точки зору психології, психіатрії, це питання самогубств, тому що, на жаль, Національна поліція зараз це не в повній мірі фіксує, але всі війни і досвід всіх війн показує, що після закінчення війни кількість самогубств збільшується. Нам потрібно робити превентивні міри.

Це те, що я хотів сказати. Будемо фіксувати всі ваші думки для того, щоб після комітетських слухань могли їх закріпити у відповідних рішеннях комітетів. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Тарасе.

Колеги, переходимо до основних тематичних виступів з регламентом до 5 хвилин. Колеги, в нас дуже багато бажаючих сьогодні виступити, задати питання, тому я прошу, давайте, прошу секретаріат чітко слідкувати за регламентом.

Запрошую до слова ініціатора слухань, народного депутата України Рудика Сергія Ярославовича. Пане Сергію, я так розумію, що ви почнете, а потім вас доповнить пані Анна Галета. Правильно я зрозумів?

РУДИК С.Я. Шановні друзі, в цьому залі присутні люди, які за покликом, хтось за фахом, хтось за пережитим досвідом, як Яна, знає, що таке реабілітація, і, сподіваюсь, щиро намагається зробити все, що в наших силах, для того щоб люди, які не мають такої можливості бути в таких заходах і брати участь, отримують свою допомогу при житті максимально швидко і якісно. Без пафосу ми провели подібний захід в січні місяці, взяли в ньому участь 12 країн, були такі, що офлайн і онлайн, проговорили величезний спектр питань, але розуміли, що це не тільки питання медицини, і в свою чергу це не тільки питання ветеранської політики, і це не тільки питання соціального супроводу, і це не тільки питання вузьких фахівців. І задали питання, що нам треба зробити як посадовцям, для того щоб максимально синхронізувати цю спільну нашу діяльність для того, щоб, ну, ми розуміємо: ми нація, яка потребує реабілітації і буде потребувати десятиріччя, щоб всі розуміли. А оскільки під час режиму дії військового стану неможливо проведення парламентських слухань, вийшли на формат міжкомітетських. Два ключових комітети: перший охорони здоров'я, який представляє пан Михайло Радучький, не менш важливий з питань соціальної політики, але ще купа відомств, які сьогодні присутні, вони теж є частинкою

цього великого процесу. Тобто наша задача напрацювати законопроекти, щоб вони лише були: а) не дублювались, б) не суперечили один одному, в) щоб не було взаємних заперечень, там навіть є думки, що треба внести зміни в Кримінальний кодекс, тому що десь є питання, по яких нестиковка. От наша задача це зробити, без пафосу, спокійно, нудно відпрацювати рекомендації наших слухань, висловити максимальну кількість своїх реалістичних пропозицій, підтверджую – реалістичних, щоб на виході ми мали, для прикладу, щоб довго не говорити, я передам слово Анні Галеті, яка душею пройшла цей весь шлях, без неї цей захід можливо би і відбувся, але не так, і не сьогодні – це точно.

Але хотів би, на Винниках всі були? Хто не був, дуже рекомендую. От уявіть, колишній державний госпіталь, державний лікувальний заклад, зліва – меценати, справа – держава, і потратьте там день і поспілкуйтеся з хлопцями, які там знаходяться без рук, без ніг, без очей, з купою дуже складних травм. І якщо вони захочуть з вами поговорити, то ви дізнаєтеся про те, що всі дуже мріють з правого крила перейти в лівий, де Superhumans Center, тому що там благодійні, тому що він там включає свої ресурси додаткові, можливості, він ризикує своїм іміджем.

Наше завдання всіх разом зробити так, щоб не було різниці, де наш ветеран, де наш цивільний громадянин, який постраждав від війни, ви самі знаєте ці цифри і сьогодні всі про них будете казати, але от наше завдання – щоб ця людина не мала різниці куди іти на реабілітацію, куди йти на лікування. Якщо нам це вдасться хоча би на відсотків 90, я буду вважати, що наша робота успішна.

Будь ласка.

ГАЛЕТА А. Вітаю, шановні народні депутати, представники уряду, колеги. І дякую за можливість сьогодні розділити з вами цю подію.

Готуючись до цих комітетських слухань, для мене стало очевидно, що ми підійшли до межі, де старі підходи вже не працюють. Україна живе в

умовах тривалої війни без готових шаблонів, тому система реабілітації, медицина, соціальна політика та державні інституції мають діяти гнучко, сучасно і відповідати реальним потребам людей.

Сьогодні в Україні понад 1,3 мільйона ветеранів. Близько 30 відсотків не можуть знайти роботу. Майже 68 не мають доступу до зрозумілої інформації про навчання та перекваліфікацію. Понад 50 відсотків потребують нових можливостей професійного розвитку. Це сигнал про те, що система поки не доводить людину до результату, необхідного самій людині і державі.

Тому хочу поставити сьогодні головне питання: чи готова держава перейти від окремих рішень до цілісної системи від поранення до повернення людини в соціально-економічне життя?

Насправді сьогодні ми вже маємо певну базу: законодавство, яке значно оновилося протягом 2024-2026 років, але потребує вдосконалення; розроблена низка проєктів кодексів і законів, які мають узгоджуватися між собою, про це сьогодні будуть говорити мої колеги; медичну реабілітацію, окремі програми для ветеранів; збільшення фінансування для медицини в 2026 році, навіть фінансування стоматологічної допомоги. Але ці рішення залишаються фрагментарними. Вони не з'єднані в одну систему, яка веде людину до результату.

Саме тут виникає розрив. Після лікування та медичної реабілітації людина часто залишається сам на сам із питанням: «Що мені робити далі?». Тому наступне питання до влади: де єдиний маршрут людини після поранення до логічного завершення? Тобто або повернення до служби або інтеграція в економіку держави. І питання до всіх нас: яким має бути цей маршрут? Хто, який саме орган або установа відповідає за те, щоб ця людина не загубилася між системою, медициною, соціальною політикою і ринком праці?

Очевидно, що країна вже підходить до потреби формування єдиної координаційної соціальної системи або служби, яка супроводжуватиме

людину після поранення до етапу її реальної економічної та суспільної інтеграції. Тому що сьогодні цього єдиного маршруту не існує як інтегрованої державної системи.

Тому наша пропозиція: має бути законодавчо закріплений єдиний маршрут медичної, психологічної та професійної реабілітації, має бути визначений відповідальний координаційний центр або структура, яка відповідає за координаційні зв'язки. Має бути забезпечена реальна взаємодія між усіма системами: МОЗ, Міністерством оборони, Міністерством у справах ветеранів, соціальною політикою і економічним блоком.

Друге питання: чому в Україні реабілітація не має обов'язкового завершального етапу, який передбачає не лише вирішення медичних проблем, а й подальше працевлаштування або залучення людини до активного життя, що є критично важливим для системного відновлення, особливо після поранень? Ми говоримо про лікування, про психологічну підтримку, але не говоримо про головне – про результат. А результат це повернення людини в соціально-економічне життя.

Важливо зафіксувати принципово: працевлаштування ветерана не окреме соціальне питання, а один із ключових показників результативності відновлення. Якщо після проходження всіх етапів допомоги людина не повертається до економічного життя, процес відновлення не можна вважати завершеним повною мірою. Пропонуємо інтегрувати професійну адаптацію, навчання, перекваліфікацію та зайнятість у єдиний маршрут відновлення і закріпити цей підхід на рівні державної політики. У практичній площині це означає необхідність доповнення Закону України «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» № 1053 від 3 грудня 20-го року положенням про кінцеву мету реабілітації – повернення людини до активного суспільно-економічного життя відповідно до її фізичного та психологічного стану.

Окремим напрямом має стати створення інтегрованої цифрової системи супроводу людини: від моменту поранення до працевлаштування. Пропонуємо запровадити таку ...

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Прошу, будь ласка, завершувати.

ГАЛЕТА А. Я хочу попросити, дозвольте мені продовжити, тому що я...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пані Анно, вибачте, ну, дивіться, всі ж хочуть слово.

Будь ласка, в нас є регламент.

ГАЛЕТА А. Дякую.

Третє питання. Для людей з інвалідністю, з психічними когнітивними порушеннями результативність відновлення значною мірою залежить не лише від роботи фахівців, а й від підготовленості родини. Тому є Постанова Кабінету Міністрів України № 1480 від 27 грудня 22-го року, яка вже формує відповідний напрям, однак сьогодні необхідно закріпити його системно. Пропонуємо визначити на рівні Закону України 1053 «Про реабілітацію в сфері охорони здоров'я» та порядку організації надання реабілітаційної допомоги, що освітні програми для членів сім'ї є обов'язковою складовою реабілітаційного маршруту.

І ще один надзвичайно важливий напрям – мобільна допомога вдома, реабілітаційна та паліативна. Обидва напрями об'єднані спільною логікою, допомога має приходити до людини там, де вона перебуває, а не людина повинна йти туди, до медичного закладу. Проте сьогодні існує системна проблема, базові ставки як за мобільним паліативом, так і за амбулаторною реабілітацією вдома фактично не відповідають реальній собівартості виїзної послуги.

Тому наша ключова пропозиція – переглянути базові ставки за мобільним паліативом та реабілітаційними виїзними послугами до рівня, що відповідає фактичній вартості допомоги вдома. Просимо доручити МОЗ та

НСЗУ провести перерахунок базових ставок за відповідними пакетами, виходячи з реальної вартості виїзної допомоги, та затвердити оновлені тарифи на 2026 рік.

І ще одне ключове дозвольте мені сказати, будь ласка. Виникає питання, де саме система має завершувати цей процес, система реабілітації? Однією з галузей, де ветеран чи ветеранка можуть найбільш ефективно відновити свою спроможність, може бути аграрний сектор. І це не як галузь у класичному розумінні, а як середовище відновлення, де людина може працювати відповідно до свого стану, де є гнучкість і можливість відновлювати не лише тіло, а й роль, функцію і гідність.

Тому ми пропонуємо, якщо говорити конкретно, така модель має включати рішення, яких сьогодні системно немає: реабілітаційно-економічний контракт ветерана з державою, обов'язковий супровід людини протягом 3-5 років після реабілітації, нові моделі економічної інтеграції - ветеранські кооперативи, сімейні господарства і соціальне підприємництво, малі виробництва та власна справа як інструмент повернення людини до економічно активного життя.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Я перепрошую. Прошу, будь ласка, завершувати.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пані Анно, ви були помічником народного депутата, ви ж знаєте, що таке регламент. Будь ласка.

ГАЛЕТА А. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

І у мене прохання, ви коли пропонуєте щось збільшити чи переглянути, у нас завжди прийнято, знову ж таки, спираючись на ваш досвід, треба казати з чого зняти і як перерахувати. Все, велике прохання до вас. І ви знаєте, що інакше воно зал не пройде, так, і воно не пройде бюджетний комітет, бо просто сказати давайте дамо, не розуміючи звідки дамо, тим більше, що пакети держава максимально збільшує. Дякую. Потім будуть дискусії. Просто, якщо хтось буде на цю тему виступати, в мене прохання, ви дайте

пропозицію не тільки, що це треба зробити, а ще й скажіть, звідки це зробити. Так, умовно, зняти з протезування і додати на паліативну допомогу, я не сперечаюсь, може, якщо є доводи, то це треба зробити, але за даними Нацполу саме допомога на дому на сьогоднішній день обікрала Національну службу здоров'я України на дуже велику суму, а це вже судові рішення, це вже не підозри. Тому давайте, тут треба дуже зважено підходити. Дякую.

До слова запрошується секретар Комітету здоров'я нації Зінкевич Яна.

Прошу.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Дякую, колеги. Я не буду багатослівною, в принципі ми всі розуміємо і дуже часто піднімаємо на питаннях нашого комітету предмети нашого відання, в тому числі реабілітацію. Дякую всім колегам за спільну роботу і хотіла буквально трішки звернути увагу, що мабуть психологічна реабілітація це одна із самих великих проблем, є успішний, уже реалізований проєкт «Лісової поляни», і нам варто подумати, як можна було б ці проєкти масштабувати та поширювати. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пані Яно.

До слова запрошується народний депутат України, заступник голови Комітету з питань здоров'я нації Дмитрієва Оксана Олександрівна.

Пані Оксано, прошу, 5 хвилин.

ДМИТРИЄВА О.О. Дякую, Михайле Борисовичу. Дякую всім колегам, ветеранам, військовим, представникам професійної спільноти, громадським організаціям та міжнародним партнерам. Система реабілітації на сьогодні це вже не окремий напрямок медицини, це питання національної стійкості, якості життя людей і того, як держава буде проходити шлях після війни. Коли ми в 20-му році працювали над Законом про реабілітацію з нашим комітетом, з Комітетом соціальної політики, а я є автором цього закону, ми дуже плідно пропрацювали майже рік, то нашим ключовим завданням було створити сучасну систему, де в центрі стоїть людина, її функціональність, повернення до життя та максимальна незалежність. І сьогодні ми вже

бачимо, як ця система розвивається, створюються дисциплінарні команди, відкриваються нові реабілітаційні центри, відділення, впроваджуються сучасні підходи та міжнародні стандарти.

Я дуже рада, що тоді в 20-му році ми змогли змінити старі радянські підходи до реабілітації і створити систему, яка вже працювала у 2022 році, коли наша країна зіштовхнулася з викликами повномасштабної війни. Це, без перебільшення, дало змогу поставити на ноги тисячі наших ветеранів. Але водночас ми маємо чесно говорити і про виклики, які маємо зараз, бо найважливіше постійно розвиватися, змінюватися в ногу з часом і адаптуватися під потреби сьогодення. Саме так має працювати кожен напрям – швидко і оперативно.

Під час зустрічей із реабілітаційними центрами, лікарями і фахівцями мультидисциплінарних команд дуже часто піднімається питання фінансування допомоги військовим та ветеранам у межах програми медичних гарантій. Адже у нас є дійсно складні бойові травми, множинні поранення, ампутації, тяжкі психологічні стани, які потребують значно більшого ресурсу, часу і залучення фахівців. Тому все ж таки, на мою думку, є сенс професійно обговорити можливість запровадження окремих, мабуть, коефіцієнтів або додаткових механізмів оплати для допомоги військовим і ветеранам зокрема у сфері психіатричної допомоги, комплексної реабілітації та тривалого стаціонарного лікування. У багатьох випадках стандартних термінів перебування просто недостатньо для якісного відновлення людини.

Далі, наступне. Ще одне важливе питання, яке ми маємо врахувати, це те, що реабілітація не завершується після виписки із стаціонару. Ми маємо будувати повноцінну систему відновлення людини від гострого етапу до повернення у суспільство, до цивільного життя, до роботи, до навчання, до соціальної взаємодії. Саме тому надзвичайно важливим є розвиток амбулаторної та довготривалої реабілітації, психологічної допомоги, підтримки родин, програм ментального здоров'я, а також залучення ветеранів

до адаптивного спорту та інших активностей, які допомагають людині знову відчувати себе частиною життя.

І окремо хочу сказати, сьогодні у нас реабілітація це не лише про фізичне відновлення – це про гідність, про повернення суб'єктності людині після травми, про можливість не просто вижити, а жити далі. Тому наше з вами завдання як держави не лише створювати нормативну базу, а й просто адаптувати систему до реальних потреб людей, які пройшли війну.

Дякую всім, хто сьогодні працює в цій сфері, бо за кожним рішенням, кожною програмою і кожною реформою стоїть конкретна людина та її шанс повернутися до повноцінного життя. Я сподіваюся, що сьогодні у нас буде такий плідний і відвертий діалог, результатом якого мають стати конкретні рішення та зміни, які допоможуть нашим ветеранам і ветеранкам отримувати якісну, безперервну та доступну систему відновлення від медичної допомоги і реабілітації до повноцінного повернення до життя в суспільстві. Тому дуже важливо сьогодні не лише говорити про проблеми, а й спільно шукати механізми їх вирішення професійно, системно і з розумінням реальних потреб людей, які пройшли війну. Дякую вам.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Оксано Олександрівно.

До слова запрошується народний депутат України, голова підкомітету з питань забезпечення епідемічної безпеки, боротьби із ВІЛ/СНІД та соціально небезпечними захворюваннями Комітету з питань здоров'я нації Булах Лада Валентинівна.

Прошу, пані Ладо.

БУЛАХ Л.В. Усім добрий вечір. Рада бути тут, рада робити доповідь. Але почну свою доповідь з маленького такого відступлення. Знаєте, так, я розумію, що тут, можливо, є думка, що депутати відірвані від реалій, я просто хочу сказати, що я є дружиною військовослужбовця, я є мамою військовослужбовця, і те, що я тут працюю, і мій життєвий досвід дає мені можливість говорити про те, що реально працює, а те, що на папері працює,

також ми це бачимо і визнаємо зі свого повсякденного життя. Щоб трішечки так не стигматизувати народних депутатів, які, чомусь є така думка, що відірвані від реального життя.

РУДИК С.Я. Не всі.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Сергію. Не всі. Я дякую за підтримку.

Про систему охорони психічного здоров'я. Так, давайте повернемося до предмету. Продовжу свою доповідь про доступ до послуг з психічного здоров'я. Рік тому ми прийняли Закон «Про систему охорони психічного здоров'я в Україні». Вперше за всю незалежність України нарешті з'явився закон, який почав регулювати, взагалі визнав психічне здоров'я цінністю і визнав стратегію залучення всіх органів центральної влади для підтримки психічного здоров'я населення, не тільки Міністерство охорони здоров'я. І лише за перші місяці 2026 року послуги з підтримки ментального здоров'я отримали понад 342 тисячі українців, 45 тисяч з яких – це неповнолітні, це діти. Це свідчить про те, що ми долаємо бар'єр стигми до послуг з ментального здоров'я, психічного здоров'я і створена нами законодавча база дійсно працює.

Пару цифр. Первинна ланка, завдяки програмі «Ти як?» курсом MhGAP понад 24 тисячі сімейних лікарів вже надають базову психологічну допомогу. І я б назвала це такими вхідними воротами в систему реабілітації для ветерана і членам його родини.

Доступність. Сьогодні безоплатна психологічна допомога доступна майже у 3 тисячах закладів за програмою медичних гарантій, тобто за кошти держави.

Спеціалізована допомога для ветеранів з важкими контузіїями та травмами з ПТСР. По всій країні вже розгорнуто і розпочали роботу 195 центрів ментального здоров'я.

Але не тільки про допомогу з ментального здоров'я, я трішечки згадаю і профілактику. Тому що реабілітація, на мій погляд, це не лише лікування

наслідків, а і попередження ускладнень. І цьогогоріч запроваджено важливий такий крок з профілактики – це комплексний профілактичний скринінг для громадян віком старше 40 років, який обов'язково включає оцінку ризиків для ментального здоров'я. Це дозволяє виявити проблеми на ранніх стадіях, на ранніх етапах, що критично важливо для ветеранів, які повертаються до цивільного життя.

Попри успіхи, звісно, що давайте відверто говорити і про проблеми. На мій погляд, треба посилити міжвідомчу взаємодію. Соціальна реабілітація ветерана неможлива без якісної медичної підтримки і, навпаки, якість послуг у громадах, які повинні бути запроваджені обов'язково, тому що ветеран не повинен їхати в обласний центр, і допомога має бути і якісною, і доступною в межах його ОТГ.

І останнє, це підтримка не тільки ветерана. Його підтримка і відновлення – це його найближче коло соціального оточення, це його родина, діти, дружина, його найближчі люди, тому ми маємо розширювати програму, залучати і дружин наших військовослужбовців, їх дітей, адже вони головна його опора в процесі відновлення. І нам здається, що держава спроможна повністю відновити, реабілітувати, повернути ветерана до соціального продуктивного життя, в першу чергу це важливо зробити тільки підтримуючи його соціальне оточення, його родину.

Шановні колеги, дякую вам за увагу. І чекаю на нашу дискусію.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Ладо Валентинівно.

Ірина Петрівна Никорак, є? Вона записувалася на виступ. Немає.

Слово надається Вагнер Вікторії Олександрівні, народний депутат, член Комітету з питань здоров'я нації.

Прошу.

ВАГНЕР В.О. Дякую, Михайле Борисовичу, за надане слово.

Я би хотіла обговорити такий трішки інший момент реабілітаційного процесу, який чомусь мало озвучується на сьогоднішній день. Ми розуміємо,

що сьогодні реабілітаційна система має правильну загальну архітектуру, це команди, реабілітаційні маршрути, форми плану, фінансування допомоги, розвиток доказової реабілітації для ветеранів, але в цій архітектурі майже не видно обов'язкового жіночого компоненту. Чи є нинішня модель ветеранської реабілітації в Україні досі переважно побудованою навколо чоловічого профілю бойової травми та недостатньо враховує гендерно чутливі аспекти, зокрема медичної реабілітації жінок-військових. Україна вже зробила важливі кроки: жінки повноцінно служать у війську, займають бойові посади, перебувають на передовій. Ми розуміємо, що на 1 січня 2025 року в ЗСУ служили принаймні десь 70 тисяч жінок, з яких 5,5 тисяч вже на передовій. І ми розуміємо, що 80 відсотків, ну десь 80 принаймні, жінок, які там знаходяться, це жінки репродуктивного віку. Міністерство оборони вже має гендерну рамку, в них є два накази, які регламентують рівний статус, рівні можливості жінок і чоловіків у ЗСУ. І також затверджує методичні рекомендації щодо гендерно чутливої мови в системі Міністерства оборони України. Але проблема в тому, що жінка військова часто потрапляє в загально ветеранський маршрут, де її бачать як пацієнтку з травмою, болем, контузією, ПТСР, але не завжди як жінку з потенційними репродуктивними, гінекологічними, сексуальними та гормональними наслідками війни. Жінка після війни може мати не лише фізичне поранення чи психологічну травму, вона може мати гормональні збої, проблеми з фертильністю, вагітністю, виношуванням, впливом стресу та медикаментів на репродуктивну систему. І якщо система цього не бачить, вона реабілітує жінку неповністю. Тобто Україна вже нормативно визнала роль жінок в секторі оборони, але ще не створила для них окремого зрозумілого і гарантованого реабілітаційного маршруту.

Над чим вважаю за потрібне подумати? По-перше, затвердити окремий клінічний маршрут медичної реабілітації жінок-військовослужбовиць і ветеранок. Він має бути спільним продуктом Міністерства охорони здоров'я,

Міністерства оборони України. Мінветеранів і НСЗУ. По-друге, НСЗУ має передбачити або окремий пакет, або додатковий коефіцієнт до реабілітаційного пакету для закладів, які надають гендерно чутливу медичну реабілітацію ветеранкам, бо якщо це не буде оплачено державою, воно залишиться декларацією. Третє, обов'язковий скринінг для жінок військових і ветеранок. Скринінг має проводитись у п'яти точках: під час демобілізації або звільнення зі служби, після госпіталізації або лікування бойового поранення, при першому зверненні до сімейного лікаря після служби, при вході в реабілітаційний маршрут і щорічно для ветеранок з високим ризиком. Четверте, це потрібно пов'язати з демографічною політикою. Україна вже має Стратегію демографічного розвитку до 40-го року, затверджену розпорядженням Кабінету Міністрів України. Ми розуміємо, що з кожним роком рівень народжуваності в нас падає, ну, достатньо різко. Тому в контексті демографічної кризи це питання набуває ще більшої ваги. І це питання гідності, доказової медицини, рівності та, звісно, національної безпеки. Отже ми розуміємо, що жінки вже є повноцінною частиною війська, і тепер держава має зробити їх повноцінно видимими в системі медичної реабілітації. Я прошу всі інституції звернути увагу саме на це питання.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, шановна Вікторіє Олександрівно.

Запрошую до слова Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини Лубінця Дмитра Валерійовича.

Прошу, Дмитре Валерійовичу. Не з'явився.

Слово надається Уповноваженому Президента України з питань реабілітації учасників бойових дій Свириденку Вадиму Васильовичу.

Шановний Вадиме Васильовичу, у вас 5 хвилин, прошу.

СВИРИДЕНКО В.В. Добрий день! Ви знаєте, тут в програмі так чітко написано: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення. І це прекрасно, так по військовому: проблема – вирішення, проблема – вирішення, і в час будемо вкладатися всі. Тому я буду мабуть швидко.

От мені дуже сподобалося, як дійсно Тарас Петрович почав свою доповідь із залежностей. Ви знаєте, у нас це велика, величезна проблема, і ми всі це розуміємо, які у нас воїни повертаються, більшість, звідти і як вони, знаходячись в госпіталях теж, ну так стається в житті, що виникає залежність людей на деякий вид лікування. Але все ж таки у нас тільки знімаються гострі питання: як далі відбувається реабілітація, чи вона існує? Ні, не існує. Тобто таке замкнуте коло, людина проходить гострий період і повертається на точку нуль, знову, тому що ця залежність ніяк не вирішується.

Паліатив. Ви знаєте, з паліативом теж проблема. Ми розуміємо, що той паліатив, який ми маємо, це все побудовано на важких хворобах, а у нас зараз все-таки військові мають комбіновані травми, важкі, а це не означає, знову ж таки, що їх можна ставити на нуль. У нас дуже багато випадків, коли через ті лікарні, які працюють через фонди, вони піднімають наших військових на ноги, і я сам маю такі випадки, і навіть з прикордонною службою, коли дійсно забирали людей, яким давали уже пару діб життя, і в цих лікарнях їх ставили на нуль, зараз вони не просто на візочках, спілкуються, все, тобто підхід до паліатива однозначно треба міняти.

Ще одна велика проблема у нас – щелепно-лицьові імпланти. Ви знаєте, в нашій країні ці імпланти роблять, у нас є 3D-принтери, є фахівці, які дійсно роблять складні операції. Я думаю, що мене потім, може, доповнять, пані Наталія, що вони знають ці всі проблеми насправді і працюють, але поки що держава ніяк не фінансує. Ті фонди, які займаються цією важкою проблемою, ну, там черга до осені. І ціна цього питання, я вам скажу відверто, від 15 тисяч гривень до 200, дивлячись, яку кістку і що треба замінити. В принципі складні, так, операції, але вони роблять.

Ну, давайте уявимо, якщо йде верхній скид, міни або якісь снаряди, однозначно, що людина втрачає зір і втрачає частину свого черепа. Ви знаєте, щоб поставити йому отой протез очний, спочатку йому треба зробити імплант щелепно-лицьовий і реально оця людина сидить і чекає. Може пів року чекати, може більше. Так, з ним працює і психолог, який дійсно має фах роботи з незрячою людиною, з втратою зору, але все ж таки давайте звернемо на це увагу, тому що дійсно це черга, черга, яку потрібно змінювати. І це в наших силах.

І ще одне таке питання до нашого Міністерства оборони. Я дуже багато їжджу по госпіталях, нещодавно був в полтавському госпіталі, вони, ну, скажу, стан госпіталю не дуже такий задовільний, але вони нещодавно отримали районну лікарню і їх госпіталь розширився. Там дійсно зараз він переповнений, 170 ліжок. Але питання з медичною ліцензією. В 2011 році цей госпіталь отримав медичну ліцензію, а коли розширились, то забули розширити медичну ліцензію. Так що я прошу це питання теж взяти до уваги і дати їм медичну ліцензію, щоб вони могли все це якісно робити.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

До слова запрошується міністр охорони здоров'я України Ляшко Віктор Кирилович.

Шановний Вікторе Кириловичу, прошу.

ЛЯШКО В.К. Шановні головуючі, шановні народні депутати, шановні присутні! Дуже дякую за можливість сьогодні бути тут з вами, слухати про проблемні і актуальні питання розвитку системи реабілітації в цілому. Я зупинюся на реабілітації у сфері охорони здоров'я і трішки відрефлекую на те, що було вже озвучено. Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» був прийнятий перед повномасштабним вторгненням і, на мій погляд, це працюючий сьогодні закон, який дає відповідні результати. І у мене прохання, те, що працює, потрібно йому допомагати працювати і

розвивати, те, що не працює, давайте переглядати. Бо є у мене питання як у міністра охорони здоров'я до Закону про реабілітацію осіб з інвалідністю, в якому прописано ряд речей, про які сьогодні і було озвучено, озвучені питання, які повинні підхвачувати людину, яка пройшла реабілітацію у сфері охорони здоров'я, і допомагати поза межами закладу охорони здоров'я.

Наше завдання як Міністерства охорони здоров'я забезпечити універсальний доступ до якісної і безоплатної медичної допомоги, в тому числі реабілітаційної, для усіх українців з акцентом і з урахуванням потреб наших ветеранів. І ключова задача, яку ми зараз обговорюємо, ключове для нас – це слово «універсальний». І це означає, що мають бути послуги доступними на території всієї країни. І те, що тут просили, що не може людина їхати в обласний центр, ми це підтримуємо і ми говоримо, що для цього ми і зробили відповідний маршрут пацієнта, кластеризацію лікарень, поставили чіткі завдання, де повинні бути створені реабілітаційні відділення, і розуміємо, які центри повинні займатися тяжкою травмою, яка потребує довготривалої реабілітації, такої як спинальна травма, така, яка потребує реконструктивних спочатку втручань з реабілітацією. І система охорони здоров'я крок за кроком іде до того, щоб створити ту ідеальну модель, яку би нам всім хотілося бачити, але ми розуміємо, що на це потрібен час. Тому і в Національній стратегії зі створення безбар'єрного простору наш флагманський проєкт – це формування сучасної системи реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я, над яким ми всі і працюємо.

Я можу озвучити декілька цифр, які сьогодні скажуть про те, що вже відбувається в сфері охорони здоров'я. Бо сьогодні вже у нас 370 медичних закладів надають стаціонарну реабілітаційну допомогу і 530 амбулаторну. Вже ми перешагнули далеко за 13 тисяч сеансів реабілітаційної допомоги, які надаються в один день. Нагадаю, що до початку повномасштабного вторгнення 2 тисячі для нас була мрія, якість тих 2 тисяч і тих 13-и, які вже сьогодні ми надаємо, вже не можна порівняти. І для нас далі ключова задача

працювати як супервізори для того, щоб забезпечити однакову якість у всіх реабілітаційних центрах, які працюють по програмі медичних гарантій, з урахуванням маршруту пацієнта, з урахуванням складності випадку, з урахуванням спинальної травми, іншої травми для того, щоб все працювало.

І коли ми розпочали працювати, зрозуміли: щоб досягнути якість, потрібно оновити стандарти. І минулого року і цього року вже затверджені ряд стандартів, і я дякую, і бачу багато присутніх, які були долучені до розробки стандартів, були долучені до обговорення стандартів реабілітації, які дозволяють нам сьогодні говорити про те, що створені умови. Є спеціалісти, є стандартизація послуги, треба тепер проконтролювати з нашої сторони її дотримання, щоб вона була однакова скрізь, менеджерам закладів забезпечити цю послугу, ефективну послугу в кожному із закладів.

Окремо готовий зупинитись на системі ментального здоров'я, бо ми сьогодні говоримо про ментальне здоров'я як одну із складових реабілітаційної послуги. І без психічного здоров'я, без психічної реабілітації не можна говорити про повноцінну реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Наголошую, я зараз говорю про реабілітацію у сфері охорони здоров'я.

І тут я також зі словами вдячності до народних депутатів, які прийняли Закон про охорону психічного здоров'я, вперше закон який є в Україні, і ми зараз завершуємо затвердження підзаконних актів, які регулюють діяльність у цій сфері.

І окремо в рамках Всеукраїнської програми "Ти як?", яка ініційована першою леді Оленою Зеленською, ми розуміли і поетапно також вибудовували систему надання психологічної допомоги. Спочатку це були сімейні лікарі як точка входу, як психологічна підтримка і психологічна консультація. Після цього пішли на створення центрів ментального здоров'я в тих центрах, які вже постворювали реабілітаційні відділення, зокрема це в кластерних лікарнях, і цього року у нас пріоритет – це психіатрична допомога. І ми в програмі медичних гарантій виокремили цей пріоритет і

значно переглянули тарифікацію і вимоги до центрів, які надають послуги у боротьбі з залежностями, про які Тарас Петрович озвучив, що їм треба приділяти уваги.

І далі ключова задача – переформатувати ще і психіатричні лікарні, тому що у 2024-2025 роки ми як міністерство провели ряд аудитів. Ми не задоволені станом, в якому перебувають психіатричні лікарні, поробили розпорядження про те, що можуть бути втрачені ліцензії на медичну допомогу. Частина проектів ми взяли, публічних, інвестиційних, і перебудовуємо ці лікарні, для того щоб був повністю замкнутий цикл. Але ми розуміємо також: в подальшому людина, яка залишить заклад охорони здоров'я, повинна буде потребувати чергової підтримки, в тому числі і психологічної, за межами системи охорони здоров'я. Тому ми і вибудовуємо такий мультидисциплінарний підхід, щоб не залишати людину.

І дякую, що і Міністерство ветеранів, і Міністерство соціальної політики відгукнулися або, там, ініціативно прийшли до нас і ми зробили помічника ветерана і менеджера соціальної послуги, відкрили для них заклади охорони здоров'я, для того щоб робота з людиною, яка отримує реабілітаційну послугу, людина, яка отримує медичну допомогу, розпочиналась уже біля ліжка хворого, для того щоб розказати, чим вона може скористатись в подальшому, коли залишає заклад охорони здоров'я.

Чи знову ж це все працює так ідеально, як би нам хотілось? Напевно, ні, бо ми збираємося, обговорюємо ці проблеми. Але точно вже маршрути промальовані, ми готові з ключовими речами попрацювати над тим, щоб ці маршрути були адаптовані і, якщо десь є прогалини, досить швидко були вирішені. Тому вчергове дякуємо за такі слухання і будемо очікувати рекомендацій слухань, для того щоб імплементувати їх в практику.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, шановний Вікторе Кириловичу.

До слова запрошується Інна Василівна Солодка – заступник міністра соціальної політики, сім'ї та єдності України.

СОЛОДКА І.В. Дякую.

Шановний головуєчий, шановні народні депутати, шановні колеги, шановні присутні. Дійсно, на сьогодні система реабілітації ветеранів формується як безперервний комплекс медичної, соціальної, професійної підтримки від моменту надання медичної допомоги до повернення до активного життя в громаді. І реабілітація розпочинається безпосередньо в закладі охорони здоров'я із залученням мультидисциплінарної реабілітаційної команди, яка забезпечує не лише медичний супровід, але й соціальну підтримку. І на сьогодні, як правильно зазначив абсолютно Віктор Кирилович, залучення соціальних працівників вже включено до специфікації пакету медичних гарантій «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах». Це є обов'язковою умовою надання відповідних медичних послуг. І міністерством напрацьовуються на сьогодні проекти нормативно-правових актів в частині удосконалення питань по кейс-менеджменту саме в соціальній сфері, оскільки тут іде питання про проведення оцінки індивідуальних потреб, формування планів ведення випадків як складової індивідуального реабілітаційного плану, координація взаємодії з надавачами послуг та супроводження на всіх етапах відновлення. Це може бути як відновлення документів, пенсійних документів, оформлення соціальної допомоги, отримання допоміжних засобів реабілітації, надання соціальних послуг, адаптація. І також хочу зазначити окремо, що на сьогодні є Дорожня карта по реформуванню протезування, там де напрацьовується міністерством спільно з Міністерством охорони здоров'я, Міністерством ветеранів, народними депутатами питання в частині нормативно-правових актів для залучення того, що це має бути дійсно єдиний маршрут пацієнта.

Отже серед ключових пріоритетів – це вдосконалення маршруту пацієнтів, підвищення якості протезування шляхом запровадження чітких

процедур взаємодії єдиних стандартів та узгоджених позицій всіх учасників процесу. І оскільки сьогодні дуже піднімається питання в частині психосоціальної підтримки, хочу також сконцентрувати увагу на тому, що у нас на сьогодні є експериментальний проєкт по центрах життєстійкості. Цей проєкт був із січня місяця переформатований як тристоронній, тобто вже залучені громади до цього процесу. І на сьогодні є 286 центрів життєстійкості, які також активно співпрацюють і з ветеранськими просторами, і активно надається допомога, психосоціальна допомога ветеранам, розширено питання в частині допомоги також членам родин, що допомога може надаватися безпосередньо ветеранам, членам родини. І проводяться відповідні навчання. Тобто за 25-й рік майже 19 тисяч ветеранів звернулися до центрів життєстійкості. І з початку року ми також бачимо, наскільки є активна взаємодія між ветеранськими просторами і центрами життєстійкості, коли на площадці центрів життєстійкості також пропрацьовується: проводяться семінари, проводяться групові заняття, проводяться індивідуальні. Дуже гарно показала себе послуга «Рівний – рівному», коли ветеран спочатку звертається за допомогою, потім дуже багато таких випадків, коли працевлаштовується у центри життєстійкості, і надається допомога, проводяться навіть спільні курси. Тобто ми також плануємо розширити і надалі програми навчання, групові заняття, індивідуальні і також пропрацьовуємо питання в частині того, що саме психосоціальна підтримка ветеранів, вона є надважливою.

Дякую.

ТАРАСЕНКО Т.П. Дякую, Інно Василівно.

Я запрошую до слова онлайн Лубінця Дмитра Валерійовича – Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини. Дмитро, будь ласка.

ЛУБІНЕЦЬ Д.В. Доброго дня, Тарасе Петровичу, шановні народні депутати, шановні присутні. Я, на жаль, фізично не з вами в залі, але ментально і душею точно з вами. Я перепрошую, що перший раз, коли мене надсилали, я не зміг приєднатися, і дуже дякую за організацію такого дуже важливого обговорення.

Отже, шановні колеги, я перейду зразу до суті. Фактично система реабілітації для ветеранів і ветеранок сьогодні в Україні, по-перше, це є пріоритет номер один для мене особисто як для Уповноваженого. Я сподіваюся, що це є такий же самий пріоритет абсолютно для всіх органів влади.

Важливо наголосити, що реабілітація ветеранів це не виключно медичне питання, це передусім питання реалізації прав людини: право на охорону здоров'я, соціальний захист, гідність, працю та повноцінну участь у суспільному житті. В цілому, шановні колеги, на мій погляд, незважаючи на те, що для реалізації ветеранської політики в Україні формально створено ну якщо не все, то практично все, прийнято значну кількість нормативних актів, запроваджено нові інституції, є багато прийнятих законодавчих актів, за що окрема подяка українському парламенту, і нібито побудована система повинна показати результат, який мав би відчувати кожен ветеран, кожна ветеранка у взаємодії з державою, але нерідко є випадки, коли це залежить не тільки від самої системи, а й від конкретного органу чи навіть конкретної людини.

Я окремо прописав цю проблематику в Щорічній доповіді за 2025 рік, яку я направив у парламент, сподіваюся, що парламент розгляне її, по цифрах. Якщо в 2024 році до мене звернулися 1 тисяча 33 ветеранів, у 2025-му вже 2 тисячі 77, за 4 місяці цього року я отримав вже практично тисячу звернень – практично стільки ж, скільки за весь 2024 рік.

Я вам наведу один приклад, з чим звертаються ветерани, от незважаючи на те, що система нібито ідеально побудована. Ми отримуємо

скарги від ветерана з інвалідністю I групи, що затягується встановлення пандусу в його будинку.

Ми виїхали на місце і під час спілкування з ним виявили, що міський заклад охорони здоров'я, де ветеран перебуває на обліку, припинив надання останньому деяких реабілітаційних послуг. Ми терміново поїхали до цього закладу, поспілкувалися з директором закладу, яка надала пояснення, що спеціалісти готові надавати ці послуги, але не мають можливості виїхати до ветерана з інвалідністю для надання цих послуг через відсутність палива для службового автомобіля. Ще один приклад, який показує нібито вся велика система побудована, але вона постійно дає збій.

За результатами цих і інших звернень від відповідної категорії громадян України я бачу, що є системна проблема, передусім це фрагментованість системи. На практиці дуже часто ветеран самостійно шукає шлях між медичними, психологічними та соціальними послугами. Відсутній єдиний маршрут призводить до втрати часу, ресурсу і, щонайважливіше, можливості для якісного відновлення.

Наступною проблемою є обмежена доступність реабілітаційних послуг, причому в різних регіонах України спостерігається суттєва нерівномірність у розвитку інфраструктури. Так, дійсно є ОТГ, які показують унікальні позитивні приклади і будується інфраструктура для пересування і просто проживання для ветеранів в цій ОТГ. А є інші, які взагалі не піднімають це питання і нічого, на жаль, не міняють.

Окрема проблематика це кадровий дефіцит. Система потребує значного посилення фахівцями, фізичними терапевтами, психологами, а також спеціалістами, які елементарно мають досвід роботи саме з бойовою травмою. Внаслідок всіх цих проблем ми фіксуємо проблематику безперервності реабілітаційного процесу. Відсутність дуже часто довгострокового планування та супроводу призводить до того, що результати реабілітації, на жаль, не закріплюються.

Особливої уваги потребує питання бюрократичних бар'єрів, складні процеси оформлення ...

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Шановний колего, будь ласка, хвилинка, завершуйте виступ. Даруйте, час.

ЛУБІНЕЦЬ Д.В. Я дуже коротко. З пропозиціями, які би я дуже хотів сьогодні озвучити. Це, на мій погляд, необхідно зосередитись на побудові єдиної комплексної та інтегрованої системи реабілітації, ідеться не просто про запровадження чіткого та зрозумілого маршруту ветеранів: від моменту отримання травми до повної соціальної інтеграції; розвиток кадрового потенціалу через навчання, підвищення кваліфікації; забезпечення доступності послуг на рівні громад шляхом розвитку місцевої інфраструктури. Окреме питання, на цьому наголошував і міністр охорони здоров'я, це програми психологічної підтримки та формування культури звернення за допомогою як нормальної та необхідної практики, але під це треба створити елементарну інфраструктуру.

Тому, шановні колеги, я дякую, що піднімаєте дуже важливе питання, і дякую за можливість сьогодні виступити і дати свої рекомендації органам влади. Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Дмитре Валерійовичу, за змістовну доповідь. Ми чекаємо вас у четвер в залі Верховної Ради зі звітом.

До слова запрошується Приходько Руслан Вікторович, регламент 5 хвилин, Міністерство ветеранів. Прошу.

ПРИХОДЬКО Р.В. Я дякую щиро. Всім бажаю здоров'я.

Шановні колеги, дякую за організацію заходу. Дійсно, сьогодні відповідна реабілітація наших захисників і захисниць є безумовним пріоритетом, про це сьогодні говорять всі керівні документи, всі політики і програми, починаючи від Президента і закінчуючи всіма іншими органами державної влади, для нас також це є безумовним пріоритетом.

Мабуть, складно сперечатись з тим, що було озвучено попередніми, багато розумних та важливих слів, зосереджу увагу на тому, що сьогодні робить Міністерство у справах ветеранів України в межах реалізації Державної стратегії ветеранської політики до 2030 року. Зверну увагу на те, що основний перший пріоритет для нас є відновлення фізичного і психічного здоров'я наших захисників і захисниць, це безумовний пріоритет, і завершу тим, що сьогодні піднімалась проблема, те, що реабілітація має завершуватись не питаннями закладів охорони здоров'я, а питаннями інтеграції, соціально-економічної незалежності наших захисників. Все, що потрібно зробити, чітко, структуровано прописано як стратегічні і операційні цілі реалізації ветеранської політики.

Сьогодні у межах виконання відповідних завдань наше міністерство сфокусоване на роботі, яку можна структурувати у два великі блоки. Перше питання – це наша системна робота з Міністерством охорони здоров'я, з Національною службою здоров'я України, безпосередньо забезпечити так, щоб загальна система охорони здоров'я працювала ефективно і досягала необхідних результатів у межах реалізації тих потреб, які мають сьогодні наші захисники і захисниці. Ну ми ж всі розуміємо, що в державі відбулася децентралізація, бачимо, що дуже часто питання якості медичних послуг і організації менеджменту безпосередньо самих закладів охорони здоров'я, якщо сказати, що хромає на одну ногу, це, мабуть, нічого не сказати, потребує системного впливу і регулювання відповідних системних ситуацій. На жаль, дійсно, як і Омбудсманом, і попередньо зазначалося, багато проблемних питань, починаючи від звернення до закладів охорони здоров'я, реалізації визначених законом пріоритетних прав на обслуговування і надання медичних послуг, так і безпосередньо до якості надання таких послуг.

Але, мабуть, найбільшим сьогодні питанням представляється дійсно те, що і Віктор Кирилович озвучував, і попередні доповідачі, це питання

відповідальності за організацію медичного процесу, коли ти приїжджаєш в заклад і ветерани не можуть у певній громаді отримати послуги з реабілітації тільки тому, що з певних причин заклад вирішив не контракуватися з Національною службою здоров'я України і всі подальші процедури відбуваються за власний кошт. Коли ми всі говоримо, що наші ветерани мають повні права на безоплатну медицину і реабілітацію, на жаль, ми бачимо протилежне. Тому відповідно на цьому сьогодні для нас є одним з основних фокусів – забезпечити так, щоб по відношенню до ветеранів система загальна охорони здоров'я працювала на відмінно.

Друга складова – це доповнення загальної системи охорони здоров'я і реабілітації тими програмами, які мають покрити певні специфічні потреби, які не враховані в рамках програми медичних гарантій, пов'язані з участю наших захисників у бойових діях. Так, безпосередньо станом на сьогоднішній день ми впроваджуємо цілу низку розроблених нових програм. Дякую всім партнерам, які долучаються і до напрацювання, і до піднятих проблемних питань. Ну, перше, це трирівнева система надання психологічної допомоги нашим захисникам. Сьогодні законтраковано з міністерством більше 293 практичних психологів, які мають відповідний рівень і досвід роботи безпосередньо з нашими захисниками. Міністерство оплачує надані послуги.

Наступна складова – це відповідно створення системи в нашій державі продовження реабілітаційного процесу, запровадження реабілітації. Відповідно сьогодні затверджено постановою Кабінету Міністрів відповідну програму посилення спроможності наших ветеранів, які мають інвалідності внаслідок війни. На сьогодні вже законтраковано 4 заклади в різних регіонах України і така робота продовжується.

Піднімалось питання щодо роботи з нашими захисниками, які мають залежності. Ну дійсно, сьогодні ми ж бачимо, якого стану сьогодні набуває мобілізація, відповідні процеси і, на жаль, навіть з досвіду, минулого тижня

відвідання нашої лікарні, одної з передових, Мечникова, ми бачимо, яка кількість ветеранів потрапляє з пораненнями і супутньо мають залежності, які у них були ще до процесу мобілізації. Тому, власне, це питання системне.

Я дякую, дійсно Міністерство охорони здоров'я затвердило нові протоколи, паралельно ми запровадили на рівні уряду програму медико-психологічного супроводу ветеранів, які мають розлади, пов'язані із залежностями і вживанням психоактивних речовин, в тому числі алкогольної. Сьогодні входимо у взаємодію з усім сектором безпеки і оборони, для того щоб побудувати і розбудувати мережу конкретних інструментів, які дадуть можливість дійсно і превентивно не доводити до станів гострої інтоксикації наших ветеранів і допродовжити те, що на рівні Міністерства охорони здоров'я впроваджується в межах безпосередньо лікувальних протоколів відповідних проблем.

Розбудовано систему трирівневу адаптації ветеранів з повною або частковою втратою зору. Сьогодні бачимо ефективність впровадження таких програм. Навіть моя колега з Міністерства внутрішніх справ сьогодні там, і з МВС ми реалізуємо відповідні програми, і з низкою інших надавачів входимо у взаємодію, для того щоб забезпечити можливість повноцінної реінтеграції ветеранів з повною або частковою втратою зору.

Запроваджено нову послугу на рівні державної програми лікування і корекції рубцевих змін шкіри, тобто послуга, яка є на стику між хірургією і косметологією, продовжує безпосередньо лікування і реабілітацію.

Також не менш важливим для нас, пріоритетним, є питання, яке піднімалось, це паліатив. Зрозуміло, тут ми відмежовуємо. Дякую Віктору Кириловичу, спільними зусиллями була запроваджена програма...

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Пане Руслане, будь ласка, завершуйте.

ПРИХОДЬКО Р.В. ...довготривалого медичного догляду. Дякую. Довготривалого медичного догляду для ветеранів у тяжких станах 20-30 балів по шкалі Бартела.

Менше з тим, на що хотів би звернути увагу. Дійсно, питання організації процесу одержання послуги медичної для ветеранів сьогодні є, на жаль, максимально проблемною. Тому в межах нашої взаємодії готуємо проєкт постанови Кабінету Міністрів спільно з Міністерством охорони здоров'я, Національною службою здоров'я України, яким будуть запроваджені і введені маршрути пацієнта та маршрути прицільної госпіталізації ветеранів війни, будуть визначені відповідні посадові особи на рівні обласних військових адміністрацій і так далі.

Протезування лицьового черепа, пластини, ока, те, що піднімалось питання, дійсно сьогодні не покрито в рамках програми медичних гарантій, сьогодні це буде фокусом одного з наших пріоритетів для того, щоб донаповнити ті програми, які є покриті в рамках програми медичних гарантій. Протезування молочних залоз для жінок військовослужбовців-ветеранок, питання піднімалось. І власне, що є не менш важливим, на сьогодні, на жаль, в цій державі ніхто не знає, чим хворіють, які найтипівіші нозології для ветеранів війни. Тому власне будемо працювати з Міністерством охорони здоров'я щодо можливості трансформації єдиної системи охорони здоров'я інформаційної і можливості фіксувати ветеранів і діючих військовослужбовців. Це є принциповим і для планування, і для розуміння ефективності нашої системи.

Щиро дякую за увагу, готовий до взаємодії.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пане Руслане.

До слова запрошується народний депутат України Гурін Дмитро.

ГУРІН Д.О. Колеги, 2 хвилини візьму вашої уваги. Хочу два аспекти підняти, які зараз дуже наочні.

Перший, у нас зараз іде ініційований Міністерством охорони здоров'я проєкт постанови про впровадження психоделіків в наукову практику. І дуже вдячний Міністерству охорони здоров'я, що вони цим займаються. Питання дуже нагальне. У нас для лікування психоделіками потенційно кваліфіковано

близько 200 тисяч ветеранів, це люди з резистентною депресією, люди з резистентним ПТСР і важкі залежності. При цьому... пішло непогодження проєкту постанови під різними приводами, в тому числі в останній раз це був привід, що «ми не можемо досліджувати ці речовини, оскільки вони є недостатньо дослідженими». Так? Тобто ми перейшли вже до стану, коли від Міністерства внутрішніх справ приходять відписки. Ситуація абсолютно неприпустима, ми будемо ініціювати на наступному засіданні комітету звернення до Міністерства внутрішніх справ, Національної поліції – нам потрібно перенести 7 речовин, які визнані ООН як перспективні для досліджень цих станів, які я перелічив, в другий перелік по 850-й Постанові, тобто в речовини контрольованого обігу, для того щоб ми могли їх виробляти і для того, щоб ми могли проводити дослідження і перейти до розробки клінічних протоколів для розуміння різниці в ціні імпортованих речовин і вироблених у Україні. У нас є вся інфраструктура для цього. Різниця в ціні в тисячу разів. У нас просто не буде грошей зараз, в нинішній ситуації, на те, щоб закуповувати в Канаді ці речовини навіть для досліджень. Це перший аспект.

Буду очікувати на вашу підтримку, дуже важлива справа, і я думаю, що тут ми маємо допомогти Міністерству охорони здоров'я, тому що застрягла справа, її потрібно рухати. Крім того, вона обговорювалася на рівні Європарламенту, я там був і презентувався, там дуже зацікавлені і збентежені, тому що це є питання громадського здоров'я вже на рівні Європи, тому що міграція, вона велика з Європою і 200 тисяч ветеранів з резистентним ПТСР це означає, що це якісь люди, які починають в Європі стріляти. І всі тим занепокоєні. Є комюніке.

І друге. Я дуже коротко скажу, друге питання, це впровадження в психологічну допомогу ветеранам на рівні Міністерства ветеранів технік, які визнані Північним протоколом уніфікованим МОЗ для лікування ПТСР як техніки першої лінії. Це є EMDR, експозиційна терапія і ПТСР.

Я дуже вдячний Руслану Приходьку, з яким ми розмовляли, попередньо згодні, що потрібно їх увести. Я думаю, що процес потрібно рушити, щоб у наступному році це запрацювало. Будемо звертатися на Міністерство охорони здоров'я для того, щоб в координації з Міністерством ветеранів в постанову про психологічну допомогу ввести ці практики з нормальною системою ціноутворення, НСЗУ готове допомогти в ціноутворенні. Я думаю, що разом ми точно можемо впоратися і до доказових методик лікування ПТСР дати доступ нашим ветеранам, які вони мають мати.

Дуже дякую, колеги, за увагу. Дуже дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пане Дмитре.

Колеги, ми переходимо до виступів. Я хочу наголосити, якщо у вас є запитання, а не виступ, не треба придумувати виступ, якщо є конкретне запитання. Це принципове, тут у нас немає обов'язку, що обов'язково той, хто записався і є учасником сьогоднішнього круглого столу, має виступити. Я думаю, що є якісь питання, на які буде більш корисно почути відповідь від присутніх тут представників міністерств, відомств, депутатів. Тому, будь ласка, це не обов'язок виступати, а це дискусія.

Колеги, нагадую, що в нас записалось дуже багато людей. Тому ще раз дуже прошу, давайте все ж таки слідкувати за регламентом.

Запрошую до слова пана Алана Мура - Почесного консула України в Північній Ірландії, колишнього резервіста медичної служби Збройних Сил Великої Британії.

Пане Мур, у вас 4 хвилини. Прошу.

МУР А. *(Виступ англійською мовою, без перекладу)*

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пане Алане, sorry. А хто тут перекладач?

МУР А. *(Виступ англійською мовою, без перекладу)*

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пане Алан, ви чуєте мене? We have a time limit.

МУР А. *(Виступ англійською мовою, без перекладу)*

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Thank you very much, Mr. Alan.

До слова запрошується Радмила Гревцова – член Ради директорів Всесвітньої асоціації медичного права. Прошу.

ГРЕВЦОВА Р.Ю. Шановні народні депутати України, урядовці, представники громадянського суспільства! У громадському здоров'ї є принцип: охорона здоров'я в усіх політиках. Сьогодні ми маємо застосувати аналогічний підхід до реабілітації. За оцінками фахівців, у майбутньому реабілітації можуть потребувати до 6 мільйонів українців. Тож ця проблема громадського здоров'я і національної безпеки потребує належної законодавчої відповіді. Дійсно, у плані створення законодавчої бази вже зроблено чимало. Та чи здатна вона забезпечити ефективну реалізацію права на реабілітацію ветеранам і ветеранкам та всім, хто потребує фізичної, психологічної та соціальної реабілітації? Не зовсім. Серед причин прогалини і особливо неузгодженість законодавства, що стосується реабілітації.

Як людина з адвокатським бекграундом проілюструю це на прикладі. Закон про систему охорони психічного здоров'я в Україні, потрібний і прогресивний, передбачає, що надавачі послуги у сфері психічного здоров'я зобов'язані не розголошувати інформацію, отриману у зв'язку з наданням таких послуг, крім визначених законом випадків. Але фахівцям у сфері психічного здоров'я з немедичною освітою, на відміну від лікарів, адвокатів і священнослужителів, не надається свідоцький імунітет у кримінальному провадженні. У цивільному процесі він не надається не тільки психологам, а і медикам, які зобов'язані зберігати лікарську таємницю. Це створює критичну суперечність. Закон зобов'язує фахівця мовчати, але процесуальні кодекси дозволяють примусити його свідчити під загрозою відповідальності.

Без внесення змін до Кримінального процесуального кодексу України та Цивільного процесуального кодексу України щодо захисту професійної таємниці усіх фахівців у сфері психічного здоров'я принцип конфіденційності залишатиметься декларативним. Це може підірвати довіру

ветеранів до систем реабілітації, особливо психологічної. І таких прикладів чимало. Недарма на порядку денному з'явилося питання про кодифікацію законодавства у сфері реабілітації. Видається доцільним суттєво доопрацювати проєкт Кодексу законів про захисників і захисниць, державності та незалежності України, щоб усунути наявні колізії або трансформувати його у спеціальний закон, наприклад, в Закон України про засади державної ветеранської політики, що є більш коректним з юридичної точки зору.

Наразі доводиться констатувати: вимоги щодо забезпечення реабілітації не прошиті у релевантній галузі права. Наприклад, ані чинний Кодекс законів про працю України, ані проєкт Трудового кодексу не передбачають механізмів розумного пристосування робочого місця та права на адаптивний графік роботи під час реабілітаційного циклу.

Ми маємо подолати ключовий виклик – дефрагментацію реабілітації, неврахування її потреб та особливостей в інших законодавчих актах.

Шановні народні депутати України, вірогідно невдовзі ви будете голосувати щодо прийняття нового Цивільного кодексу України в другому читанні. Проєкт кодексу містить багато прогресивних новел, проте деякі новели стануть дійсно корисними лише за умови удосконалення, включення захисних застережень. Ідеться, наприклад, про принцип доброзвичайності (*boni mores*), позитив цієї новели у створенні етичного фільтру. Запровадження принципу доброзвичайності дозволить суду ефективніше реагувати на правочини, в яких банки, макрофінансові організації чи орендодавці експлуатують вразливість ветеранів та інших постраждалих від війни. Проте без чіткого законодавчого запобіжника оціночна категорія доброзвичайності може стати інструментом суб'єктивізму, дискреції чи навіть стигматизації. Існує ризик того, що проявом психічних чи поведінкових розладів, чи психоемоційних станів, спричинених воєнною травмою, наприклад, емоційна нестабільність чи специфічна реакція на стрес,

будуть помилково тлумачитись як недоброзвичайність. Це дозволить контрагентам оспорювати правочини або безпідставно відмовлятися від виконання зобов'язань, мотивуючи це нібито недоброзвичайною поведінкою ветеранів або інших постраждалих від війни осіб. Пропоную внести правку в статтю 6 проєкту Цивільного кодексу України, доповнивши її таким застереженням: «не вважаються недоброзвичайними дії особи, вчинені нею внаслідок психічного розладу або іншого психоемоційного стану, що перешкоджає повною мірою усвідомлювати значення своїх дій або керуватись ними, за умови відсутності у такої особи наміру незаподіяння шкоди чи введення в оману інших осіб».

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Шановна доповідачко, у вас хвилинка.

ГРЕВЦОВА Р.Ю. Є речі, які не потребують мільярдів чи намагання, як кажуть англійці, стати в черевики іншого і використати політичну волю та інтелектуальні зусилля, щоби йому допомогти. Маємо синхронізувати правове поле і створити правову екосистему реабілітації. Як це зробити? Пропоную створити міжкомітетську робочу групу для проведення реабілітаційного аудиту чинного законодавства та законодавства *de lege ferenda* із залученням представників органів виконавчої влади та експертного середовища. Це має дати відчутний синергетичний ефект.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, колеги.

Я зараз надам слово наступному виступаючому, але дуже прошу, я просто хочу, щоб ми всі встигли, у нас є чіткий ліміт часу, просто щоб не вийшло так, що ми комусь не надамо слова. Тому прошу дотримуватися регламенту.

До слова запрошується Андрій Гук – завідуючий відділенням ендоскопічної та краніофасіальної нейрохірургії з групою ад'ювантних методів лікування Інституту нейрохірургії.

Шановний пане Андрію, у вас 4 хвилини.

ГУК А.П. Дякую, Михайле Борисовичу.

Я скорочу свій виступ, оскільки дуже багато поважних ще виступаючих записано. Я хочу вам сказати, що з позиції того, що я колишній військовий, 2 з половиною року, з них 6 місяців провів у зоні безпосередньо бойових дій. За станом здоров'я я вже цивільний, ветеран, ваш колега, я пройшов багато етапів реабілітації і можу на собі відчувати те, що працює, що не працює.

Тому я дуже коротко хотів сказати, що, ну перш за все подякувати всім за те, що ви підняли таку важливу тему, тому що дійсно 6 мільйонів ветеранів, які будуть потребувати нашої реабілітації, це дуже серйозний тягар. Тягар в плані виклику для нас всіх, для професіоналів, для громадянського суспільства.

Ну давайте з того почнемо, що Україна розвиває свою систему реабілітації у надзвичайно складних умовах, такої війни не було. Ми маємо пацієнтів не просто з політравмою, черепно-мозковою травмою, враженням спинного мозку, опіками, контрактурами і далі, й далі, з хронічним болем, психотравмою, соціальною дезадаптацією. А у нас середній вік, ви знаєте, 43 плюс в наших Силах оборони, тобто ми ще маємо це все ускладнено загально соматичною патологією, і це дуже серйозне навантаження на систему охорони здоров'я в першу чергу.

Всі заклади, ми знаємо, наскільки дійсно всі з симпатією ставляться максимально до наших ветеранів і ветеранок, але чому важливо ми тут зібралися, важлива система, а не один заклад. Тому що однією з головних проблем, те, що я відчув, те, що я хочу до вас донести, те, що сьогодні звучало, по реабілітації ветеранів є фрагментація допомоги. Пацієнт може пройти блискучу операцію, наші хірурги дійсно роблять дива, і я тут тільки хочу дійсно подякувати нашим хірургам всіх рівнів і терапевтам теж. Але втратив функціональний результат через затримку переведення і відсутність

реальної реабілітації, і нестачу амбулаторного супроводу або розрив між медичним і соціальним етапом.

Сьогодні прозвучало, розхідні матеріали, тому у нас є дуже багато фондів, які готові нам допомогти. Це не та презентація, закривайте. Але я хочу вам сказати, що давайте все-таки ми визначимося, що в першу чергу треба, а що в другу чергу, тому що, ну як, щелепно-лицьові імпланти, ви просто собі не уявляєте, скільки наших пацієнтів просто не виходять, скільки наших ветеранів просто бояться виходити на двір через те, що у них є дуже серйозні проблеми естетичного плану, які ми можемо виправити і не тільки естетичного, а і функціонального.

І тому ми чули сьогодні теж, що є дуже багато різних можливих напрацювань в інших країнах і їх треба всіх адаптувати, адаптувати до наших реалій. А наші реалії ви прекрасно розумієте, тому вони викликані наступним, що нерівномірність розвитку реабілітаційних послуг між регіонами, і ми це знаємо, брак підготовлених кадрів, в першу чергу лікарів фізичної реабілітації, ерготерапевтів, психологів; недостатня маршрутизація і координація між закладами та рівнями і дійсно потреба пошуку сталого фінансування. Тому що ми всі прекрасно розуміємо: ми робимо дива.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Андрію.

До слова запрошується Андрій Паламарчук – медичний директор клініки «Київський інститут реабілітації». Прошу, у вас 4 хвилини.

ПАЛАМАРЧУК А.Л. Дякую за запрошення. Дякую, що запросили вперше на таке зібрання.

І я сьогодні хочу вести мову від можливо такої практичної ланки медичної реабілітації і так само мабуть почну з рефлексії. Медична реабілітація в своїй історії, хоча би за останні 25 років, уже двічі проводила дві такі великі реструктуризації щодо постінсультної реабілітації і щодо

респіраторної реабілітації. І, на жаль, ні перша ні друга до кінця не була доведена, до кінця не завершені.

Так, великі плюси на сьогоднішній день справді в розвитку медичної реабілітації як зі сторони кількості відкритих центрів, так і зі сторони саме сеансів, які проводяться на сьогоднішній день. Але, знаєте, є закономірність, коли ми збільшуємо кількість, на жаль, ми втрачаємо якість.

Зі сторони фінансування така сама історія. Мабуть, в цьому році найбільше фінансування щодо медичної реабілітації, але ж у майбутньому прийдеться відповідати, що дана галузь при такому фінансуванні має стати однією з провідних, мабуть, не в якомусь регіоні, а, мабуть, у світі. І тому деякі дуже нішеві аспекти сьогодні настільки втрачені, настільки не встигають за тими структурними змінами, що їх потрібно переглядати щорічно, так як щорічно змінюється характер травм, характер бойової травми, і зараз я вже перейшов на військову медичну реабілітацію. І так, щоб для сьогоднішнього зібрання військово-медична реабілітація не була як таким зібранням, наприклад, до наступної пандемії, коли нам треба буде перебудовувати структуру саме медичної реабілітації на ситуативну реакцію.

Також великим плюсом є загалом структура військово-медичної реабілітації. Але в структурі військово-медичної реабілітації важливо дуже виділяти гострі, підгострі, хронічні етапи, і в основному також перехил іде в сферу стаціонарного супроводу пацієнтів-військовослужбовців, хоча насправді, якщо у нас немає таких реабілітаційних госпіталів повного циклу, можливо, варто переглянути дану позицію, що амбулаторна медична реабілітація має превалювати над стаціонарною.

А щодо Закону про реабілітацію, я думаю, серед певних професійних діячів у даній галузі навіть сьогодні класифікатор професій має бути переглянутий, тому що довійськовий класифікатор професій із перевантаженням фізичної складової на сьогодні не враховує ні фармакологічний аспект, ні фізіотерапевтичний аспект. Психологічний

аспект залучений тільки у військово-медичну реабілітацію, не був розглянутий під час дитячої реабілітації, під час онкозахворювань. Це все різні ніші по одній великій медичній реабілітації. Тому відповідно наступне – це має бути проведено перегляд оцінки ефективності або так само об'єктивізації реабілітації. І піком цього всього має бути все-таки економічна складова.

Я би дуже сильно наполягав, наприклад, в законодавстві справді врахувати такий аспект, що ефективна реабілітація має завершуватись позитивною економічною складовою або працевлаштуванням відповідного, там, пацієнта військовослужбовця поверненням на службу, або, як зазначав Тарас Петрович, на сьогодні от соціальний супровід, соціальна реабілітація тільки зароджується, вона має із цим зародженням дуже велике стратегічне значення в тому, щоби контролювати даних пацієнтів протягом 8-10 років від отримання травми.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Пане Андрію, у вас хвилиночка.

ПАЛАМАРЧУК А.Л. Остання теза, остання теза. Національна стратегія з освітнім науковим блоком. На сьогоднішній день федерація опублікувала за 4 роки біля 1800 наукових праць по медичній реабілітації, Україна втричі нижче. Тому я хотів би зважати на той компонент, що при великій допомозі Україні зі сторони донорів, зі сторони іноземних країни треба, щоб наші інституції працювали і в науковій сфері. Це дуже важливе стратегічне має значення у майбутньому.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

До слова запрошується Сергій Коноваленко – дослідник відділу моніторингу пухлинного процесу та дизайну терапії Інституту експериментальної патології, онкології і радіобіології.

Прошу.

КОНОВАЛЕНКО С.О. Дякую.

Ми презентували концепцію реабілітаційного порталу з січня цього року якраз на Конгресі War and Health і дуже дякую за підтримку і дякую за ті зауваження і рекомендації, які надали нам шановні Михайло Борисович та Сергій Ярославович, тому що тоді це був лише концепт, а зараз це вже в принципі структурна функціональна матриця, і ми слухаємо уважно всіх колег і всі рекомендації і ветеранів, і проводимо опитування, і на зв'язку з нашими вищими навчальними медичними закладами. До речі, в п'ятницю буде великий конгрес по стимуляційній медицині, і ми теж будемо брати участь.

Для того, щоб зекономити час, я резюмую. Зараз проєкт Реабілі вже з концепту перетворюється дійсно на структуру і дійсно ми продовжуємо комунікацію з усіма зацікавленими установами: і з Державним управлінням справами, і з МОЗ, і тому є надія, що наші ті перші кроки, які ми робимо, вони нас приведуть до мети, коли ми матимемо дійсно інтегрований портал, дійсно місток між різними керуючими органами і дійсно той єдиний центр надання перш за все інформаційної допомоги про реабілітацію, освітньої підтримки реабілітації і врешті-решт цифрової підтримки реабілітаційних програм.

Я дуже дякую всім, тут є в залі ті колеги, які підтримали нас, і ми продовжуємо нашу роботу.

Дуже дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

До слова запрошується Оксана Копчак – завідувачка кафедри дитячої терапевтичної стоматології Київського медичного університету. Прошу, у вас 4 хвилини.

КОПЧАК О.В. Дякую за запрошення.

Сьогодні надзвичайний день – 12 травня для стоматологічної спільноти, тому що у нас відзначається День здорових ясен. І сьогодні для

стоматологічної спільноти дуже важливі наступні пропозиції з огляду на сучасні виклики, пов'язані з наслідками бойових дій.

Пропонується зосередити увагу на таких першочергових кроках: забезпечити ефективну координацію між цивільною та військовою стоматологією шляхом створення координаційного комітету або робочої групи із залученням представників громадських організацій, в тому числі для об'єктивного аналізу та розробки медико-технологічної документації і стандартизації медичної реабілітаційної допомоги та маршрутизації пацієнта. Слід запропонувати обов'язкову санацію порожнини рота призовників та забезпечити базовий обсяг діагностичних обстежень мобілізованих включно з панорамною рентгенографією з метою зменшення навантаження на медичну інфраструктуру в зоні бойових дій та документування стоматологічного статусу, що в тому числі є важливим для ідентифікації особи.

Розробити систему закладів з профілактики стоматологічних захворювань, в тому числі шляхом проведення професійної гігієни і забезпечення військовослужбовців індивідуальними гігієнічними засобами, що можуть бути використані в складних умовах воєнних бойових дій. Розробити ефективну систему інформування і супроводу ветеранів, в першу чергу інвалідів, щодо мережі закладів, можливостей і порядку отримання стоматологічної допомоги.

Запровадити інструменти оперативного реагування, зокрема функціонування спеціалізованої гарячої лінії з питань стоматологічної допомоги. Поєднання стоматологічного обстеження і комплексної психологічної діагностики та проведення стоматологічного лікування одночасно із заходами психологічного відновлення учасника бойових дій дозволяє досягти більш стійких результатів за обома напрямками.

Лікарі-стоматологи мають бути обізнані щодо особливостей комунікації з учасниками бойових дій і на стоматологічному прийомі.

Окремої уваги потребують військовослужбовці з досвідом перебування в полоні, які могли зазнати тортур, лікування яких потребує спеціальних знань від медичного персоналу, які вони можуть отримати у форматі цільового автоматичного удосконалення тренінгів або курсів.

Пропонується включити дентальну імплантацію до державних стандартів стоматологічної реабілітації ветеранів і ветеранок із формуванням відповідних програм до пакетів НСЗУ щонайменше для осіб, які отримали поранення щелепно-лицьової ділянки. Включити до складу послуг, передбачених існуючими пакетами НСЗУ по безоплатному зубопротезуванню та лікуванню захисників і захисниць пародонтологічне лікування і скринінг захворювань слизової оболонки порожнини рота для раннього виявлення передраків та злоякісних новоутворень.

Окремою категорією ветеранів, що вимагають особливої уваги, є особи з пораненнями щелепно-лицьової ділянки, їх наслідками, що потребують спеціальної реабілітації, лікування, в тому числі з використанням пацієнт-специфічних імплантів, екзопротезів обличчя, складних випадків зубного протезування, надання допомоги таким пацієнтам вимагає комплексного аудиту діяльності підрозділів щелепно-лицьової хірургії, створення мережі (*нерозбірливо*) центрів, лабораторій тощо, а також належного матеріально-технічного забезпечення процесів їх реабілітації за рахунок спеціалізованих державних програм.

Дякую за увагу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Але, дивіться те, що я почув, тут якраз Міністерство охорони здоров'я знаходиться, я вважаю, що це питання не до парламенту, тут не треба на законодавчому рівні нічого вирішувати. Це повноваження уряду. І я думаю, що вам таку презентацію треба зробити в МОЗ окремо і послухати фахівців там. І у МОЗ вистачає фахівців, щоб це просто розібрати, і якщо це слушні пропозиції, то я не думаю, що МОЗ буде зволікати. Але те, що я почув, це я

просто відповідаю одразу, там немає законодавчих ініціатив у вашій пропозиції.

Запрошую до слова Тетяну Грубенюк директора благодійної організації БФ «Відродження Захисників України».

ГРУБЕНЮК Т. Всім вітання!

Я як людина, яка 12 років допомагає пораненим і в тому числі і звільненим з полону, точно можу бачити той прогрес, який ми маємо на сьогодні, але проблеми є все рівно. Ми зараз говоримо про ветеранів, але їх проблеми з реабілітацією починаються на етапі отримання поранення, після поранення пройшли всі медичні процедури і саме перше, про що розповідають, про те, що в гострий період після поранення вони не отримують реабілітаційних послуг.

Дуже часто звільненим з полону і пораненим військовослужбовцям ставлять їх перед фактом, що місце проходження реабілітації вони мають знайти собі самі. І тоді у них отримується такий шлях: він має самостійно знайти заклад, отримати від них погодження, що вони його беруть, звернутися до військової частини чи лікувального закладу, дати їм за погодженням і отримати направлення, направити документи знову у заклад, який їх бере. На половині цього шляху, я вам даю гарантію, ці поранені, чи військові чи ветерани, вони здаються, вони не підуть далі.

Даліше. Мені дуже подобається, що постановою 1438 було внесено нововведення, що реабілітація може здійснюватися поза межами реабілітаційних відділень, амбулаторно та у вигляді домашніх візитів. Тут є колеги, Вадим, з яким ми дуже багато років допомагаємо пораненим, в тому числі ветеранам, і він підтвердив, що дуже багато, я не знаю, скільки років, ми б'ємось з Міністерством оборони про те, щоби визнати амбулаторну реабілітацію дієвою. Що відбувається на практиці? Військовослужбовець стає перед вибором: або він іде на санкур, де немає ні обладнання, ні реабілітаційних послуг нормальних, ні тим більше нестача кадрів, до цього я

повернувся, але отримує виплати, або він не отримує виплати, але іде в амбулаторію, де є гарне обладнання, навчені реабілітологи, ерготерапевти і так далі. Що йому робити? І ми дуже багато говоримо про міжнародні практики, ми працюємо в Сполучених Штатах Америки і спілкуємось багато там з ветеранами або з військовослужбовцями пораненими, так от, вони мають право отримувати протезування, лікування і реабілітацію амбулаторно без будь-яких обмежень. У нас це, на жаль, існує і це я пропоную до наказу Міністерства оборони 402 все-таки розглянути і внести відповідні зміни.

Так, і питання нестачі кадрів. На жаль, і справа в тому, я їжджу багато, тому що певну частину важкопоранених військових або ветеранів ми забираємо на лікування в Сполучені Штати, чим діляться самі лікарі, завідувачі реабілітаційних відділень, немає кадрів. Так, пакети є, переглянуті, збільшення фінансування, але він каже, що в мене не вистачає людей. І мені щоб взяти військового там зі спинальною або з черепно-мозковою травмою, це догляд 24/7, я краще залишу в себе на стаціонарі військовослужбовця легкого ортопедичного і все в мене буде good. Що робити тим, у кого спинальні травми? Тут, що дуже важливо, всі говорять про ментальне здоров'я ветеранів, військовослужбовців і ніхто не говорить про їх родини. Як родичка вже колишнього військовополоненого можу вас завірити, з родинами, ті, які чекають з полону, ніхто не працює, вони не вивозять. Зараз я на практиці маю кейс. 4 роки військовий був у полоні, поміняли, мати психологічно тисне на нього настільки, що він відчуває себе винним, що він 4 роки не міг повернутися до матері. Я є в безлічі груп полонених і так далі, ніхто не пропонує цій категорії роботу, але, саме основне, навіть якщо пропонують, вони не пояснюють, в чому проблеми.

І саме болюче для мене – це довготривале лікування складних випадків або реабілітація за кордоном. Ми підсилюємо державу в тих питаннях, де треба підсилити і допомогти. Зокрема у нас в Сполучених Штатах

перебувають під наглядом нашого медичного директора і практикуючого хірурга пана Євгена пацієнти з абдомінальними пораненнями.

БУЛАХ Л.В. Шановна доповідач, даруйте, у вас хвилинка.

ГРУБЕНЮК Т. Так, я дуже швидко. Велика проблема, з якою стикаються всі військовослужбовці, це те, що від них вимагають постійно довідки-підтвердження, що вони знаходяться на лікуванні і так далі. Але це і так визначено Постановою 411 Міністерства охорони здоров'я, що вони є важкопоранені і потребують довготривалого лікування. Я дуже прошу це взяти до уваги, тому що американські клініки працюють з нами як з фондом і вони не розуміють, що ми від них вимагаємо. І дуже часто через це хлопці позбавлені грошового забезпечення або їх подають в СЗЧ і так далі, і тому подібне.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Але зараз Женя Павелко буде розповідати, я його дуже попрошу розповісти, а чому саме вимагають довідки, що людина на лікуванні, бо ми знаємо випадки саме з фонду, який буде зараз представляти пан Павелко, коли люди не хочуть повертатися із США...

ГРУБЕНЮК Т. Це теж... Він доповнить.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Треба ж об'єктивно робити. Довідка має бути з медичного закладу. А як інакше? І те, що лікарні не знають, як це, ну, давайте так, бундестаг... Бундесвер – центральний госпіталь знає, Іллінойс знає. Дайте перелік лікарень, які не знають, ми попросимо МОЗ, щоб вони їм відправили, як має виглядати така довідка. Але, вибачте, це Збройні Сили України, це воююча країна, тут не може бути так, що не треба вимагати. Треба вимагати. Крапка.

ГРУБЕНЮК Т. Але мають бути... Тому що вони кожного місяця вимагають. А ми маємо подавати взагалі-то раз в 3-4 місяці про важкопоранених.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Гаразд. Але давайте так, тоді, будь ласка, попросіть всіх своїх партнерів, які потім не можуть позбавити, деяких наших хлопців позбавитися там у себе, попросити їх, щоб вони не зверталися ні до МОЗ, ні до Верховної Ради з проханням забрати цих хлопців додому. Добре? Або візьміть на себе такі гарантії. Важкопоранених ніхто не чіпляє, і яку довідку пише, висновок черговий лікар в будь-якому госпіталі Сполучених Штатів, ну що стосується ветеранських госпіталів, я не знаю, про приватні госпіталі.

Ще раз кажу, Іллінойс – це університет не приватний, а випадки там СЗЧ є, і не тому, що людині довідку не дали, тому що людина сама пішла у СЗЧ. Тому давайте так, якщо там питання, який зразок довідки, я особисто попрошу Міністерство охорони здоров'я розробити зразок довідки, і таку довідку лікарня... Дивіться, скільки папірців, скільки заповнюють Сполучені Штати, не заповнює ні одна країна світу, тому для них це природно, це не є проблемою, ну чесно, давайте.

Так, дивіться, Євген особисто до мене неодноразово звертався з приводу хлопців, які там залишилися в СЗЧ. Тому я от хочу послухати, невже Євген зараз буде казати, що довідка не потрібна.

Дякую.

Пане Євгене, прошу. До слова запрошується медичний директор Благодійного фонду Revived Soldiers Ukraine. Прошу, 4 хвилини.

ПАВЕЛКО Є. Всіх вітаю! Слава Україні!

Насправді проблема з довідками – це що їх вимагають дуже часто. Тут дійсно в Америці ніхто не знає, щомісяця потрібно виписувати довідки. Проблема не у виписаній довідці, ми виписуємо дві довідки. Я особисто підписую дві довідки: про прийом на лікування, де ми не вказуємо терміни, тому що ми не знаємо, наскільки довго це лікування буде тривати. Ми можемо дати проміжну довідку, але тут є проблема з довідками HIPAA compliance, тобто забезпечення інформації. І цей чоловік, з яким я звертався до вас, він пішов у СЗЧ, і він тут робив дуже багато проблем з тим, що він

писав різні доповідні, що порушили його приватність, що розкрили його приватність Збройним Силам України, тобто він не хотів повертатися, він хотів лишатися даліше на пенсії, він хотів отримувати оплати від держави. При тому що я дав заключення, що він не може вести бойові дії, але як канцелярську роботу він абсолютно в стані виконувати, тому що ми його витягнули з того світу і поставили його на ноги. Але він не хотів, щоби це вилізло в Збройних Силах України, щоб його відкликали. То була одна проблема.

Друга проблема те, що дійсно вимагають це щомісяця. І тут ніхто не привик. Тут ми пишемо довідку на термін лікування, що ми приймаємо на лікування безтерміново, а потім ми визначаємо, скільки і що потрібно. І ми можемо давати довідки хоча би раз в 3 місяці, але коли це щомісяця у нас вимагається довідка, це дійсно стає проблема. Тому що лікар не буде виписувати то постійно, це йде все через госпіталь і тут довідки виписують соціальні працівники госпіталю. Відповідно до того вони не розуміють, чому вони вказали термін, що пацієнт буде лишатися ще до такого-то числа, чому щомісяця його потрібно одну і ту саму довідку?

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Євгене.

Мається на увазі, тут МОЗ теж там подивиться, може там дійсно є якісь питання. Але я вам можу сказати, чому довідка потрібна кожен місяць. У нас ще є така історія, як виплата забезпечень солдату, так, чи офіцеру, не принципово. А ця довідка в зв'язку з тим, що лікарняні в Сполучених Штатах, наприклад, не існують, то ця довідка є підстава для військової частини для виплати лікарняного, умовно, давайте так, там у військових воно якось інакше називається.

Тобто тут є ситуація, яку треба, ну МОЗ, я думаю, після цього подивиться, як там спростити механізм для наших військових в першу чергу.

ПАВЕЛКО Є. Проблема, так. Проблема, пане Михайле, не для нас. Я можу сказати, що я не випишу довідку і мені ніхто нічого не буде робити, і багато лікарів так говорять. Проблема для військових, тому що мені за те нічого не буде. Так.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Я і кажу, пане Євген. Так. Тому я і кажу, ми обов'язково там знайдемо якийсь механізм, бо в нас є, ну, тобто змінити закони ще і по лікарнях, по соцзабезпеченню, якщо ми зараз в оце все поліземо, це буде важко. То тут треба, ну, може дійсно якимось якусь форму з МОЗом вигадати, щоб вона була і для військових частин прийнятна, для військових або для сил оборони, тут непринципово, це Збройні Сили України, чи це Служба безпеки України, чи це хтось інший, але це питання, яке треба вирішувати, і зрозуміле питання. Я ж кажу, але довідки мають бути раз на 3 місяці, чи раз там на 5 місяців, чи раз на день, то це вже там, я так розумію, МОЗ запросить до себе фонд і з фондом разом приймуть якесь таке рішення, яке буде зручне в першу чергу для наших захисників, а потім вже для всіх, хто цим займається.

ПАВЕЛКО Є. Ще одне питання. Якщо я маю ще трошки регламенту, то я би хотів підняти питання оцих СЗЧ. Військові, яких поставили на ноги і вони створюють проблеми тут для фондів і так далі, це була дуже велика проблема, тому що наша клініка практично відмовилась співпрацювати з Revived Soldiers Ukraine. Я просто врятував цю співпрацю через таких персонажів, як Максим Орел. Це дійсно велика проблема, тому що він пише скарги, несанкціоновані скарги, бо ніхто ніколи ніякий закон не порушував, але він хоче просто зіпсувати роботу фондів, і не одного Revived Soldiers, і це є дійсно проблема, як відкликати їх.

Він є спецпризначенцем «Омеги» і просто його начальники його прикривають. Вони його не оголошують в СЗЧ спеціально. Я думаю, це є велика проблема для держави, тому що, якщо як він буде далі продовжуватиме писати скарги, які абсолютно не підтверджені, клініка

просто врахує ризики, які є в судових позовах, і так далі, і просто відмовиться приймати хлопців на лікування. А проблема з лікуванням у хлопців є велика. Я думаю, також треба круглий стіл з хірургами, з протоколами, тому що я як хірург лікуючий, я бачу і багато помилок, які зроблені на перших етапах надання допомоги після вогнепальних або взривних поранень. Багато помилок в хірургічній тактиці, які можна змінити, і ці пацієнти можуть обходитися без таких ускладнень, в яких ми приймаємо і які ми лікуємо, такі, як синдром короткого кишечника, розлиті перитоніти, фістули, тобто ентеро-атмосферні нориці і так далі.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дуже слухна пропозиція, Євгене, з приводу круглого столу вже фахового, що стосується саме медичного фаху. Я думаю, що ми в резолюції сьогоднішнього круглого столу попросимо Міністерство охорони здоров'я, щоб вони організували разом з медичними службами Сил безпеки і оборони такий круглий стіл. Це дуже слухна пропозиція. Я не думаю, що це на рівні парламентських комітетів треба робити. Це фахова дискусія, яку треба обговорювати безпосередньо фахівцям. Бо я впевнений, що протоколи якраз нормальні, а просто в умовах постійних 24/7 бомбардувань фашистською федерацією, ну там дійсно іноді важко ці протоколи виконувати. Але я думаю, що значить треба робити такі протоколи, які буде не так важко виконати під час цього, особливо на стабпунктах. Я розумію, про що ви кажете, це в першу чергу на стабілізаційних пунктах.

ПАВЕЛКО Є. Так. До мене 19-го числа приїжджає на тренування і навчання Гуменюк, це головний хірург Збройних Сил України, з іншими партнерами і я буду з ним обговорювати те, що ми замітили. І 19-го числа ми оперуємо...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Міністерство тут знаходиться, представники.

Так, Євгене, дякуємо. Але пан Гуменюк щось дуже часто до вас їздить. Я вже хвилююся. Він там в СЗЧ не піде до вас?

ПАВЕЛКО Є. Думаю, що ні.

І ми будемо 19-го числа оперувати нашого тяжкопораненого військового Володимира Шкуля. То буде дуже велика, обширна гарна операція і я буду дуже радий вітати наших колег.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Хай Бог допомагає. Дякую, пане Євгене, за все, що ви робите для України. Повірте, ми дуже вдячні.

ПАВЕЛКО Є. Дякую вам.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. До слова запрошується пан Роман Крига – консультант з медицини болю Національного госпіталю неврології та нейрохірургії, президента Української медичної асоціації Великої Британії, голову Ukrainian Medical Charity. Прошу, у вас 4 хвилини.

КРИГА Р. Слава Україні!

Дуже дякую за можливість виступити і поділитися якимось досвідом і рекомендаціями.

Напевно, що зроблю три короткі тези і можливо, що 5 чи 6 рекомендацій.

Перша теза, що насправді англійська система охорони здоров'я є дуже оптимально організованою під імплементацію в Україні, вона вже пройшла, як ви знаєте, в первинній ланці непогану імплементацію. Тому гадаю, що справді англійська система має що запропонувати.

На другій тезі хочу зазначити, що бачу, що є дуже багато тяганини з довідками не тільки в Україні, а й у Великій Британії. Що цікаво, що скопіювати сам процес ідентифікації ветерана на ранішньому рівні і проведення цієї документації впродовж всієї реабілітації є напевно що однією з корисних британських моделей, тому що як-не-як система охорони здоров'я є більш систематизована і централізована. У цьому є мінуси. Але пораджу, що і плюси, особисто як ... *(нерозбірливо)*, це саме цей компонент державної служби, який займається фізичною і психологічною реабілітацією, є корисною.

Наступна теза, це що сильна сторона британського підходу це є принцип координації. У нас є такі рекомендації, які в принципі є національними, вони є універсальними для всіх служб і достатньо продуманими. Тобто базові і фундаментальні одиниці надання допомоги є прописані і лікарю легше, по-перше, систематизувати, по-друге, переводити хворого в інший відділ, якщо є потреба, і в принципі-то розуміти, що є стандартом і що можна додати, тому що ясна річ, що індивідуалізацію лікування ніхто не відміняв.

Отож тоді з дозволу перейду до рекомендацій. Перше – це було би логічно внести зміни до законодавства і передбачити для ветеранів з бойовою травмою, ампутацією, нейротравмою обов'язковий індивідуальний і, ключове слово буде, безперервний маршрут реабілітації: від стаціонару до громади, до працевлаштування і допомоги на цьому рівні. Отож не лише право на окремі послуги, а і справді маршрут реабілітації, якби було прописано законодавчо, це би було плюс.

Друга рекомендація. Це знову ж внести зміни до Закону, якщо я правильно пам'ятаю, про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту. Закріпити право ветерана зі службово зумовленим ушкодженням або на координований міжвідомчий супровід, який охоплює знову ж всі компоненти, але і вставити так само, напевно що, вимогу до мультидисциплінарного сервісу, тобто закріпити право ветерана мати доступ до якихось ключових служб, які будуть вже встановлені законодавчо. Тому не треба буде шукати, а де знайти пацієнтові контроль болю, а де знайти психологічну підтримку, а щоб ця команда вже була ідентифікована на ранішніх етапах і, так би мовити, була підключена вже без того, щоб шукати, як це робиться дуже часто і у нас, і в Україні, лінійно. Пройшов одного спеціаліста, заключення у другого, потім шукає третього, потім четвертого, і на це тратиться час. Приєднавши всіх лікарів і спеціалістів до команди на

ранньому етапі, було би на користь цьому пацієнтові, ветеранові і реабілітація була би, напевно що, швидшою і ефективнішою.

Я теж почув, що буде багато дуже інвестицій і дуже достатня фінансова підтримка є по всьому світу, відомо. Єдине, напевно, що важливо, це не тільки закріпити на рівні державної політики оплату послуг, але й якусь оплату результату. Це теж у Україні є унікальна можливість оплачувати хороші результати і підтримувати хорошу практику, тому що в Англії система централізована і саме вливання грошей в систему напевно, що ніколи не призвело до такого лінійного покращення цієї системи. Тому з оцифровкою інформації, і Україна напевно, що веде на кілька років наперед Великобританію в плані доступу до цифрових послуг, має феноменальну можливість аудиту підтримки хорошої і якісної практики і оплати по результатах.

Дуже дякую вам.

БУЛАХ Л.В. Дякую, пане Романе.

Запрошую до виступу наступного доповідача – Єгора Іордека (даруйте, якщо наголос неправильний) – солдата Збройних Сил України, психотерапевта, представника Veteran Hub. Ви маєте 5 хвилин для доповіді.

ІОРДЕК Є. Бажаю здоров'я. Мене звати Єгор Іордек. Нічого страшного з наголосом. Я в основному спеціалізуюся на роботі з військовослужбовцями, які втратили кінцівки внаслідок бойових дій. Моя основна спеціалізація – це психотерапія больового синдрому та терапія фантомних болів. Фантомний біль – це те, що виникає майже у всіх пацієнтів, які мають ампутації, там більше 80 відсотків, біль, який не прибирається стандартними методами або якщо і прибирається, то на нетривалий час. Проблема цього явища полягає в тому, що... Ну глобально ми можемо розділити цю проблему на 3 складові: перша складова того, що цей біль у нас виникає, це хірургічна історія, друге – це знеболення в стаціонарі, і третє – це психологічний супровід.

Що стосується хірургічної ланки. За весь час, тобто з початку 22-го року, поки я працюю в різних лікарнях, у військових шпиталях, ми бачимо одну і ту саму динаміку, що після ампутації у пацієнтів починають утворюватись невроми. Це так, по суті, обрізаний нерв, після ампутації він починає розростатись, пускати коріння, так би мовити, і потім утворюються такі згустки, клубочки і воно, власне, дає сильний больовий синдром. Цієї проблеми можна уникнути в 80-ти, а то і в 100 відсотках випадків, якщо пацієнту робиться ампутація специфічним методом «аріонаре». Ампутації цим методом, суть методу є доволі проста, нерв не просто висікається, а нерв при ампутації упаковується в м'язовий клаптик. Це дозволяє уникати утворенню невром і в подальшому в наших пацієнтів больовий синдром менший, а на виході, протягом місяця, в пацієнта зникає фантомний біль, але залишаються фантомні відчуття, які доволі просто можуть прибрати навчені психологи, які вміють це робити, по суті проводити терапію фантомного болю.

Отже, пропозиція. На «роль 2», «роль 3», за можливістю, проводити ампутацію методом «аріонаре». Далі, на «роль 3», етапах та реабілітаційних центрах, впровадити навчання психологів, психотерапевтів, навчання по терапії фантомних болів, фантомних відчуттів. Програми є, розроблені, власне, в додатках описано більше деталей. Додатки є у Анни, з якою зв'язувався щодо цієї теми.

БУЛАХ Л.В. Дякую.

ІОРДЕК Є. Якщо є питання, задавайте.

БУЛАХ Л.В. В нас дискусія, ще має бути один виступ. Тому запрошую наступного доповідача. Слово надається Андрію Сокол-Черніловському, виконавчому керівнику духовно-гуманітарного напрямку міжнародної благодійної організації «Доброта сердець», капелану. Маєте 5 хвилин.

СОКОЛ-ЧЕРНІЛОВСЬКИЙ А.М. Дякую.

Шановні народні депутати, представники уряду, колеги. Сьогодні ми говоримо про головне питання: чи готова держава перейти від окремих рішень до цілісної системи - від поранення людини до економічного життя? Чесна відповідь – поки ні. Система формується, але вона іще нестала, треба, щоб вона стала єдиною. Є багато правильних ініціатив: лікування, реабілітація, навчання, ветеранські програми, підтримка бізнесу. У нас є послуги, але немає системи супроводу.

Як капелан, я бачу ще глибший рівень – людина повертається з війни не просто з пораненням, вона повертається з іншим внутрішнім станом. Вона ставить питання: хто я тепер, як мені жити далі, де моє місце? І якщо держава відповідає на те, як лікувати, як працевлаштувати, то капелани працюють з питанням – як жити? І без цього відповіді не складаються в одне ціле.

Є ще одна важлива річ, про яку потрібно говорити. Сьогодні активно створюються ветеранські хаби. Ідея правильна, але на практиці у мене після спілкування і відвідин виникають тривожні відчуття: іноді це виглядає не як інтеграція, а як ізоляція – наче ветеранів збирають в окремий простір, щоб вони не були видимі у загальному житті, в економіці, у громадах, у публічному просторі. Є ризик, що замість повернення до суспільства ми створюємо замкнуте середовище, де люди залишаються ветеранами серед ветеранів, але не стають частиною країни, яку вони захищали. І тоді ми самі того не бажаючи обмежуємо їх майбутнє. І я скажу дуже просто: ветерану потрібна не, вибачте, резервація, а йому потрібен шлях назад у життя. І цей шлях має бути чітким.

Перше. Потрібен єдиний маршрут ветерана.

Друге. Капелани мають бути частиною цієї системи.

Третє. Ми повинні будувати не паралельний ветеранський світ, а включення ветерана в економіку громади і держави, бо відновлення ветерана це не витрати, це інвестиції. І від того, наскільки ми зможемо побудувати цю систему сьогодні, залежить не тільки їх майбутнє, а й майбутнє всієї країни.

Як сказано в Писанії: «І збудують вони давні руїни і відновляться зруйновані міста». Господи, зроби нас, хто відновлюють життя і країну. Амінь.

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Колеги, у нас ще по 2 хвилини попросили Масі Найєм. Масі, ви з нами чи вже відключись?

НАЙЄМ М. Я з вами.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Прошу, Масі 2 хвилини. Потім ще Ігор Коломоєць і пан Рудик, і будемо завершувати. Прошу, Масі.

НАЙЄМ М. Я перепрошую, що при міністрі охорони здоров'я і пану Михайлу Радуцькому кури́в, вибачте, будь ласка. *(Сміх)* Не подумав.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. ...ми австралійський досвід будемо брати на себе.

НАЙЄМ М. А я тільки табак кури́в, до Гуріна звертаюсь.

Таке питаннячко, хотів сказати декілька слів з приводу протезування. Фактично зараз ми помилково дивимося на це протезування як на закупівлю виробу, але це, типу, не виріб, це ціла реабілітація. Так? Тобто сьогодні держава оплачує протез як технічний засіб, але не оплачує повну медичну послугу, яка дозволить цій людині відповідно користуватись цим протезом. Через це система просто трішечки розірвана: хірург окремо, протезист окремо, реабілітолог окремо. Мінсоц оплачує цей вибір, так, але не відповідає за цю функціональну результативність для людини.

Тому в зв'язку з цим що ми хочемо запропонувати. Перше, щоби визнати протезування медичною послугою, це не просто закупівля... Друге – це відповідальність за результат має нести дійсно той заклад охорони і та мультидисциплінарна команда, яка веде цього пацієнта. Третє – це окремий пакет фінансування реабілітації під час протезування.

Слава богу, що я не є членом Верховної Ради, тому я не можу, пане Михайло, сказати вам, звідки взяти ці гроші. Перепрошую.

Четверте – це прозорий допуск протезних підприємств на ринок, щоб був публічний реєстр і був реальний контроль якості. І п'яте – це інтеграція протезиста в мультидисциплінарну команду, щоб ця робота не була в ізоляції. Фактично наша задача зараз – це пройти від моделі купити протез до моделі повністю повернути її функціональність, життя.

Це все. Я дякую. Я надіюсь, що я втиснувся в 2 хвилини, але якщо не втиснувся, то я весь час хотів сказати, що стосується інтеграції ветеранів, тут дуже важливо, щоб ми взяли до уваги, що в нього буде певний період часу, поки він буде відновлюватися, тому що я зараз чую, що він має інтегруватися швидко в економічну сферу життя. Але, чесно кажучи, треба буде стабілізуватися. Я перепрошую, що я просто скажу вдогонку.

Дуже вам дякую за це, за те, що ви зібралися.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Масі.

Дивіться, у нас сьогодні комітет розглядає закон якраз, який має відрегулювати те, про що ви кажете. Ми зараз працюємо над цим законом. І я з задоволенням запрошую вас взяти участь у розробці цього закону як знаного юриста і як керівника компанії юридичної, долучайтесь. А ще й як людину, яка ветеран і яка розуміє, що йому цим користуватися, на жаль.

НАЙЄМ М. Дуже дякую за запрошення. Точно буду. Кожний раз жалкую, що я не ногу втратив, а око, тому що хотів би подивитися на власному досвіді. Але що маємо. Дуже дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Дякую, пане Масі.

Запрошую Ігоря Коломойця, ветерана російсько-української війни. Прошу, пане Ігорю, у вас 2 хвилини.

КОЛОМОЄЦЬ І. Доброго дня, шановні народні депутати, представники уряду і шановні гості. Знаєте, дуже гарно, що ви піднімаєте питання реабілітації і хотілось би як ветерану сказати одне: ветеран не повинен ходити з простягнутою рукою, ви розумієте? На сьогоднішній день я вам скажу, що болить ветеранам Черкащини, мабуть, і всієї України.

Ну, будемо відвертими, чесно, в селах, в сільських громадах практично відсутня реабілітація наших ветеранів. Вони замкнуті, вони не бачать цього і доїхати кудись до районного центру або обласного – дуже великі черги, дуже великі черги. І ми не можемо реабілітувати цих ветеранів. Вони замкнуті, особливо з важкими хворобами, які не можуть себе самозабезпечити. Після інсультів, після інфарктів, після ПТСР дуже важких. І люди сидять в цих селах, а особливо з онкологією, ви розумієте, тільки за два місяці у нас два товариша померло, немає навіть доступних ліків по онкології. Ну це просто жах. Ну чому ветерани повинні просити?

Знаєте, є хороша ідея – це ветеранський спорт. Так, малі гроші, не дуже великі там на квартал. А що заважає створити програму ветеранської реабілітації? Створіть. Будь ласка, ветерану дайте на реабілітацію, реабілітацію, оздоровлення. Нехай ветеран сам вибирає, де він буде оздоровлюватися, де він реабілітуватися буде.

Далі. Ви знаєте, що болить ветеранам на сьогоднішній день? По соціальній політиці, це практично бюрократія по військових частинах, які практично на сьогоднішній день не дають відповіді на запити від ТЦК і СП. ТЦК і СП відправляє і практично ні медичні документи, ні, вибачте, грошові документи, ні соціальні документи, які військова частина повинна надати, не надають. Люди по пів року, по року чекають тільки документи, щоб отримати пенсію ветерана. Ну це просто жах, яке у нас відношення до ветеранів.

І наступне. Спасибі, що ви піднімаєте тему реабілітаційних центрів. Та не вистачає їх. Робіть їх, якомога більше реабілітаційних центрів, залучайте, там в Карпатах, де-небудь, залучайте. Ну ветерани повинні... Ви розумієте, що коли людині немає де реабілітуватися, він замикається в собі? Почуйте ветерана. Я дякую вам, що ви піднімаєте це питання.

Слава Україні!

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Героям Слава!

Пане Ігорю, дуже слухно те, що ви кажете. Єдине, те, що ви кажете про ТЦК і СП і про військові частини, я все ж таки думаю, це запитання не до Мінсоцу, а до Міністерства оборони і до Генштабу, ну мені так здається, бо вони не підпорядковані Мінсоцу, так, військові частини. Але ми обов'язково в резолюції запишемо доручення Міністерству оборони, щоб вони з'ясували це питання. Поки я чую, що це все ж таки питання Міноборони, Міністерства внутрішніх справ і Служби безпеки України. Мені так здається.

КОЛОМОЄЦЬ І. Ви, пане Радуцький, дуже праві, але тут питання ще мабуть до Міністерства ветеранів, тому що ви знаєте, коли документи подаєш в ТЦК, відправляємо до Міністерства ветеранів, найбільше що болить ветеранам – це отримання ОГД і пенсія, це те, що болить, соціальний захист цієї людини. А у нас практично це затягується не те, що, а це на роки затягується.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пане Ігорю, згоден, я сам особисто, коли до мене особисто звертаються там друзі, ветерани, я сам особисто цим займаюся, я знаю, що це сто кіл пекла. Це тут я не буду з вами сперечатися, ви праві, це дійсно сто кіл пекла, і я сподіваюся, що Федоров все ж таки діджиталізує цю всю історію, дуже сподіваюся, бо він вміє це робити, але все одно це в першу чергу питання Міноборони і Мінветеранів, ми обов'язково в резолюцію це додамо.

КОЛОМОЄЦЬ І. Я дуже дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Прошу, Сергій Рудик.

РУДИК С.Я. Пишаюся своїми помічниками, які займають не тільки проактивну позицію на роботу на Черкащині, а й на заходах, особливо слова Ігоря, ви бачите, що якби я його не стримував, то він мабуть би сказав ще набагато більше і був би правий, тому найбільше що турбує ветеранів, які не можуть, як я вже говорив у вступному слові, дійти до деяких владних

кабінетів, це несправедливість, і це знову ж таки подвійні стандарти. Коли ти з цими ветеранами спілкуєшся як ветеран, трошки легше, бо знімається перше питання: а ти там був? Ну якось легше спілкуватися з людьми. А я тільки можу собі уявити, яка прірва між типовим представником влади, не буду навіть уточняти місцевого самоврядування, там парламенту, чиновник якогось міністерства і ветераном, який не знаходить відповіді на якісь наболілі, прості абсолютно людські питання, які можна було зняти тільки за рахунок не черствого підходу, але він не знаходить і починається ця агресія, і це теж частина цього нашого великого нашого процесу.

Але мені дуже приємно, що сьогодні в цьому залі зібралися люди, яким болить. Були трошки у мене, відверто кажучи, якісь побоювання, що кількість людей, які знайдуть собі інші способи проведення сьогоднішнього дня, ні, я хотів особисто подякувати Михайлу Борисовичу за весь процес підготовки цих слухань, бо ми тричі переносили дату в зв'язку з різними причинами, і тим не менше ми цей захід провели. Дякую за включення в процес, за те, що реагували на побажання ініціаторів.

І окремо хотів би подякувати Михайлу Васильовичу Макаренку, от дивіться, я нарахував на початку слухань трохи більше 10 нардепів, а досиділи, так, в офлайн, так, я перепрошую, в офлайн, але от як депутат зі стажем, цінується той, хто веде, і цінується той, хто до кінця присутній. От до кінця присутній, дивіться, він же ж не виступав, ну, ви знаєте, прийшла людина, там свої 5 копійок вставила, розказала там те, що вважала за потрібне, і пішла займатись своїми справами. Знаєте, я завжди до таких людей ставлюсь, ну, так, в зазначеному контексті ветеранської політики, а він, бачте, слухає, він записує, більше того, я сподіваюсь на резон, тому що я представляю формально Комітет аграрної і земельної політики, з формальної точки зору недотичний до цієї проблематики, але дуже важливо, що ми максимально в короткі терміни зібрали всі пропозиції письмові і коректно, конструктивно їх виклали на папері, тому що це, по великому рахунку, ну,

добра половина цієї всієї нашої роботи. Давайте включимось, десь, там, може від ветеранів передайте привіт тим, хто не могли до кінця досидіти або не знайшли часу сьогодні бути на цьому заході, скажіть, що ми будемо дуже вдячні, якщо вони компенсують свою відсутність на заході своїми ручками і своїх помічників для того, щоб ці пропозиції були максимально швидко і якісно зроблені і ми спільними зусиллями потім пішли по інстанціях, тому що частина це буде законопроекти, частина це будуть правки до діючих законопроектів, але велика частина роботи буде на рівні урядових постанов, на рівні якихось нормативних документів, на рівні конкретних міністерств. Я зі свого боку, там, підживлю цей процес, думаю, що Михайло Борисович додасть, я думаю, що і Комітет соціальної політики підкрутить, але...

Дякую.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Сергію.

Ну, давайте так, завдяки питанням, які ми сьогодні піднімаємо заради ветеранів, ми сьогодні в цьому залі, а не десь там сиділи на гулянці. І це треба розуміти, тому просто, колеги, хтось зараз перейшов з офлайну в онлайн, але, ну, колеги дуже відповідально до цього віднеслись, чесно, і я не очікував, що всі депутати, ну, я за свій комітет кажу, мені дуже приємно, колеги, що ви всі долучились, бо це питання дуже важливе.

Ще Оксана Дмитрієва, одна хвилинка. І закінчуємо.

ДМИТРИЄВА О.О. Дякую, Михайле Борисовичу. Дякую дійсно всім, хто дочекався до кінця, дослухали, тема, дійсно, важлива. І я хочу сказати одне, що ми сьогодні почули, і пан Сергій зараз казав, що будуть там зміни до діючих законів, там, нові законопроекти якісь писатись, я як автор Закону про реабілітацію, Лада Булах як автор Закону про психічне здоров'я, Михайло Борисович, всі наші колеги нашого комітету добре знають, що зміни до закону і взагалі закон, вони сприймаються дуже важко. Наприклад, Закон про реабілітацію, Михайло Борисович підтвердить, ми приймали, рік ми ним займались, це було дуже-дуже, так і психічне здоров'я,

тому зміни якісь вносити в закон, а тим паче я сьогодні почула пропозиції, які там треба вносити, мені здається, нам просто чітко треба зрозуміти, на яких рівнях вони мають виконуватись. Бо якщо ми вносимо деякі зміни в закон і потім ми розуміємо, що там треба буде щось знову-таки змінювати, то швидко ми це точно не зробимо. Тому я думаю, що і Лада Булах, і Михайло Борисович, і всі члени нашого комітету готові будуть вислухати всі ці пропозиції, там, зібратись, що стосується Закону про реабілітацію, я там особисто до цього причетна, і вирішити, які саме зміни куди треба вносити. Бо головне питання і головна, більша частина цих пропозицій, які я сьогодні почула, їх треба вносити не до закону, а до підзаконних актів, і так як і міністр наш Віктор Кирилович сьогодні сказав, що Закон про реабілітацію, він працює. Нам треба працювати над постановами і над проєктами, які можуть бути стосовні і будуть працювати, що стосується ветеранської політики, і працювати це на рівні міністерств. Дякую вам.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, Оксано Олександрівно.

Ну, так і планували, ну, ви вже так довго тримаєте руку, але, дійсно, одна хвилина.

Одна хвилина, будь ласка. Друзі, все, стоп.

БОЙЧУК А. Добрий день! Дякую за слово.

Бойчук Анастасія, Благодійний фонд «Пацієнти України».

Дуже коротко. Підтримую повністю пані Тетяну Грубенюк стосовно питань, які стосуються маршруту, стосовно питань, які стосуються можливості проходження реабілітації амбулаторно, тому що у нас стаціонарні реабілітаційні відділення, вони завантажені легшими захисниками, які теж звісно мають право отримати реабілітаційну допомогу, але можуть її проходити амбулаторно.

Що є бар'єром для цього? Неодноразово ми як пацієнтська організація і професійні спільноти фахівців з реабілітації говорили про те, що бар'єром є саме ось ця вимога, що виплати в повному обсязі зберігають і додаткові

виплати тільки за умови стаціонару. І НСЗУ про це говорило, і МОЗ про це говорило, у нас питання до Міноборони. Це перше.

Друге питання – виконання реабілітаційних маршрутів. Ми спостерігаємо, що навіть у випадку, коли затверджуються на рівні МОЗ реабілітаційні маршрути, їх не виконують на рівні обласних, там навіть з'являються свої власні реабілітаційні маршрути. І у нас через це є проблеми з тим, яким чином забезпечується реабілітація.

І третє, що сьогодні лунало, це про фахівців з реабілітації, яких не вистачає. Ми провели дослідження спільно з професійними спільнотами. Насправді бачимо, що фахівців випускається багато, питання в тому, скільки з них заходить в професію і саме заклади, які працюють з програмою медичних гарантій і відомчих госпіталів. Показник – менше 30 відсотків.

Тобто мова все ж таки про якість управління закладами охорони здоров'я, про розуміння важливості фахівців з реабілітації, про те, яким чином мотивувати їхню роботу. Ми можемо дати результати цього дослідження, можемо окремо його представити і окремо обговорити, що з цим робити.

Дякую за увагу. Дякую, пане Вадиме, що так підтримували, щоб я таки виступила.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, друзі.

Ні, стоп. Давайте, я прошу вибачення. Друзі, по-перше, ми домовляємося з вами про що? Мені дуже подобається підхід, як класик сказав, «нам шашечки чи їхати». Що нам просто – виступ заради виступу, це одна справа. А якщо ми хочемо щось змінювати, то дійсно тут питання не в законі новому. Тут питання максимально зібрати, всі сьогодні почули, всі почули і досягнення, і провтики, які є сьогодні і в міністерствах, і у Верховної Ради, тобто тут немає сьогодні хтось краще, хтось гірше, провтики і в громадських організаціях, і в фондах є провтики. Так?

Бо давайте так, друзі, нашого досвіду, пройде ще час після перемоги, я думаю, що нам черга стане від країн-партнерів за нашим досвідом. Так? На жаль, нам би краще цим досвідом десь вчитись, на жаль, ми маємо свій досвід. Ну вже маємо, нікуди не дінемось.

Тому давайте ми домовимось. Всім дякую за участь.

У мене яка пропозиція. Давайте беремо собі термін 2 тижні. За 2 тижні я прошу надати в комітет всіх учасників сьогоднішньої дискусії свої бачення, свої пропозиції з акцентом, що максимально посилатись на можливість наказу МОЗ або Мінсоцу, або Міноборони, або на постанову уряду. Це точно буде швидше, ніж проходити закон парламентом. Пані Оксана вам чітко, вона не вигадала нічого, рік проходив Закон про реабілітацію. Рік. Закон про ментальне здоров'я і трошки швидше, але, але.

Тепер що стосується єдиної послуги, от те, що Масі піднімав. Там дійсно треба буде закон. І ми сьогодні вже, і дякую і деяким громадським організаціям, які до нас вже долучаються, до розробки цього закону, і реабілітаційні великі центри, які займаються реабілітацією сьогодні. Я, щоб нікому не робити рекламу, я не буду називати ці центри, але долучились дуже поважні організації.

Ми 2 тижні отримуємо пропозиції, тиждень візьме, два комітет і ми ще долучимо всі міністерства, які брали сьогодні участь, на вивчення цих пропозицій. І після того ми зробимо таке вже на рівні не отакого круглого столу, а на рівні засідань комітету і приймемо рішення, як ми рухаємося далі. Але це точно буде на підставі тих пропозицій, які ви надали. Бо ми сьогодні можемо ще там дві доби посидіти, ну результат буде такий самий, як його не було. Так?

Тому давайте домовимось, всі пропозиції, до речі, таке ж саме в мене є прохання до всіх міністерств і відомств, які сьогодні тут присутні, бо скоріш за все у вас теж є якісь пропозиції або бачення на те, що ви почули. Тому

давайте, а ми вже сформуємо, там, єдиний пул і розішлемо всім учасникам сьогоднішнього круглого столу.

Ще раз дякую. Дякую, Сергію, за ініціативу, бо це дуже важливо. Ну, ми іноді десь біжимо і щось не помічаємо, бо воно навалює на голову кожен день купу проблем, я про наш Комітет з охорони здоров'я, комітет Третякової, там, ви знаєте, що сьогодні відбувається з законами про пенсію і все інше, просто не вистачає навіть не те, що часу, а увагу не сконцентрували.

Дякуємо за цю ініціативу і я сподіваюсь, що ми за 3 тижні вже будемо мати якийсь результат сьогоднішнього круглого столу.

Дякую всім. Дякую за роботу.