

Заклад вищої освіти «Український католицький університет»

Факультет суспільних наук

Кафедра державного управління

Магістерська робота

на тему:

«Стратегія розвитку протитуберкульозного закладу в умовах реформи системи охорони здоров'я»

Виконала: студентка II курсу,
напряму підготовки
(спеціальності) 281 «Публічне
управління та
адміністрування»

Гранкіна Н.В.
(прізвище та ініціали)

Науковий керівник:
к.е.н., доц. Василиця О.Б.
(посада, науковий ступінь, прізвище
та ініціали)

Львів – 2022 рік

Гранкіна Наталія Вячеславівна

«Стратегія розвитку протитуберкульозного закладу в умовах реформи системи охорони здоров'я»

АНОТАЦІЯ

В магістерській роботі розглянуто питання розробки стратегії розвитку протитуберкульозного закладу в умовах реформи фінансування системи охорони здоров'я, що передбачає автономізацію закладів охорони здоров'я, підвищення ролі органів місцевої влади у розвитку медичних послуг, орієнтованих на потреби громади, а також спрямована на підвищення конкурентоспроможності постачальників медичних послуг, покращення якості медичної допомоги населенню.

Метою дослідження є розробка науково-методичних основ підвищення ефективності та економічної стійкості протитуберкульозного закладу шляхом впровадження інтегрованої моделі надання медичних послуг, орієнтованих на потреби громади.

Дослідницькі завдання полягають у систематизації нормативно-правового забезпечення системи надання протитуберкульозної медичної допомоги, проведенні аналізу міжнародного досвіду організації системи медичних послуг хворим на туберкульоз, розробці рекомендацій щодо визначення стратегії розвитку протитуберкульозного закладу, а також забезпечення його фінансової стійкості, спираючись на кращі міжнародні практики з надання сталих медичних послуг.

На основі отриманих результатів дослідження зроблені рекомендації щодо визначення стратегії розвитку протитуберкульозного закладу, як ключового елементу системи спеціалізованої протитуберкульозної медичної допомоги в Дніпропетровській області.

Новизна роботи: запропоновано модель організації надання спеціалізованої медичної допомоги на базі Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру.

Ключові слова: спеціалізована медична допомога, туберкульоз, регіональний фтизіопульмонологічний центр, реформування системи охорони здоров'я, медичні послуги, оплата на основі випадків, модель фінансування та оплати.

ABSTRACT

The master's thesis deals with the development of a strategy for the development of TB facilities in the reform of health care financing, which provides for the autonomy of health care facilities, increasing the role of local authorities in the development of community-based health services, and aimed at increasing competitiveness providers of medical services, improving the quality of medical care.

The aim of the study is to develop scientific and methodological foundations for improving the efficiency and economic sustainability of the TB institution by developing and developing an integrated model of community-based health services.

Research objectives are to systematize the legal framework for TB care, analyze the international experience of organizing a system of medical services for TB patients, develop recommendations for determining the development strategy of TB, and ensure its financial stability based on best international practices in providing sustainable medical services.

Based on the results of the study, recommendations were made to determine the strategy for the development of anti-tuberculosis institution as a key element of the system of specialized anti-tuberculosis medical care in the Dnipropetrovsk region.

Novelty of work: the model of the organization of providing specialized medical care on the basis of the Dnepropetrovsk regional phthisiopulmonology center is offered.

Keywords: specialized medical care, tuberculosis, regional tuberculosis pulmonary center, health care reform, medical services, case-based payment, funding and payment model.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. Державна політика у сфері протидії туберкульозу та її законодавча база.....	10
1.1. Аналіз розвитку протитуберкульозної служби в Україні.....	10
1.2. Нормативно-правові основи організації системи протитуберкульозної служби в Україні. Основні засади фінансування протитуберкульозних медичних закладів.....	22
1.3. Міжнародний досвід організації медичної допомоги хворим на туберкульоз. Ефективні моделі системи з надання медичних послуг.....	28
РОЗДІЛ 2. Аналіз державної політики з надання медичної допомоги хворим на туберкульоз.....	40
2.1. Реалізація державної політики з протидії захворюванню на туберкульоз в умовах реалізації Програми медичних гарантій.....	40
2.2. Імплементация державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню на регіональному рівні.....	44
2.3. Дослідження стану надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз у Дніпропетровській області.....	50
РОЗДІЛ 3. Стратегія розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру.....	58
3.1. Формування пропозицій щодо розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, забезпечення сталості протитуберкульозних медичних послуг.....	58
3.2. Шляхи розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру. Пошук та залучення альтернативних шляхів фінансування	64
ВИСНОВКИ.....	72
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	88

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

- АРТ – Антиретровірусна терапія
- ВГС – Вірусний гепатит С
- ВІЛ – Вірус імунодефіциту людини
- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ДОЗ ДОДА – департамент охорони здоров'я Дніпропетровської обласної державної адміністрації
- ДКВС – Державна кримінально-виконавча служба України
- ЕМД – Екстрена медична допомога
- ЗОЗ – Заклади охорони здоров'я
- ЗПТ – Замісна підтримувальна терапія
- ЛВІН – Люди, які вживають ін'єкційні наркотики
- ЛЖВ – Люди, які живуть з ВІЛ
- ЛС-ТБ – Лікарсько-стійкий ТБ (раніше використовувався термін хіміорезистентний ТБ (ХРТБ))
- ЛТБІ – Латентна туберкульозна інфекція
- МБТ – Мікобактерія туберкульозу
- МіО – Моніторинг і оцінка
- МІС – Медична інформаційна система
- МЛС-ТБ – ТБ із множинною лікарською стійкістю (як мінімум до ізоніазиду та рифампіцину)
- МОЗ – Міністерство охорони здоров'я України
- МР ТБ – Мультирезистентний туберкульоз
- НАМН України – Національна академія медичних наук України
- НСЗУ – Національна служба здоров'я України
- НУО – Неурядова організація
- ПМД – Первинна медична допомога
- ПМГ – Програма медичних гарантій
- СМД – Спеціалізована медична допомога
- СНІД – Синдром набутого імунодефіциту
- ТБ – Туберкульоз
- ТБ/ВІЛ – Ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ
- ЦОВВ – Центральний орган виконавчої влади
- DOT – лікування ТБ під безпосереднім наглядом за прийомом АМБП (directly observed treatment)

ВСТУП

У 2015 році Уряд України ініціював трансформаційну реформу системи охорони здоров'я з метою поліпшення стану здоров'я населення та забезпечення фінансового захисту від надмірних витрат шляхом підвищення ефективності, модернізації застарілої системи надання медичних послуг та покращення доступу до якісного медичного обслуговування.

Трансформація відбувається за рахунок підвищення ефективності, модернізації застарілої системи та поліпшення доступу до медичного обслуговування кращої якості. Загальна стратегія передбачала першочергово зосередити увагу на змінах у фінансуванні охорони здоров'я, щоб каталізувати зміни в наданні послуг, а також використовувати сучасні електронні рішення як прискорювач розвитку [16, 31].

Зміни у фінансуванні охорони здоров'я відповідають загальним цілям розвитку України, і приносять дивіденди з точки зору ефективності використання бюджетних коштів та забезпечення фіскальної дисципліни.

На шляху до інтеграції України із світовою та європейською спільнотами в рамках виконання Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй та Угоди про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їх державами-членами, з іншої сторони, ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку є протидія захворюванням, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив [22, 27, 37, 43, 51, 77].

Розпорядженнями Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1414-р «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» [40] та від 27 листопада 2019 р. № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» [41] визначено ключові напрямки трансформації системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню та цілі.

В рамках Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачено здійснення заходів з реорганізацію регіональних протитуберкульозних закладів, що включає злиття всіх протитуберкульозних закладів області в єдиний в області протитуберкульозний заклад, що має статус регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру (далі — регіональний фтизіопульмонологічний центр), створений як комунальне некомерційне підприємство, що надає і координує протитуберкульозну медичну допомогу населенню в області [42].

Разом з цим, зважаючи на особливості розвитку епідемії туберкульозу в різних областях України, необхідність забезпечення фінансової стійкості та належної якості медичних послуг, перед регіональним фтизіопульмонологічним центром постає актуальне завдання щодо формування стратегії розвитку та пошуку ефективної моделі надання медичних послуг на базі закладу охорони здоров'я.

Метою цієї роботи стала розробка науково-методичних основ підвищення ефективності та економічної стійкості протитуберкульозного закладу шляхом розробки та розвитку інтегрованої моделі надання медичних послуг, орієнтованих на потреби громади.

Дослідницькі завдання полягають у систематизації нормативно-правового забезпечення системи надання протитуберкульозної медичної допомоги, проведенні аналізу міжнародного досвіду організації системи медичних послуг хворим на туберкульоз, розробці рекомендацій щодо визначення стратегії розвитку протитуберкульозного закладу, а також забезпечення його фінансової стійкості, спираючись на кращі міжнародні практики з впровадження ефективних моделей медичних послуг.

Об'єкт дослідження – реформування системи спеціалізованої протитуберкульозної медичної допомоги у Дніпропетровській області.

Предмет дослідження – трансформація протитуберкульозного закладу в контексті медичної реформи та формування ефективної моделі надання

медичних послуг.

Мета дослідження конкретизується та забезпечується її досягнення шляхом вирішення наступних завдань:

- проаналізувати сучасний стан розвитку протитуберкульозної служби в Дніпропетровській області;
- дослідити основні методологічні підходи до реформування системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню;
- розкрити організаційно-правові засади функціонування системи протитуберкульозної медичної допомоги в умовах реформування галузі;
- обґрунтувати рекомендації щодо удосконалення основних підходів до реформування протитуберкульозної медичної допомоги та запропонувати економічно та епідеміологічно-обґрунтовану модель організації медичних послуг регіонального фтизіопульмонологічного центру.

Методологія дослідження базується на загальнонаукових методах дослідження. Серед них, зокрема, варто виокремити методи синтезу та аналізу, дедукції та індукції, порівняльний метод, метод узагальнення тощо. Застосування системного та структурно-функціонального аналізу дозволило дослідити особливості організації протитуберкульозної допомоги населенню Дніпропетровської області.

Джерельну базу дослідження склали нормативно-правові акти України, а також міжнародні. У роботі широко використовуються результати публікацій в наукових періодичних виданнях, статистичні матеріали, аналітичні матеріали за темою дослідження.

В першому розділі визначаються теоретико-прикладні засади дослідження, розкриваються методологічні підходи до реформування системи протитуберкульозної медичної допомоги в Україні та у світі.

У другому розділі визначаються основні проблеми та обґрунтовуються подальші перспективи трансформації системи протитуберкульозної медичної допомоги в Україні, на регіональному рівні, зокрема, за допомогою розробки та імплементації галузевих державних стратегій, спеціальних та загальних

цільових програм, проєктів міжсекторної взаємодії, наголошується на ролі місцевої влади у забезпеченні протитуберкульозної медичної допомоги на рівні громади.

У третьому розділі наведені пропозиції щодо шляхів трансформації протитуберкульозної медичної допомоги у Дніпропетровській області, а також забезпечення розвитку та утворення економічної автономності регіонального фтизіопульмонологічного центру. Запропоновані альтернативні шляхи фінансування.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає у підсумуванні теоретико-методологічних напрацювань у сфері організації протитуберкульозної медичної допомоги та фінансування медичних закладів. Запропоновано стратегію розвитку протитуберкульозного закладу на прикладі Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру. Можливість подальших досліджень за темою магістерської роботи, а також використання результатів роботи для оптимізації протитуберкульозних медичних послуг. Узагальнення міжнародного досвіду.

РОЗДІЛ 1

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ЇЇ ЗАКОНОДАВЧА БАЗА

1.1. Аналіз розвитку протитуберкульозної служби в Україні

Україна є однією з десяти країн з найвищими показниками захворюваності на мультирезистентний туберкульоз у світі [83]. Не зважаючи на наявність в країні значного досвіду щодо впровадження найкращих міжнародних підходів і послуг у рамках протидії епідемії туберкульозу, результати аналізу ситуації свідчать про наявність значних функціональних недоліків у системі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню [21, 26, 49, 67].

Серед основних причин напруженої ситуації з туберкульозом в Україні слід відзначити низький рівень ефективності лікування. Причинами зазначеної проблеми є прогалини в організації раннього виявлення туберкульозу та діагностики стійкості мікобактерії до протитуберкульозних препаратів, недоліки у забезпеченні прихильності до профілактики, раннього виявлення та лікування туберкульозу серед населення [21, 26, 49].

Зазначені причини виникають внаслідок низького рівня поінформованості населення про туберкульоз, відсутності в достатньому обсязі послуг із психосоціальної підтримки пацієнтів з туберкульозом, а також через недостатньо швидке впровадження нових препаратів та схем, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ), що обмежувало до 2019 року можливість лікарів фтизіатрів призначати ефективну схему лікування пацієнтам, хворим на туберкульоз з розширеною резистентністю [85, 86].

У контексті досягнення стратегічних цілей відповідно до концепції Глобальних цілей сталого розвитку ООН стосовно подолання туберкульозу до 2030 року та досягнення цільових індикаторів ліквідації туберкульозу до 2035

року, визначених стратегією Всесвітньої організації охорони здоров'я «The End TB», в Україні вдалося досягти певних результатів [4].

З урахуванням динаміки зниження абсолютного числа смертей (у середньому 8,3 відсотка на рік) та захворюваності на туберкульоз (в середньому 3,9 відсотка на рік) за 2015 – 2018 роки у 2020 році розрахунково вдасться зменшити захворюваність на туберкульоз принаймні на 18,4 відсотка, а абсолютне число смертей від туберкульозу на 36,9 відсотка [2].

Серед основних ризиків, що можуть погіршити позитивну динаміку в Україні щодо подолання туберкульозу, є ризики недовиявлення випадків туберкульозу, поширення стійких до ліків форм туберкульозу та ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекції).

За даними ВООЗ, в Україні щороку своєчасно не виявлені близько 23 відсотків випадків туберкульозу, що є причиною подальшого його поширення серед населення поряд з випадками перерваного та невдалого лікування [3].

На сьогодні домогосподарства можуть потерпати від катастрофічних витрат, пов'язаних з туберкульозом, хоча в більшості випадків протитуберкульозна медична допомога є безоплатною для пацієнтів [21].

При цьому реалізація реформи системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню передбачалася також у рамках виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки, затвердженої Законом України від 16 жовтня 2012 року № 5451-VI [19].

Однак внаслідок відсутності чіткого плану реформування загальної системи охорони здоров'я, збереження попередніх механізмів фінансування, пасивного супротиву працівників системи, в тому числі протитуберкульозної служби, реформування не відбулося, а підходи та стереотипи щодо надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню надалі значною мірою базуються на принципі ізоляції хворого від суспільства в умовах стаціонару. Зазначене пов'язане з вертикальною відокремленою структурою системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, а також з недостатньою

її інтеграцією в загальну систему медичної допомоги.

Результати попередньої оцінки ситуації свідчать, що основним мотивом супротиву працівників системи протитуберкульозної медичної допомоги є наявність таких невирішених питань [10, 11]:

- фінансування медичних послуг з амбулаторного лікування туберкульозу залежить від чисельності населення і демографічних характеристик території охоплення, а система фінансування недостатньо стимулює переведення пацієнтів на амбулаторне лікування, адже протитуберкульозний заклад потенційно може втратити кошти від зменшення кількості госпіталізацій;
- фінансування протитуберкульозних закладів розраховується насамперед виходячи з кількості ліжок у стаціонарі і рівня їх заповнюваності.

Наявні підходи до госпіталізації хворих на туберкульоз відповідно до стандарту медичної допомоги при туберкульозі і механізми фінансування охорони здоров'я дозволяють тривале стаціонарне лікування за рішенням фтизіатрів. Як наслідок — поширена тривала та часто необґрунтована госпіталізація, яка разом з недостатнім рівнем впровадження компонентів інфекційного контролю сприяє передачі стійких до ліків форм туберкульозу серед пацієнтів і працівників закладів охорони здоров'я в умовах стаціонарів.

Структура протитуберкульозної медичної допомоги населенню в Україні останні 10 років не зазнавала суттєвих змін. Пріоритетною моделлю у здійсненні лікування хворих на туберкульоз тривалий час лишалось стаціонарне лікування. Це створювало передумови щодо нераціонального розподілу фінансування протитуберкульозних закладів, що, в свою чергу призводило до необхідності утримання значної кількості неефективних протитуберкульозних закладів, і як наслідок, до відсутності належного фінансування протитуберкульозної служби.

За даними ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» та ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони

здоров'я України» у 2018 році мережа протитуберкульозних закладів охорони здоров'я системи МОЗ України була представлена 68 протитуберкульозними диспансерами, в яких функціонувало 10520 ліжок, 21 туберкульозними лікарнями для дорослих на 1860 ліжок, 2 туберкульозними лікарнями для дітей на 100 ліжок, 56 санаторіями для хворих на туберкульоз на 7073 ліжок. До цього ж, в Україні нараховувалось 530 закладів, що мають фтизіатричні кабінети [1].

Щороку в Україні виявлялось приблизно 27 000 нових випадків захворювання на ТБ та рецидивів. Лікували цих пацієнтів 2 600 лікарів. Тобто на одного лікаря припадало не більше десяти пацієнтів на рік [4].

Крім того, показники ефективності використання ліжкового фонду протитуберкульозних закладів свідчили про нераціональне їх використання.

Так, у 2018 році середнє число днів зайнятості ліжка протитуберкульозних закладів по країні становила 251 (для дорослих – 251, для дітей – 243). Причому у 4 областях значення показника не перевищувало – 200. Тобто, фактично півроку, протитуберкульозне ліжко не працювало [1].

Про неефективне використання ліжкового фонду також свідчать наступні показники за 2018 рік: середнє перебування хворого на ліжку – 82,70 (для дорослих – 82,82, для дітей – 80,77); обіг ліжка – 3,03 (для дорослих – 3,03 для дітей – 3,01) [1, 2].

Зазначене призвело до виникнення критичних проблем у функціонуванні протитуберкульозних диспансерів країни:

- роздутий ліжковий фонд та кадровий склад допоміжних служб протитуберкульозних закладів, що не відповідав сучасним підходам до лікування хворих на туберкульоз та організації роботи медичного закладу.

- значна амортизація будівель протитуберкульозних диспансерів, частина з яких визнана аварійними та не підлягає подальшій експлуатації, значна частина будівель не несе належного функціонального навантаження, що призводить до економічної недоцільності на утримання будівель;

- невідповідність ключовим вимогам інфекційного контролю за

туберкульозом, що створює умови для поширення мультирезистентних форм захворювання та у разі підвищує ризик захворювання на туберкульоз серед медичного персоналу;

- вузький спектр медичних послуг, що надаються на базі окремих протитуберкульозних диспансерів з причини відсутності сучасного медичного обладнання та кадрового забезпечення. недоцільність функціонування однопрофільних диспансерно-амбулаторних підрозділів, що дублюють функції один одного;

- відсутність впроваджених енергозберезувальних заходів, що призводило до значних витрат на споживання енергоресурсів;

- невідповідність санітарно-епідемічним вимогам та незадовільні побутові умови перебування хворих на стаціонарному лікуванні, а також співробітників протитуберкульозних закладів;

- неефективна робота амбулаторно-поліклінічних підрозділів;

- кадровий дефіцит кваліфікованих фахівців;

- тривала та часто необґрунтована госпіталізація, яка разом з недостатнім рівнем впровадження компонентів інфекційного контролю сприяє передачі стійких до ліків форм туберкульозу серед пацієнтів і працівників протитуберкульозних закладів.

Поряд із цим, протягом останніх 5 років, завдяки впровадженню кращих міжнародних практик, що ґрунтуються на доказовій медицині, відбулися значні зміни у підходах до діагностики, лікування та профілактики туберкульозу, що спонукають до оптимізації ліжкового фонду протитуберкульозних диспансерів, зокрема:

- зміна підходів до забезпечення стаціонарного лікування хворих на туберкульоз із акцентом на надання амбулаторного контрольованого лікування з перших днів після встановлення діагнозу (dot – лікування тб із забезпеченням соціального супроводу);

- запровадження нових ефективних протитуберкульозних препаратів та коротких схем лікування (скорочення тривалості лікування

окремих форм туберкульозу з 36 місяців до 12 місяців);

- суттєве скорочення термінів лабораторної діагностики туберкульозу (за допомогою нових високо-чутливих та високо-специфічних діагностичних тестів, заснованих на молекулярних технологіях (gene xpert) тривалість дослідження скоротилась до 2-3 годин замість 3-4 тижнів);

- зміни підходів до організації інфекційного контролю за туберкульозом, у тому числі за місцем мешкання хворого на туберкульоз із бактеріовиділенням (можливість організувати безпечні умови мешкання, що суттєво знижує ризик інфікування оточуючих);

- запровадження інтерактивних методик дистанційного контролю за лікуванням туберкульозу, що за наявності медичних показів та високій прихильності до лікування, дозволяє хворому приймати протитуберкульозні препарати у домашніх умовах та швидко соціалізуватись після перенесеного захворювання (відео-DOT, телемедицина тощо).

Таким чином, суть змін, що відбувається у протитуберкульозній службі у зв'язку із проведенням реформування – є запровадження і надання пацієнт-орієнтованих медичних послуг хворим на туберкульоз, зниження витрат на діагностику та лікування як з боку держави, так з боку пацієнта та їх родин, зниження ризиків утворення та поширення форм туберкульозу, стійких до лікування, виявлення та лікування латентної тубінфекції серед контактних в осередках туберкульозу [73].

В основу змін покладено мету протидії епідемії туберкульозу, як глобальної загрози громадському здоров'ю та благополуччю населення, покращення якості і тривалості його життя, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на потребах людини [30, 44, 48, 53, 54, 73].

Разом з цим, при наявності в країні визначеної та обґрунтованої загальної концепції розвитку протитуберкульозної медичної допомоги

населенню, наразі відсутні затверджені рекомендації щодо розробки стратегії розвитку протитуберкульозного медичного закладу в контексті зміни моделі фінансування спеціалізованих закладів охорони здоров'я.

Наразі в Україні існують окремі дослідження, що проводились в рамках реалізації проектів за міжнародної технічної підтримки, в яких вивчалась вартість протитуберкульозних медичних послуг (прямі та приховані витрати на лікування ТБ), доцільність запровадження економічно-обґрунтованих моделей протитуберкульозної медичної допомоги та були описані окремі елементи стратегічних напрямків розвитку спеціалізованих закладів охорони здоров'я, що надають протитуберкульозні медичні послуги [20, 23].

Стислий огляд найбільш дотичних та релевантних до теми цієї роботи досліджень наводиться нижче.

I. «Стратегічні підходи до закупівель для лікарняної системи туберкульозу в Україні»

Дослідження проведено в рамках Проекту «Фінансування та управління охороною здоров'я» (HFG), що фінансується Агентством Сполучених Штатів Америки для Міжнародного розвитку (USAID). Термін реалізації: 2017 – 2018 рр. [69]. Географія проекту/пілотні регіони: Полтавська область, Одеська області, Львівська область та місто Київ (28 туберкульозних лікарень та 2 тубвідділення).

Мета проекту: розробка та впровадження стратегічних підходів до закупівлі та використання аналітичних даних для ефективного використання зміни та вдосконалення протитуберкульозної медичної допомоги

Висновки дослідження:

1) Стратегічні інструменти закупівель можуть впливати на діяльність постачальників медичних послуг та підвищувати ефективність надання протитуберкульозної медичної допомоги у період ще до запровадження нової системи фінансування.

2) Закупки та розуміння їх необхідності важливо для аналізу обліку витрат.

3) Надійна та обґрунтована аналітична інформація може допомогти зменшити супротив до реформи в секторі медичних послуг з туберкульозу з боку політиків та медичної спільноти .

4) Формування політичної волі вимагає значних витрат часу та зусиль.

5) Розуміння важливості даних для зацікавлених сторін може сприяти покращенню якості даних.

6) Візуалізація даних допомагає користувачам зрозуміти та оцінити дані.

7) Національні клінічні протоколи та терміни тлумачаться по-різному в областях, що ускладнює інтерпретацію даних або порівняння даних по областях.

8) Інституціоналізація має вирішальне значення для стійкості медичних послуг.

9) Стратегічна закупівельна робота в Україні була глибоко інституціоналізованою, із системами та інструментами, переданими партнерам для пілотування на початку впровадження. Партнери зіграли важливу роль у забезпеченні зворотного зв'язку для адаптації та коригування інструментів та підходів на основі реалій реалізації та потреб користувачів.

Рекомендації дослідження:

1) Експерти з питань туберкульозу та фінансування охорони здоров'я повинні сідати за один стіл для узгодження змін у наданні протитуберкульозних медичних послуг.

2) Керівникам лікарень було б корисно використовувати разом із додатковими клінічними показниками дані системи моніторингу роботи лікарні.

3) При стратегічних закупівлях протитуберкульозній лікарні, слід враховувати оплату за один випадок лікування (оплата на підставі історії хвороби).

- 4) Стратегічні закупівлі повинні сприяти вдосконаленню догляду за туберкульозом на рівні ПМСД.
- 5) НСЗУ, можливо, захоче розглянути питання щодо оплати випадків з урахуванням швидкого виявлення лікарської стійкості, а також результату.
- 6) Подумайте про мотивацію щодо виявлення випадків туберкульозу.
- 7) Подумайте про швидке виявлення стійкості до ПТП.
- 8) Подумайте про мотивацію щодо ефективності лікування .
- 9) Керівники протитуберкульозних закладів повинні періодично переглядати дані та координувати стратегічне планування з постачальниками послуг, відповідальними за нагляд за виявленням випадків туберкульозу на рівні ПМСД.
- 10) Донори повинні представляти єдиний фронт та підтримувати наступні кроки у стратегічних закупівлях.

II. «Ретроспективне дослідження економічної ефективності організаційних моделей надання медичної допомоги пацієнтам хворим на туберкульоз у місті Кривий Ріг, Україна»

Дослідження проведено в рамках проекту Посилення контролю за туберкульозом в Україні. Проект реалізовано: Кімонікс Інтернешнл Інк., що фінансується Агентством Сполучених Штатів Америки для Міжнародного розвитку (USAID). Термін реалізації: квітень 2012 р.- квітень 2017 р. [79]. Географія проекту/пілотні регіони: Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Львівська, Одеська, Харківська, Херсонська області , м. Київ

Мета проекту: поліпшення стану здоров'я українців шляхом зменшення тягаря туберкульозу через покращення якості послуг з діагностики, ведення випадку та профілактики туберкульозу, включно з випадками туберкульозу з множинною та широкою лікарською стійкістю і випадками ВІЛ-асоційованого туберкульозу. Діяльність зі зміцнення систем лікування туберкульозу здійснюється на двох рівнях: розбудова потенціалу національних та обласних установ у здійсненні ними нагляду і планування, та

впровадження кращих практик на рівні первинної медично-санітарної допомоги. В рамках проекту виконано дослідження «Ретроспективне дослідження економічної ефективності організаційних моделей надання медичної допомоги пацієнтам хворим на туберкульоз у місті Кривий Ріг, Україна»

Мета дослідження: проілюструвати економічно ефективні моделі надання допомоги пацієнтам з туберкульозом

Висновки дослідження:

1) Вартість курсу лікування одного ТБ пацієнта в амбулаторній моделі у 5 разів нижча, аніж в стаціонарно-амбулаторній

2) Організація медичної допомоги ТБ пацієнтам у ДОТ-кабінетах ТБ служби та ПМСД в середньому у 16 разів нижча, ніж у терапевтичному стаціонарі ТБ служби

3) Організація медичної допомоги ТБ пацієнтам у Товариства Червоного Хреста України та денному стаціонарі відповідно у 2 та 3 рази дорожча, аніж у ДОТ-кабінетах. Це обґрунтовані та економічні альтернативні форми амбулаторного лікування

4) Прихильність ТБ пацієнтів до ДОТ-лікування є вищою у амбулаторній моделі.

5) Впровадження амбулаторної моделі надання медичної допомоги ТБ пацієнтам є більш ефективним заходом та має потенціал суттєво покращити якість програми боротьби з туберкульозом та знизити їхню вартість.

III. «Надання комплексних послуг з підтримуючого догляду людям, з туберкульозом»

Дослідження проведено GH Pro за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку USAID. В Україні проект реалізовувався за підтримки та участю фахівців команди PATH, компонент «Оцінка комплексного пакету послуг орієнтований на потреби хворих на мультирезистентний туберкульоз (МЛУ-ТБ) для покращення їх утримання на лікуванні». Термін реалізації: 2016

– 2018 рр. Географія проекту/пілотні регіони: Китай, Пакистан, Південна Африка та Україна (Львів, Київ, Миколаїв) [74].

Мета дослідження: розробка загального пакету допоміжних медичних послуг (наприклад, послуг та / або матеріалів не пов'язані безпосередньо з лікуванням, але дозволяють пацієнтам продовжувати терапію, наприклад, ліки від болю або нудоти, харчові пайки, допоміжні послуги) для хворих на МР ТБ; випробування на місцях концепції, описаних у Пакеті, та виміряти ефективність, доцільність, і прийнятність втручань, а також оцінити витрати та вигоди.

Висновки дослідження:

1) Потенціал пакету медичних послуг для покращення результатів для людей із МР-ТБ. Дані проекту СТВ та пілотного пакету допомоги демонструють, що допоміжна допомога сприяє істотно збільшити успіх лікування для людей з МР ТБ, особливо тих, хто має ризик бути втраченим до подальшого спостереження або інших несприятливих наслідків. Враховуючи важкий тягар МР ТБ в Україні та необхідність найбільш ефективно використовувати наявні ресурси, програма може розглянути можливість зосередження допоміжних послуг на пацієнтах із МР ТБ з високим ризиком та розповсюдження пакету допомоги на пацієнтів із високим ризиком та чутливим до ПТП ТБ, щоб зменшити розвиток резистентних до лікування форм.

2) В контексті реформи охорони здоров'я програма повинна розглянути можливість використання наявних ресурсів та плану на підтримку первинної медичної допомоги для впровадження цих послуг. Пілот проводився переважно з фтизіатричною службою та НУО, і в меншій мірі залучали первинну медичну допомогу. Розробляючи стратегію масштабування, для забезпечення якості будуть потрібні додаткова навчальна підтримка та наставництво для фахівців ПМД і може бути інтегрована в розширену стратегію децентралізації послуг.

3) Україна має перевагу, щодо наявності вже розроблених керівних

документів, розроблені проектом СТВ, які можуть допомогти орієнтувати інші регіони на якість впровадження. Цей проект надав переконливі докази того, що відносно скромні інвестиції в допоміжну допомогу, орієнтовану на пацієнтів, можуть принести значну віддачу від кількості врятованих життів передачі та зниження довгострокових витрат на систему охорони здоров'я.

Рекомендації дослідження:

- 1) Активуйте підтримки з боку партнерських організацій та осіб, які приймають рішення на всіх рівнях важливо для успіху . Залучайте ключові зацікавлені сторони з самого початку, коли ви розробляєте послуги.
- 2) Створюйте служби на основі аналізу причин перерви лікування та оцінка потреб, які залучають вашу цільову аудиторію .
- 3) Використовуйте мультидисциплінарні групи та партнерів для надання послуг. Щоб розширити охоплення протитуберкульозними програмами, заручіться надійними партнерами з громади.
- 4) Встановіть чіткі ролі та обов'язки та канали зв'язку. Так як комплексні послуги залучають широке коло співробітників, важливо, щоб різні ролі та обов'язки кожного були чітко викладені в письмовій формі (бажано як стандартні операційні Процедури) і канали зв'язку також чітко встановлені.
- 5) Використовуйте електронну систему управління випадками для відстеження прогресу пацієнта в режимі реального часу.
- 6) Розвивайте компетентності медичного менеджменту паралельно із допоміжним лікуванням.
- 7) Впроваджуйте діяльність на рівні громади (наприклад, зменшення стигми) для доповнення індивідуального догляду.
- 8) Перевірте підхід у різних налаштуваннях та вдосконаліть його перед масштабуванням.
- 9) Розгляньте питання стійкості з самого початку та складіть план адвокації. Програми повинні думати і планувати адвокацію постійної підтримки як частину загальної стратегії введення.

1.2. Нормативно-правові основи організації системи протитуберкульозної служби в Україні. Основні засади фінансування протитуберкульозних медичних закладів

Питання протидії туберкульозу (ТБ) в Україні є одним з пріоритетних напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з ТБ є предметом міжнародних зобов'язань України в частині виконання положень Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами.

Україна є активним членом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), яка в 2015 році схвалила нову глобальну стратегію ВООЗ «Покласти кінець ТБ» та План дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016-2020 рр.

Регулювання системи протитуберкульозної служби в Україні регулюється на державному рівні нормативно-правовими актами, серед яких визначальними є Закони України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про місцеве самоврядування в Україні» [12, 13, 15, 17, 18].

Відповідно до зазначених документів мережа протитуберкульозних закладів визначається на регіональному рівні. Пунктом 30 частини першої статті 26 Закону України «Про місцеве самоврядування в Україні» [18] прийняття рішень про створення, ліквідацію, реорганізацію та перепрофілювання підприємств, установ та організацій комунальної власності відповідної територіальної громади є виключною компетенцією сільських, селищних, міських, обласних рад. Пунктом 20 частини першої статті 43 зазначеного Закону визначено, що виключно на пленарних засіданнях районної, обласної ради вирішуються в установленому законом порядку

питання щодо управління об'єктами спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст, районів у містах, що перебувають в управлінні районних і обласних рад.

Статтею 7 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» визначено, що місцеві органи виконавчої влади організують забезпечення кадровими, фінансовими та матеріально-технічними ресурсами комунальні протитуберкульозні заклади [12].

Статтею 10 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» закріплено можливість організації лікування на туберкульоз амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів надання медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз [12]. При цьому хворим на заразні форми туберкульозу забезпечується госпіталізація до протитуберкульозних закладів. У разі відмови хворих на заразні форми туберкульозу від госпіталізації їх лікування може проводитися амбулаторно за можливості їх ізоляції в домашніх умовах. Обов'язковими умовами проведення протитуберкульозного лікування є надання письмової інформованої згоди хворого (пацієнта) або його законного представника чи піклувальника на проведення лікування.

Важливим аспектом лікування хворих на туберкульоз є умова щодо надання безоплатної медичної допомоги, що закріплена Статтею 20 зазначеного Закону України.

Лікування хворих на ТБ, який відноситься до особливо небезпечних інфекційних хвороб [28], може проводитися в акредитованих у встановленому законодавством порядку державних і комунальних спеціалізованих закладах (відділеннях) охорони здоров'я та клинках наукових установ, а також в акредитованих закладах охорони здоров'я, заснованих у встановленому законодавством порядку на приватній формі власності [12, 13, 14].

Основною функціональною одиницею системи протитуберкульозної допомоги на сучасному етапі розвитку галузі охорони здоров'я – є

регіональний фтизіопульмонологічний центр, який утворений шляхом злиття протитуберкульозних закладів регіону. На базі цього закладу охорони здоров'я надається стаціонарна та амбулаторна медична допомога людям, з туберкульозом.

Відповідно до національних стандартів охорони здоров'я при туберкульозі стаціонарному лікуванню підлягають тільки пацієнти, що мають покази до госпіталізації, до яких відносяться: ускладнені форми ТБ, тяжкий клінічний стан хворого, стани, пов'язані із супутнім захворюванням, та становить загрозу для життя та/або здоров'я пацієнта і не підлягає лікуванню в амбулаторних умовах, виражені побічні реакції на протитуберкульозні препарати, усунення яких неможливо в амбулаторних умовах, хірургічне лікування ТБ, легеневий ТБ з бактеріовиділенням за неможливості забезпечити ефективне та безпечне лікування в амбулаторних умовах, примусова госпіталізація хворих на заразні форми ТБ за рішенням суду). Пацієнтам, які не підпадають під визначені критерії – стаціонарне лікування не показане [29].

Амбулаторну допомогу хворим на туберкульоз забезпечують диспансерно-поліклінічні відділення регіонального фтизіопульмонологічного центру, а також міжрайонні фтизіатри, посади яких запроваджені у складі центру.

На базі зазначених структурних підрозділів надається медична допомога не тільки людям, які живуть з туберкульозом, а і членам їх родин, особам з близького оточення пацієнта, які мають ризик захворювання на ЛТБІ (контактні особи), проводиться консультативна робота з диференційної діагностики захворювань легень (онкологія, професійні захворювання дихальної системи тощо), а також здійснюються періодичні профілактичні медичні огляди на ТБ серед осіб з груп медичного та соціального ризику. Надаються інші медичні послуги, що надаються в амбулаторних умовах та регламентовані ліцензією закладу охорони здоров'я.

Окреме місце в системі надання протитуберкульозної медичної

допомоги на регіональному рівні посідають міжрайонні фтизіатри, посади яких запроваджені у регіональних фтизіопульмонологічних центрах залежно від епідемічної ситуації для організації амбулаторного лікування пацієнтів з туберкульозом та координації діяльності заходів протитуберкульозної медичної допомоги населенню за територіальним принципом та у взаємодії з первинною ланкою медичної допомоги.

На сучасному етапі реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню ідентична система відбудована у кожній області України. Регіональними відмінностями є інтеграція окремих протитуберкульозних закладів з центрами з профілактики та боротьби зі СНІДом, центрами громадського здоров'я, лікарнями паліативної та хоспісної допомоги тощо.

Узяті під варту та засуджені, що хворіють на туберкульоз отримують медичну допомогу в системі ДКВС України відповідно до національних стандартів лікування туберкульозу, забезпечення та контроль яких покладено на Державну установу «Центр охорони здоров'я державної кримінально-виконавчої служби України».

Головною установою в Україні з проблем фтизіатрії і пульмонології і ключовим постачальником протитуберкульозних медичних послуг є Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського Національної Академії медичних наук України», яка є державною установою, яка заснована на державній власності і відноситься до відання Національної академії медичних наук України (далі - НІФП НАМНУ).

На базі НІФП НАМНУ здійснюється:

- проведення наукових досліджень та виконання наукових розробок з актуальних питань фтизіатрії та пульмонології, у тому числі епідеміологічного нагляду та моніторингу, щодо впливу факторів ризику й соціальних факторів на здоров'я населення України;

- забезпечення проведення епідеміологічного нагляду та моніторингу захворюваності на туберкульоз та інші захворювання органів дихання,

проведення відповідних лабораторних досліджень;

- здійснення організаційно-методичної роботи в галузі фтизіатрії та пульмонології;

- надання спеціалізованої консультативної-поліклінічної та стаціонарної допомоги населенню України.

Слід відзначити, що з початку 2021 року в Україні в рамках реалізації Програми медичних гарантій, запроваджено надання медичних послуг за напрямом «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги». Завдяки цьому з'явилася можливість наблизити протитуберкульозні медичні послуги до пацієнта і здійснювати амбулаторне лікування пацієнта з ТБ сімейним лікарем спільно з лікарем фтизіатром.

Основні засади фінансування протитуберкульозних закладів ґрунтуються на пріоритетах державної політики та завданнях, що поставлені перед галуззю охорони здоров'я.

Історично з отриманням незалежності Україна отримала радянський спадок – бюджетну модель фінансування охорони здоров'я Семашка. Існуюча впродовж багатьох років застаріла модель фінансування медицини передбачала спрямування бюджетних коштів на утримання медичної інфраструктури, а не на відшкодування фінансових ризиків громадян у разі хвороби [20, 23].

З набуттям чинності у 2018 році Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» в країні запущено процес трансформації системи фінансування закладів охорони здоров'я всіх рівнів надання медичної допомоги.

Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій [16, 24].

На першому етапі реалізації програми медичних гарантій у 2020 році –

оплата послуг ЗОЗ у межах програми відбувалось за глобальною ставкою (або глобальний бюджет це - фіксована сума, яку НСЗУ оплачує ЗОЗ за певний період за заздалегідь визначені послуги), з 2022 року – за капітаційною ставкою (оплата за одну людину).

Разом з цим, медичні послуги та лікарські засоби, що не включені до програми медичних гарантій, не підлягають оплаті за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію програми медичних гарантій, але можуть покриватися за рахунок коштів Державного бюджету України, передбачених на реалізацію відповідних державних програм та заходів, місцевих бюджетів, медичного страхування, юридичних і фізичних осіб та з інших джерел, не заборонених законодавством.

Органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції можуть фінансувати місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я, зокрема щодо оновлення матеріально-технічної бази, капітального ремонту, реконструкції, підвищення оплати праці медичних працівників та фахівців з реабілітації (програми "місцевих стимулів"), а також місцеві програми надання населенню медичних послуг, місцеві програми громадського здоров'я та інші програми в охороні здоров'я [6, 30].

Статтею 18 закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» встановлено, що фінансування охорони здоров'я в Україні може здійснюватися за рахунок коштів:

- Державного бюджету України;
- місцевих бюджетів;
- юридичних та фізичних осіб;
- інших джерел не заборонених законом (страхові компанії, благодійні фонди і т.д.).

Відповідно заклади охорони здоров'я, які відносяться до комунальної форми власності, у тому числі протитуберкульозні медичні заклади – регіональні фтизіопульмонологічні центри, фінансуються за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів.

Для підвищення якості надання медичних послуг заклади охорони здоров'я можуть використовувати кошти з інших джерел, не заборонених законодавством. Заклади охорони здоров'я також встановлюють плату за надані послуги з медичного обслуговування, що надаються поза договорами про медичне обслуговування населення [6, 17].

Отже на сучасному етапі розвитку протитуберкульозних медичних закладів, фінансування відбувається за новою моделлю, яка передбачає фінансування галузі охорони здоров'я на принципах медичного страхування, яке передбачає автономізацію закладів охорони здоров'я, запровадження механізму «гроші йдуть за пацієнтом», а також гарантований державою універсальний пакет медичних послуг.

1.3. Міжнародний досвід організації медичної допомоги хворим на туберкульоз. Ефективні моделі системи з надання медичних послуг

Туберкульоз – це інфекційне захворювання, яке має суттєвий вплив на громадське здоров'я та є однією з основних причин смерті у всьому світі. До пандемії коронавірусу (COVID-19) ТБ був основною причиною смерті від інфекційних агентів та перевищує показники смерті від ВІЛ/СНІДу.

Незважаючи на помітний прогрес, досягнутий за останнє десятиліття, ТБ лишається глобальною проблемою громадського здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ, який несе тяжке тягар МЛС-ТБ з показниками у когортах нових і раніше лікованих хворих більш ніж удвічі перевищують аналогічні показники у будь-якому іншому регіоні ВООЗ. З 30 країн світу, які несуть найважчий тягар МЛС-ТБ, дев'ять розташовані в Європейському регіоні ВООЗ [86]. У цей перелік країн входить Україна.

За оціночними даними ВООЗ, щороку в Україні близько 36 000 осіб хворіють на туберкульоз [86]. Крім того, Україна входить до десяти країн з найвищим показником поширеності мультирезистентного туберкульозу. Серед вперше діагностованих осіб майже у 29 відсотків діагностується

стійкість до протитуберкульозних препаратів. Той факт, що в Україні щороку своєчасно не виявляють близько чверті випадків захворювання на ТБ, тільки сприяє подальшому його поширенню серед населення.

Поєднані патології (ко-інфекції) ВІЛ, туберкульозу та вірусних гепатитів утворюють додатковий негативний вплив на здоров'я пацієнтів та, крім того, ускладнюють організацію як надання медичної допомоги для населення, так і планування програм та заходів з профілактики серед ключових груп населення.

Багато країн регіону ВЄЦА сьогодні переходять від систем охорони здоров'я із моделлю, де лікувальні заходи переважно проводяться у стаціонарах, до більш узгоджених моделей, у яких посилено первинну медико-санітарну допомогу. Однак, для такого переходу необхідні механізми для подолання спадщини роздроблених структур управління, фінансових систем, які часто створюють набір порочних стимулів, застарілих підходів до надання послуг, слабкої інфраструктури та нерівномірного розподілу персоналу, особливо у сільських районах [5, 49].

При виборі національної моделі надання медичної допомоги хворим на туберкульоз кожна країна враховує національні особливості перебігу епідемії ТБ: її епідеміологічні характеристики та основні тренди розвитку епідемічного процесу, оцінює соціально-економічне та демографічне підґрунтя, зважає економічну складову та вартість лікування одного випадку.

Враховуючи, що в більшості країн світу ТБ лишається соціально детермінованим захворюванням, необхідно також приймати до уваги той факт, що в країнах з низьким рівнем доходу через характер захворювання, хворі на туберкульоз та їх родини можуть зіткнутися з серйозними прямими та непрямими фінансовими витратами [56, 67, 76]. Зазначене створює суттєві перешкоди, які можуть суттєво вплинути на здатність пацієнтів до діагностики, початку лікування та успішного його завершення [49]. Тому витрати на лікування випадку туберкульозу, в цих країнах включають не тільки видатки на медичну допомогу (платежі за діагностику та лікування), а і

прямі немедичні платежі (проїзд та проживання), непрямі витрати (наприклад, втрачений дохід).

Під час проведеного огляду досліджено досвід не тільки країн з важким тягарем ТБ (Індія, Китай, Індонезія), а і країн з низькою захворюваністю на ТБ (Канада, Німеччина).

На **Індію** припадає понад чверть усіх випадків захворювання та смертей від туберкульозу у світі. Усі хворі на туберкульоз в Індії мають право на безкоштовне лікування та догляд у рамках фінансованої державою Переглянутої національної програми боротьби з туберкульозом, яка була запущена у 1997 році і є найбільшою у світі програмою боротьби з туберкульозом [65, 66].

Програма досягла зниження рівня поширеності туберкульозу на 55% та зниження смертності від туберкульозу на 58% у період з 1990 по 2014 рік. Незважаючи на значний прогрес, Індія, як і раніше, стикається зі значними проблемами, наприклад, з діагностикою захворювань, виявленням резистентного ТБ, супутніх інфекцій з ВІЛ та неоптимальною практикою призначення протитуберкульозних препаратів [60, 65].

Одна з серйозних проблем лікування ТБ в Індії, полягає в тому, що нові хворі на туберкульоз часто потрапляють у великий і погано регульований приватний сектор охорони здоров'я країни. Це ускладнює забезпечення якості лікування та подальше спостереження за пацієнтами, у зв'язку з тим, що низькі доходи населення не дозволяють їм отримувати якісні медичні послуги [57].

Тому для зменшення ризиків щодо втрати пацієнтів з системи медичних послуг та підвищення ефективності витрат на лікування ТБ, в країні успішно застосовується амбулаторна модель лікування із залученням державних та приватних клінік, які надають різноманітні медичні послуги та не є спеціалізованими лікарнями з лікування ТБ.

Для формування прихильності до лікування пацієнтів з ТБ, долучені фахівці, які надають соціальну підтримку, що також дає свої позитивні результати. тому, що це захворювання позбавляє людей фізичного,

соціального, економічного, психологічного та емоційного благополуччя далеко за межі періоду, коли проводиться лікування [70].

Китай входить до трійки провідних країн світу з погляду тягаря ТБ, і в 2019 році у ньому було зареєстровано 833 000 нових випадків ТБ та 65 000 нових випадків МР ТБ [84].

Плата за лікування туберкульозу в Китаї надходить від уряду, соціальних фондів та самих пацієнтів. В рамках національної протитуберкульозної програми центральний уряд виділяє цільові засоби на придбання протитуберкульозних препаратів першого ряду та основних тестів на туберкульоз, включаючи аналіз мазка мокротиння та рентгенографію органів грудної клітки. Соціальне медичне страхування також охоплює частину медичних витрат на лікування туберкульозу [61]. З початку 2000-х років уряд Китаю підтримував та поступово розширював охоплення трьох основних схем медичного страхування: базового медичного страхування міських службовців (UEBMI), базового медичного страхування міських жителів (URBMI) та Нової кооперативної медичної схеми для сільських районів (NCMS). В останні роки URBMI була інтегрована з NCMS у деяких провінціях та перейменована на Базове медичне страхування міських та сільських мешканців (URRBMI). Загальний, UEBMI забезпечує краще покриття для амбулаторного та стаціонарного лікування, ніж URRBMI; останній зазвичай має обмежене покриття амбулаторного лікування та нижчу ставку відшкодування витрат на стаціонарне лікування у лікарнях високого рівня. Хворі на туберкульоз повинні платити франшизу, доплату та збори за ліки та обстеження, які не покриваються державними фондами або медичним страхуванням. Тим не менш, бідні хворі на туберкульоз можуть звернутися за медичною допомогою до Агентства з цивільних справ, яке часто покриває частину медичних витрат на лікування після відшкодування витрат за медичною страховкою. Незважаючи на те, що цільові державні кошти та базове медичне страхування покривають основні протитуберкульозні послуги, додаткові ліки та обстеження оплачуються окремо, а платежі готівкою можуть

бути високими. Багато хворих на туберкульоз, особливо хворих на МР ТБ, стикаються з катастрофічними витратами з причини обмеженого покриття амбулаторного лікування та нижчу ставку відшкодування витрат на стаціонарне лікування у лікарнях високого рівня.

З 2000-х років Китай почав перетворювати вертикальну програму боротьби з ТБ, на горизонтально інтегровану модель надання протитуберкульозної допомоги – «модель спеціалізованої протитуберкульозної лікарні». Спеціалізовані протитуберкульозні лікарні зазвичай є спеціалізованими інфекційними лікарнями або лікарнями загального профілю, в яких є протитуберкульозні відділення, які займаються діагностикою та лікуванням ТБ та МР ТБ [61, 71].

У 2016 році уряд Китаю випустив План «Здоровий Китай до 2030 року» у відповідь на Цілі сталого розвитку (ЦУР) Організації Об'єднаних Націй, яка серед інших має мету подальшого зниження тягаря туберкульозу в Китаї [75, 78].

Програма охоплює три провінції Китаю та передбачає просування комплексної моделі боротьби з ТБ, яка включає мобілізацію фінансування з декількох джерел для лікування ТБ, збільшенні акценту на амбулаторній моделі лікування та посиленні ролі соціального супроводу.

Нова політика фінансування лікування ТБ включає збільшення відшкодування витрат на амбулаторне лікування ТБ, ув'язування лікування ТБ з місцевими програмами боротьби з бідністю та використання коштів місцевих органів влади для покриття деяких витрат з метою скорочення особистих витрат.

Проте існує низка проблем, пов'язаних із зменшенням фінансового тягаря, з яким стикаються хворі на туберкульоз. По-перше, медичні витрати мають бути обмежені за рахунок нейтралізації тактики лікарень, спрямованої на максимізацію прибутку. По-друге, лікування туберкульозу та МР ТБ доступне тільки в окружних лікарнях, а також у міських чи провінційних лікарнях, відповідно, і в цих лікарнях низькі ставки відшкодування витрат та

високі доплати. По-третє, багато пацієнтів з ТБ та МР ТБ перебувають на межі бідності і, отже, не мають права на отримання медичної допомоги, призначеної для вкрай бідних людей. Крім того, місцеві органи влади менш розвинених провінцій часто стикаються з фінансовими труднощами, що ускладнює використання коштів місцевих органів влади для надання фінансової підтримки хворим на туберкульоз [78, 81].

В **Індонезії** ТБ продовжує загрожувати індивідуальному та національному економічному розвитку країни. Ця хвороба є третьою провідною причиною смерті та четвертим за величиною фактором, що впливає на кількість років життя з поправкою на інвалідність в Індонезії [58]. Дослідження поширеності ТБ, проведене у 2014–2015 рр., оцінило тягар Індонезії у 1 мільйон випадків, що поставило країну на друге місце у світі за загальним тягарем ТБ [58].

Індонезія відрізняється децентралізованою моделлю охорони здоров'я, при якій основні адміністративні та фінансові обов'язки покладено на районний рівень.

Особливістю організації надання медичних послуг в Індонезії є те, що приватний сектор управляє >50% лікарень, також нараховується біля 70 000 приватних лікарів. Крім того, приблизно 60 – 70% державних службовців мають додаткову роботу у приватних медичних установах або у приватній практиці. Враховуючи цю мережу, приватний сектор забезпечує приблизно 60% амбулаторної допомоги та 43% госпіталізацій. Проте частка приватного сектора у зареєстрованих випадках ТБ у 2015 р. становила лише 9% [80].

З 2014 року Індонезія запровадила загальне медичне страхування через Національну страхову компанію Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. В даний час BPJS Kesehatan охоплює майже 70% всього населення і включає майже всіх постачальників державних медичних послуг та більшість приватних лікарень [82].

Протитуберкульозні медичні послуги по боротьбі з ТБ гарантуються BPJS Kesehatan через багаторівневі напрямки. Офіційні правила вимагають, щоб лише складні випадки ТБ направлялися до установ другого рівня надання медичної допомоги (L2), оскільки державні та приватні медичні установи первинного рівня (L1) повинні мати можливість лікувати неускладнені випадки ТБ.

Проте через обмежену наявність діагностичних інструментів у приватних установах L1 практикується направлення на діагностику до державних установ L1 або навіть до державних та приватних установ L2.

У зв'язку з цим деякі нескладні випадки залишаються в установах L2, що призводить до затримок діагностики, вищих витрат для пацієнтів та надмірних витрат з боку BPJS Kesehatan, оскільки вартість неускладненого випадку ТБ на рівні L2 значно вища ніж на рівні L1.

На сучасному етапі розвитку протитуберкульозної медичної допомоги в Індонезії широко запроваджена амбулаторна модель лікування ТБ, з акцентом на DOT, що здійснюється на первинному рівні надання медичної допомоги L1 та на рівні громад [82].

Складні випадки хвороби лікуються у клінічних центрах на рівні L2 та якомога швидко передаються на рівень L1, де у подальшому залучається соціальний супровід хворих на ТБ.

Зазначений підхід надав можливість досягти прогресу у лікуванні ТБ та підвищити ефективність економічної складової лікування випадку ТБ.

Так, з 2000 року частка успішних випадків лікування ТБ перевищила 85% та у 2004 році досягла 90%. У 2006 році Індонезія стала першою країною в регіоні ВООЗ Південно-Східної Азії, якій вдалося досягти цілей як для виявлення, так і для лікування ТБ [58]. Ці данні відображають той факт, що обрана модель лікування є оптимальною для даної країни, що дозволяє розширити доступ та покращити якість медичної послуги з лікування ТБ.

Цікавий, для вивчення та порівняння підходів у організації медичної допомоги хворим на ТБ, досвід розвинених країн з низьким рівнем

захворюваності на ТБ та високими рівнем доходу.

Незважаючи на низькі показники захворюваності на ТБ, у Канаді виявлення та лікування осіб з активною формою туберкульозу залишається актуальним. У центрі уваги виявлення та лікування осіб з ЛТБІ, схильних до високого ризику розвитку активної форми ТБ, що важливо для зниження тягаря ТБ. Крім того, в країні зростає визнання необхідності впливати на соціальні детермінанти здоров'я, які можуть збільшити ризик зараження ТБ, так і прогресування ЛТБІ в активну форму ТБ.

На міжнародному рівні Канада підтримує цілі Партнерства «Зупинити туберкульоз», у тому числі зниження на 50% показників поширеності та смертності від туберкульозу в усьому світі та ліквідацію туберкульозу як проблеми громадської охорони здоров'я до 2050 [55, 59].

За даними ВООЗ, Регіон Америки виконав свої завдання задовго до встановленого терміну.

Незважаючи на ці досягнення і той факт, що зареєстрована захворюваність на активний туберкульоз серед населення Канади в цілому є однією з найнижчих у світі, уряд Канади, як і раніше, відданий роботі з урядами провінцій і територій для зниження загрози туберкульозу в цих спільнотах, які залишаються у групі ризику захворювання.

Сучасна система протитуберкульозних медичних послуг в Канаді відбудована відповідно до міжнародних рекомендацій ВООЗ та орієнтована більшою мірою на дві групи населення з найвищими показниками захворюваності на активний ТБ – це корінні народи та особи іноземного походження з країн з високою захворюваністю на ТБ.

У 2012 році на частку аборигенів, що становили приблизно 4% населення Канади, припадало 23% зареєстрованих випадків активного ТБ в країні. Порівняно з населенням неаборигенного походження, що народилося в Канаді, рівень захворюваності на активний туберкульоз у інуїтів був майже в 400 разів вищим. Для представників корінних народів (в заповіднику та за його межами) цей показник був у 32 рази вищим [59].

Аналогічно за даними 2012 року на осіб, що народилися за кордоном, припадало 64% зареєстрованих випадків захворювання на активний туберкульоз, і рівень захворюваності на туберкульоз у 20 разів вищий, ніж у неаборигенного населення Канади.

Ці факти відображають значні нерівності у доступі до медичних послуг окремих верств населення, які є уразливими до ТБ.

Щоб посилити заходи щодо боротьби з туберкульозом у громадах та резерваціях, у березні 2012 року Міністерство охорони здоров'я Канади випустило свою Стратегію боротьби з туберкульозом для корінних народів у резерваціях. Керуючись цією стратегією, департамент охорони здоров'я корінних народів та інуїтів співпрацював з урядами провінцій, іншими федеральними органами, включаючи Агентство охорони здоров'я Канади.

Лікування активного ТБ здійснюється переважно в амбулаторних умовах під безпосереднім контролем медичного та соціального працівника. Лікування переважно проводиться в громадах з урахуванням культурних особливостей пацієнтів [59, 68].

Стаціонарна форма лікування активного ТБ обирається тільки у важких та ускладнених випадках. Стаціонарне лікування ТБ інтегроване із загальною госпіталізацією, але здійснюється в умовах надійної ізоляції для уникнення нозокоміальної передачі інфекції.

В результаті реалізації зазначеного підходу вдалося наблизити протитуберкульозні медичні послуги до уразливих груп населення країни та скоротити видатки на лікування випадку ТБ.

Наряду з цим, фінансування заходів з лікування ТБ потребує значних фінансових вливань так як переважна більшість хворих на ТБ отримує лікування за рахунок коштів держави, Глобального фонду та інших донорських організацій, ключових міжнародних та національних стейкхолдерів.

У 2014 році загальні витрати на боротьбу з туберкульозом у Канаді оцінювалися у 74 мільйони доларів США, при цьому середня вартість

лікування одного випадку активного туберкульозу становила приблизно 47 000 доларів США. З іншого боку, вартість лікування латентної туберкульозної інфекції оцінюється у менш ніж 1 000 доларів США на одного пацієнта [68].

У **Німеччині**, як у інших високорозвинених країнах світу, туберкульоз зустрічається відносно рідко і майже завжди піддається успішному лікуванню.

У 2020 році у Німеччині було зареєстровано 4127 випадків туберкульозу. Це відповідає річній захворюваності на ТБ у розмірі 5,0 випадків на 100 000 населення. Після значного зростання захворюваності у 2015 році, у 2017 році показники знизилися, а у 2018 році залишалися стабільними. Порівняно з 2019 роком, коли захворюваність знизилася на 12,8 % порівняно з попереднім роком, у 2020 році це було ще більш виражено зі зниженням 14,2 %. [62]

Тенденції у коливанні кількості зареєстрованих випадків ТБ визначають зміни в інтенсивності процесів міграції. Значна частина хворих на туберкульоз у Німеччині народилися в інших країнах.

Захворюваність на ТБ іноземних громадян, які проживають у Німеччині, у 13,7 раз у 2020 році перевищувала захворюваність громадян Німеччини (24,6 проти 1,8 випадку на 100 000 населення відповідно). Загалом німці становили 33,9% усіх випадків туберкульозу, тоді як решта 66,1% усіх випадків були іноземцями. [62].

В країні МР ТБ залишається лише невеликою частиною (3%) випадків захворювання в Німеччині. Частка туберкульозу з МР ТБ у 2020 році склала 2,7% (79 випадків), що дещо вище, ніж у попередньому році (2019 р.: 2,5%, 88 випадків), абсолютна кількість випадків зменшилась [63].

З наведених даних видно, що в країні епідемія ТБ концентрується серед груп ризику, які в системі протитуберкульозних медичних послуг є основним пріоритетом для медичних та соціальних служб. Відповідно до цього в країні обрано модель організації системи з лікування ТБ.

Лікування ТБ в Німеччині, як у більшості розвинених країнах є безкоштовним, що гарантується державою. В країні широко запроваджена

DOT модель лікування, що передбачає амбулаторне лікування. Важкі випадки підлягають госпіталізації та відносяться до дороговартісних медичних послуг з причини необхідності утворення безпечних умов лікування, що унеможлиблюють передачу туберкульозної інфекції іншим пацієнтам та медичному персоналу лікарні [64].

Зважаючи на низький рівень захворюваності на ТБ в країні, незначну кількість важких та занедбаних форм ТБ, концентрацію епідемії серед ключових груп ризику, а також високу вартість стаціонарного лікування, в Німеччині не доцільно створення та утримання спеціалізованих однопрофільних протитуберкульозних лікарень.

Стаціонарне лікування хворих з ТБ здійснюється в багатoproфільних лікарнях, що мають у своєму складі спеціалізоване туберкульозне відділення, що облаштовано відповідно до вимог інфекційного контролю за ТБ [63, 64].

Зроблено загальний висновок, що ТБ лишається глобальною проблемою громадського здоров'я не тільки в Україні, а і всьому світі.

Зважаючи на вагоме суспільне значення ТБ та його соціальну детермінанту, забезпечення лікування і профілактики ТБ є зобов'язанням держави, дотримання, якого повинне ґрунтуватись на справедливому підході, забезпеченні вільного доступу до протитуберкульозних медичних послуг, недопущенні порушення прав людини, а також стигми та дискримінації людей, які живуть з туберкульозом.

Застаріла система організації протитуберкульозної допомоги в Україні, неефективні механізми фінансування надлишкової мережі однопрофільних протитуберкульозних закладів, збільшення тягаря туберкульозу, у тому числі МР ТБ, спонукала уряд країни започаткувати реформування системи протитуберкульозної медичної допомоги, метою якої визначено наближення якісної медичної допомоги до пацієнтів, отримання гарантованого безоплатного пакету медичних послуг та зниження непрямих витрат на лікування випадку ТБ.

Для створення нової системи надання протитуберкульозної допомоги населенню України розроблені та впроваджені нові механізми фінансування протитуберкульозних закладів, які стали автономізованими та змогли розвивати конкуренто-спроможні моделі надання медичних послуг, залучати додаткове фінансування для здійснення розвитку, а також дозволили запровадити пацієнторієнтовні моделі лікування, які є стандартизованими та довели свою доцільність в багатьох країнах світу.

Спираючись на міжнародний досвід у сфері організації системи надання протитуберкульозних послуг, визнано, що на сучасному етапі економічно обґрунтованим є відхід від вертикальних моделей, де лікувальні заходи переважно проводяться у стаціонарах, та пріоритизація амбулаторного лікування, яке відповідає пацієнторієнтовним підходам та є менш затратним не тільки для системи охорони здоров'я, а і для пацієнтів.

РОЗДІЛ 2

АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ З НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ

2.1. Реалізація державної політики з протидії захворюванню на туберкульоз в умовах реалізації Програми медичних гарантій

Епідемія ТБ в Україні вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через неспинне зростання темпів його поширення серед населення країни. Туберкульоз, як соціально небезпечна хвороба, за визначенням має чинники та наслідки, які знаходяться в усіх без винятку, або в переважній більшості сфер життєдіяльності українського народу.

Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 30 листопада 2011 року, ще у 2011 році констатувала, що поширення туберкульозу на території України, насамперед МР ТБ, призводить до втрати працездатності, послаблення здоров'я населення України, підвищення рівня інвалідності та смертності, що свідчить про наявність проблеми, пов'язаної з бідністю, соціальною нерівністю та робить висновок, що зазначена проблема становить загрозу національній безпеці країни, її розв'язання потребує постійного збільшення видатків з державного бюджету [44, 52].

З оглядом на досягнення та прогалини, що визначені за результатами реалізації Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки визначено нові пріоритети у державній політиці з протидії ТБ, що передбачили швидке реформування підходів до надання протитуберкульозної допомоги населенню в Україні шляхом розвитку системи амбулаторної допомоги хворим на туберкульоз з дотриманням сучасних принципів інфекційного контролю, забезпечення соціального супроводу пацієнтів, впровадження та розширення застосування

інноваційних методів діагностики та лікування туберкульозу з урахуванням наявного в країні та передового світового досвіду, принципів доказової медицини за умови зміни моделей фінансування та координації зусиль медичної спільноти і громади з формуванням відповідального ставлення держави та суспільства.

Зазначені напрямки передбачали адаптацію плану дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону на 2016 – 2020 роки, який розроблений на основі глобальної стратегії ВООЗ “Покласти край туберкульозу” та були покладені в основу проекту Закону України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки» [39].

Станом на сьогодні в Україні відсутня будь-яка загальнодержавна програма щодо протидії туберкульозу. При цьому проект Закону «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки» був поданий до Верховної Ради лише у 2019 році й не був затверджений.

Зважаючи на суттєву медичну складову у відповіді на виклики епідемії туберкульозу, урядом України було визначено, що надання медичної допомоги хворим на ТБ повинно здійснюватися в рамках програми державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій), яка визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує за рахунок коштів Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації [33, 34, 35].

Відповідно до Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій [16, 17].

Лікування ТБ з 2020 року в Україні здійснюється в рамках реалізації

програми медичних гарантій відповідно до встановлених вимог, формування яких відбувалося на основі чинних галузевих стандартів, уніфікованих протоколів надання медичної допомоги, примірних табелів матеріально-технічного оснащення, інших нормативно-правових актів та міжнародних рекомендацій, регулюючих сферу надання медичних послуг, за участі Робочих груп експертів за відповідними медичними напрямками [7, 8, 9, 29].

Вимоги до надання послуг згруповані в пакети медичних послуг. Для лікування ТБ у 2020 році визначено гарантований пакет медичних послуг «Діагностика та лікування дорослих та дітей із туберкульозом» [45, 46, 47], реалізація якого була передбачена виключно на рівні спеціалізованих протитуберкульозних закладів.

У 2021 році в Україні медична допомога хворим на туберкульоз надавалась вже в рамках двох пакетів «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги» та «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах».

Пакет медичних послуг складається з медичних послуг, до яких застосовується єдиний опис щодо специфікації послуг і до надання яких встановлюються єдині умови надання таких послуг. Також, всі послуги, що включені до пакету, оплачуються з використанням єдиного типу тарифу, який може відрізнятися для різних послуг в пакеті, але підхід до оплати не відрізняється.

Вимоги до медичних послуг сформовані таким чином, що будь-який заклад, незалежно від його назви, рівня надання медичної допомоги та спеціалізації, який відповідає вимогам до надання послуг в межах Програми медичних гарантій, може укласти договір з НСЗУ на надання відповідної послуги/групи послуг [6, 7, 8, 9].

НСЗУ як центральний орган виконавчої влади реалізує політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення і є уповноваженою структурою, відповідальною за ефективне витрачання

бюджетних коштів при наданні медичних послуг у межах Програми медичних гарантій. Це передбачено Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [16] та Положенням про НСЗУ [32].

Обов'язковими умовами для укладення договорів з НСЗУ визначено:

- автономізацію закладу (перетворення в комунальне некомерційне/казенне підприємство);
- комп'ютеризацію закладу;
- підключення закладу до центральної бази даних електронної системи охорони здоров'я через обраний МІС;
- наявність діючої ліцензії на провадження господарської діяльності з медичної практики;
- підписання договору з НСЗУ.

Таким чином у 2020 році Україна здійснила перехід до нової форми оплати державою спеціалізованим протитуберкульозних закладам медичних послуг з лікування ТБ та у подальшому визначила можливість амбулаторного лікування ТБ на рівні закладів первинного рівня, що здійснюється відповідно до пакету медичних послуг.

Зазначене дало можливість пацієнтам з ТБ наблизити медичну допомогу до пацієнтів, забезпечити гарантований безоплатний обсяг медичних послуг, надати можливість вільного вибору медичного закладу для проведення лікування.

В той же час, контрахтування НСЗУ у рамках ПМГ для протитуберкульозних закладів дало можливість автономізуватись, розвивати свою конкурентоспроможність, самостійно визначати перелік медичних послуг (пакетів), які заклад готовий надавати, а також обирати ті, що відповідають нагальним запитам регіонів та об'єднаних територіальних громад [20, 36].

2.2. Імплементация державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню на регіональному рівні

З прийняттям в Україні у 2019 році Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року та Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню перед органами місцевого самоврядування постала задача щодо імплементации зазначених документів на регіональному рівні.

На прикладі Дніпропетровської області розглянемо як відбувалися етапи реалізації завдань та досягнення цілей поставленими перед органами місцевої влади Державною стратегією розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню в регіоні.

З метою впровадження стратегії наприкінці 2019 року у Дніпропетровській області розроблено та затверджено рішенням координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Дніпропетровській обласній державній адміністрації від 26 грудня 2019 року № 4 «Стратегія розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області».

Суттю стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги визнано запровадження і надання пацієнт-орієнтовних медичних послуг хворим на туберкульоз Дніпропетровської області, зниження витрат на діагностику та лікування як з боку держави, так і з боку пацієнтів та їх родин, зниження ризиків утворення та поширення форм туберкульозу, стійких до лікування, виявлення та лікування латентної тубінфекції серед контактних в осередках туберкульозу.

Стратегія розроблена з урахуванням регіональних географічних, соціально-економічних та демографічних особливостей Дніпропетровської області.

В основу стратегії покладено мету протидії епідемії туберкульозу, як глобальної загрози громадському здоров'ю та благополуччю населення,

покращення якості і тривалості його життя, зменшення рівня захворюваності, інвалідизації та смертності шляхом створення та функціонування ефективних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на потребах людини.

Стратегією визначено чітку структуру, механізми та джерела фінансування протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області, що ґрунтується на виконанні завдань по реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню.

Шляхи реалізації стратегії:

1) Утворення єдиного регіонального фтизіопульмонологічного медичного центру (злиття в єдиний спеціалізований заклад всіх протитуберкульозних диспансерів області);

2) Запровадження сучасних підходів до організації надання протитуберкульозної допомоги (приоретизація амбулаторної моделі лікування, впровадження оновлених критеріїв госпіталізації до протитуберкульозного закладу, що визначені національним Стандартом лікування туберкульозу скорочення термінів перебування у стаціонарі за рахунок пришвидшення процесу встановлення діагнозу, розширення доступу до нових протитуберкульозних препаратів та скорочених схем лікування, залучення до соціального супроводу НУО, оптимізація ліжкового фонду тощо);

3) Скорочення термінів діагностики туберкульозу шляхом оптимізації мережі лабораторій (створення в регіоні дворівневої лабораторної мережі з діагностики туберкульозу – перший рівень – ЦПМСД або ЗОЗ вторинної ланки меддопомоги – бактеріоскопія та молекулярно-генетичне дослідження, другий рівень – регіональний фтизіопульмонологічний центр – повний спектр мікробіологічної діагностики туберкульозу та моніторингу лікування, створення системи транспортування зразків біологічного матеріалу для

швидкої діагностики туберкульозу);

4) Впровадження нової моделі фінансування протитуберкульозних закладів (контактування НСЗУ за програмою медичних гарантій, розширення переліку платних послуг, залучення донорських коштів);

5) Розширення спектру медичних послуг, що надаються регіональним фтизіопульмонологічним центром (стаціонарне та амбулаторне лікування туберкульозу, а також інших захворювань легень, паліативне лікування хворих з туберкульозом на дому, первинна медико-санітарна допомога тощо);

6) Розвиток матеріально-технічної бази, інновація діагностичного обладнання та приведення до вимог національного Стандарту інфекційного контролю регіонального фтизіопульмонологічного центру (за рахунок перерозподілу наявних ресурсів, оптимізації надлишкового ліжкового фонду, широкого запровадження амбулаторної моделі лікування туберкульозу).

7) Забезпечення доступу до спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз в сільській місцевості та містах області (шляхом запровадження в регіональному фтизіопульмонологічному центрі посад міжрайонних фтизіатрів, на яких покладена функція організації, координації та участі у реалізації заходів з виявлення, лікування та профілактики туберкульозу на адміністративній території, у тому числі серед контактних осіб).

Фінансування заходів з впровадження моделі протитуберкульозної медичної допомоги визначено в межах видатків, що передбачено у державному бюджеті головним розпорядником бюджетних коштів, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері протидії туберкульозу, а також інших джерел, що не заборонені законодавством [6, 20].

Необхідний обсяг фінансування заходів з впровадження моделі, визначається виходячи із завдань та можливостей фінансового забезпечення у відповідному бюджетному періоді.

На виконання Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 року № 1463-р «Про затвердження Плану заходів щодо

реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020 – 2023 роки» [42], з метою реалізації «Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області» розроблено «План заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області на 2020 – 2023 роки», який погоджено заступником голови Дніпропетровської обласної ради.

Відповідно до зазначених документів в регіоні відбувалась роботи щодо трансформації системи протитуберкульозної медичної допомоги.

До впровадження змін зазначена система в області була представлена 3 протитуберкульозними закладами, які надавали стаціонарну та амбулаторну медичну допомогу хворим на ТБ (Додаток А):

- КП «Дніпропетровське обласне клінічне лікувально-профілактичне об'єднання «Фтизіатрія» ДОР», з ліжковим фондом - 400 ліжок та 3 диспансерно-поліклінічними відділеннями у мм.Дніпро, Нікополь, Павлоград;
- КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», з ліжковим фондом – 180 ліжок та 1 диспансерно-поліклінічним відділенням;
- КП «Кам'янський протитуберкульозний диспансер» ДОР», з ліжковим фондом – 175 ліжок, та 1 диспансерно-поліклінічним відділенням;

В містах та районах Дніпропетровської області амбулаторну допомогу хворим на туберкульоз надавали міські та районні фтизіатри, які адміністративно та фінансово підпорядковувались головним лікарям міських або центральних лікарень, закріплених за адміністративною територією для надання медичної допомоги населенню за територіальним принципом.

У зв'язку зі зміною підходів до лікування туберкульозу з переважним акцентом на амбулаторну модель, скорочення термінів діагностики та лікування туберкульозу, переходом на нову модель фінансування та контрахтування з НСЗУ, в регіоні суттєво скоротилась потреба у ліжковому фонді для стаціонарного лікування хворих на туберкульоз.

Відповідно до розрахунків, проведених за методологією ВООЗ, 2017 року «Модель протитуберкульозної допомоги, орієнтованої на потреби людей» концептуальний проект для країн Східної Європи і Центральної Азії, з урахуванням поточної епідемічної ситуації з туберкульозу в регіоні, максимальна чисельність протитуберкульозного ліжкового фонду для Дніпропетровської області – 400 ліжок (Додаток Б) [26].

Розрахунок потреби Дніпропетровської області у фтизіатричних ліжках проведено у два етапи. На першому етапі проводилась оцінка епідемії ТБ в регіоні у 2019 році, охоплення тестуванням на лікарську чутливість до препаратів I та II ряду, а також поточна та очікувана поширеність лікарської стійкості. На другому етапі оцінено показники направлення пацієнтів з ТБ на лікування. Для МЛС ТБ оцінена доля випадків, що підлягають лікуванню по стандартним та скороченим схемам лікування. Оцінена доля пацієнтів, підлягаючих госпіталізації та середня тривалість стаціонарного лікування (з розбивкою по категоріям лікування).

За підсумками проведених розрахунків встановлено, що очікувана кількість фтизіатричних ліжок для регіону склала – 392 ліжка (12,2 на 100 000 населення). Розрахунковий профіль ліжкового фонду за категоріями лікування (з поправкою на середній показник зайнятості ліжка 85%): лікування I ряду – 81 (20,7%), лікування полірезистентного ТБ – 1 (0,3%), лікування МЛС ТБ скороченого режиму (9-12 міс.) – 2 (0,5%), лікування МЛС ТБ стандартний режим – 276 (70,4%), МЛС ТБ, пре-ШЛС ТБ та ШЛС ТБ режим – 15 (3,8%), ліжка для симптоматичного лікування (паліатив) – 17 (4,3%).

Разом з цим, станом на 01 серпня 2020 року в Дніпропетровській області функціонувало 755 фтизіатричних ліжок на базі 3-х окремих протитуберкульозних закладів. Так, проведений розрахунок виявив суттєвий надлишок фтизіатричних ліжок в регіоні (перевищення потреби у 1,9 разів), що призводить до зниження ефективності використання ліжкового фонду і зростання нецільових витрат на утримання протитуберкульозних закладів та надмірних штатів працівників.

Спираючись на ці розрахунки, сучасні тренди розвитку епідемії туберкульозу в Дніпропетровській області, ключові напрямки «Стратегії регіонального розвитку Дніпропетровської області на період до 2027 року», затвердженої рішенням Дніпропетровської обласної ради від 07 серпня 2020 року № 624-24/VII [38], на вимоги нової системи фінансування спеціалізованих закладів охорони здоров'я рішення Дніпропетровської обласної ради VIII скликання від 17 березня 2021 року № 60-5/VIII постановлено реорганізувати діючі в регіоні протитуберкульозні заклади шляхом приєднання до КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», утворивши таким чином регіональний фтизіопульмонологічний центр.

Крім того, протягом 2021 року у складі диспансерно-поліклінічних відділень регіонального фтизіопульмонологічного центру утворено посади міжрайонних фтизіатрів, які взяли на себе функцію первинної діагностики та проведення амбулаторного лікування туберкульозу.

Таким чином, виконання визначальних аспектів державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги у Дніпропетровській області здійснювалась відповідно до регіональних керівних документів, які розроблені з урахуванням епідеміологічних, соціально-демографічних, економічних особливостей регіону.

Вибір пріоритетної моделі надання протитуберкульозної медичної допомоги в Дніпропетровській області, розрахунок ліжкового фонду для лікування хворих на туберкульоз в умовах стаціонару, проведено відповідно до стандартних методик розрахунку, що ґрунтуються на принципах доказової медицини, а також на кращих міжнародних практиках, які довели свою ефективність в багатьох країнах.

Слід відмітити, що імплементація державної стратегії протитуберкульозної медичної допомоги відбувалась за політичною волею та підтримкою змін на рівні Дніпропетровської обласної ради та Дніпропетровської обласної державної адміністрації. Зазначене підкреслює

провідну роль органів влади та місцевого самоврядування у забезпеченні державного лідерства у сфері протидії поширенню ТБ, проведення трансформації системи протитуберкульозних медичних послуг та запровадження нових форм фінансування і управління закладами охорони здоров'я.

2.3. Дослідження стану надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на туберкульоз у Дніпропетровській області

Епідемічна ситуація з ТБ у Дніпропетровській області лишається неблагополучною. Регіон відноситься до трійки областей України з високими показниками захворюваності

За даними епідагляду за період з 2000 року в Дніпропетровській області показник захворюваності на ТБ щорічно на 30,0% перевищує середній по Україні (Рис.2.1) [1, 2, 3, 4].

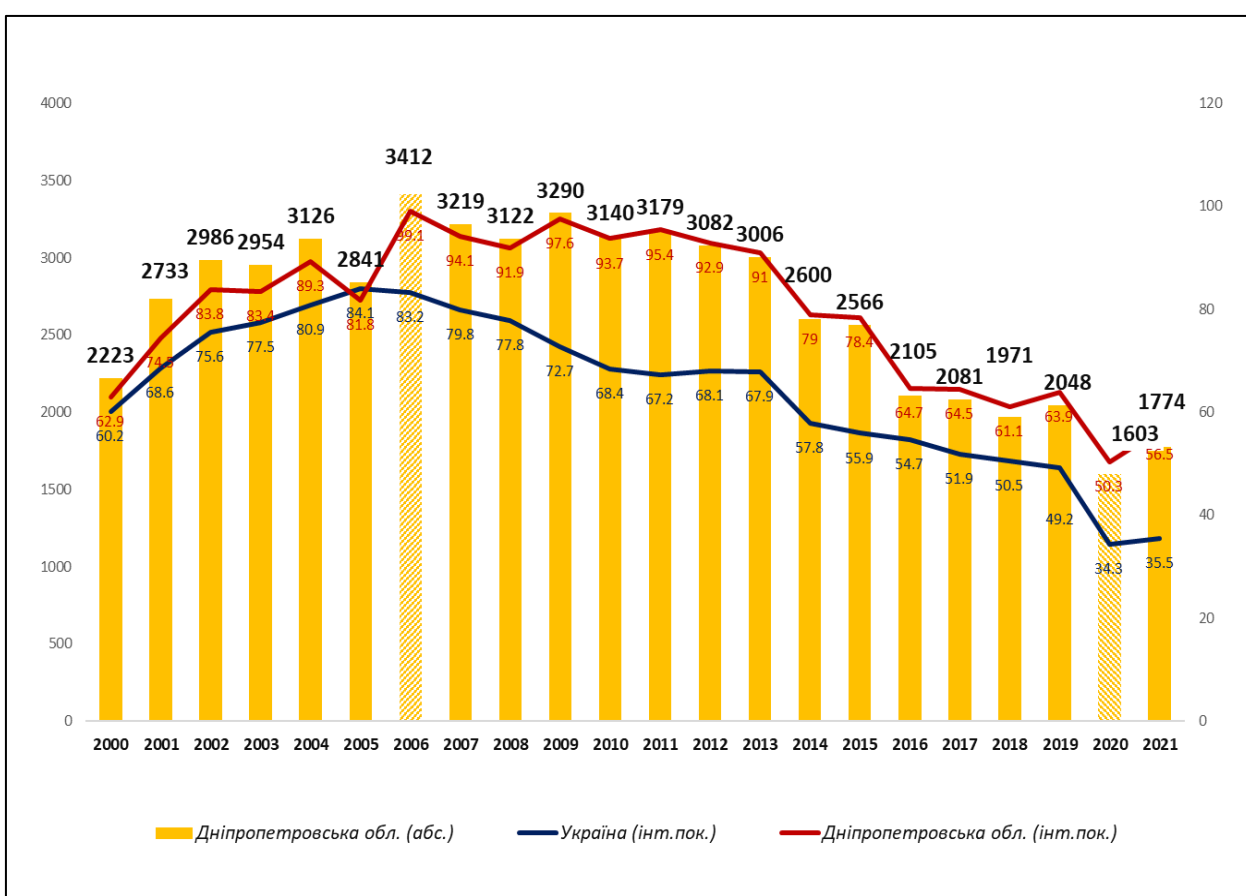


Рис. 2.1 Захворюваність на активний туберкульоз у Дніпропетровській області

(2000 – 2021 рр., інт.пок. на 100 000 насел.)

Складено за [1-4]

З 2016 року в області щорічно реєструється від 1500 до 2000 випадків захворювання на активний ТБ, не враховуючи рецидивів. Показник захворюваності на активний ТБ у межах 64,7 на 100 тис.насел. – 50,3 на 100 тис.насел. У 2020 році, вперше за останні 20 років, зареєстровано найменший показник захворюваності на ТБ – 50,5 на 100 тис.насел., що, вірогідно, пов'язано з впливом пандемії COVID-19) [3, 4].

Разом з цим, відмічаються негативні тенденції у перебігу епідемії ТБ в Дніпропетровській області. Так, з початку реєстрації (2009 року) серед нових випадків ТБ у 2 рази зросла частка пацієнтів з первинною МР ТБ (2009 рік - 12,3%; 2021 рік - 28,7%). Серед хворих на активний ТБ частка пацієнтів з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ (ТБ/ВІЛ) зросла у 4 рази (2000 рік - 5,2%; 2021 рік - 22,9%). Зростає показник виявлення занедбаних форм (2019 рік – 36,3%, 2021 рік – 40,2%) [1, 2, 3, 4].

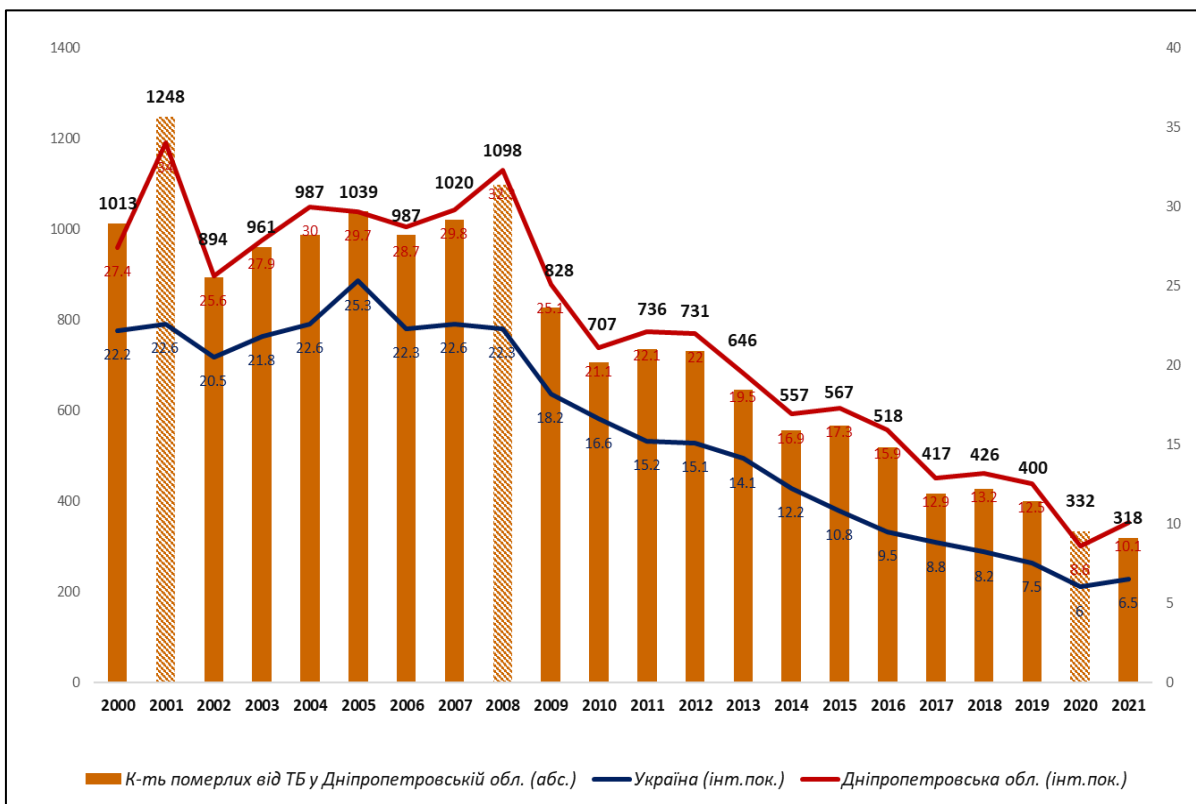


Рис.2.2. Смертність від туберкульоз у Дніпропетровській області (2000 – 2021 рр., інт.пок. на 100 000 насел.)

Складено за [1-4]

Незважаючи на те, що за останнє десятиліття смертність від ТБ в регіоні має тенденцію до поступового зниження (2000 року - 27,4 на 100 000 насел.; 2021 – 6,5 на 100 000 насел.), але лишається високою та щорічно у середньому на 35,0% перевищує показник по Україні (Рис.2.2).

Для забезпечення протитуберкульозної медичної допомоги в регіоні та забезпеченні медичного компоненту у протидії поширенню ТБ, в Дніпропетровській області надається спеціалізована медична допомога хворим на ТБ та уразливим групам.

На сучасному етапі розвитку протитуберкульозних медичних послуг, організація системи надання протитуберкульозних медичних послуг у Дніпропетровській області представлена переважно регіональним фтизіопульмонологічним центром, який відноситься до закладів охорони здоров'я спеціалізованої медичної допомоги. Структура закладів охорони здоров'я, що надають протитуберкульозні медичні послуги населенню Дніпропетровської області наведена у Додатку В.

У 2021 році в регіоні завершено утворення регіонального фтизіопульмонологічного центру на базі КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», що має у своєму складі госпітальну базу, що розрахована на 400 ліжок та 5 диспансерно-поліклінічних відділень, які розташовані у великих містах регіону (Дніпро, Кривий Ріг, Кам'янське, Нікополь, Павлоград).

З розвитком системи фінансування закладу за надані послуги, що здійснюється НСЗУ в рамках програми медичних гарантій, відповідно до епідемічної ситуації та вимог національних стандартів з лікування ТБ, структура медичних послуг, а відповідно структура ліжкового фонду закладу, зазнала суттєвих змін.

Так, станом на 01 січня 2022 року стаціонарне лікування хворих на туберкульоз на важкі та ускладнені форми здійснюється на базі госпітальної бази КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР», що

розташована у м.Дніпро та Кривий Ріг.

Ліжковий фонд регіонального фтизіопульмонологічного центру складають підрозділи для лікування чутливого ТБ (40), для лікування МР ТБ (100), для лікування РР ТБ (40), дитячі ліжка для лікування ТБ (30), хірургічні ліжка (10), пульмонологічне відділення (10), відділення анестезіології та інтенсивної терапії (10) та ліжка для лікування важких форм COVID-19 (160).

Протягом 2021 року в умовах стаціонару проліковано 2 989 пацієнтів з легеневою патологією (туберкульоз, COVID-19, пневмонії, плеврит, паліатив онкохворих, ко-інфекція ТБ/ВІЛ, хронічні захворювання легень), проведено 322 хірургічних операцій.

Таким чином, на базі регіонального фтизіопульмонологічного центру - КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» надаються медичні послуги не тільки хворим на туберкульоз, а і загальному населенню.

Важливою рисою надання медичної допомоги хворим на туберкульоз в закладі є забезпечення мультидисциплінарного підходу до лікування та надання широкого спектру медичних послуг.

Так, на базі закладу діє сайт замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) для наркозалежних пацієнтів, де за 2021 рік отримали спеціалізоване лікування понад 120 пацієнтів; функціонує кабінет «Довіра» для забезпечення лікування пацієнтів з ко-інфекцією туберкульоз/ВІЛ (230 пацієнтів на рік); працює 4 сімейних лікарів, що дає змогу пацієнтам укладати декларації з сімейними лікарями та в рамках програми медичних гарантій на базі закладу отримувати первинну медичну допомогу; забезпечено надання психіатричної допомоги, що дає змогу надавати протитуберкульозні медичні послуги для пацієнтів, які мають психічні розлади; здійснюється консультування пацієнтів вузькопрофільними фахівцями за 25 спеціальностями (гінеколог, ендокринолог, кардіолог, офтальмолог, терапевт, інфекціоніст тощо); надається паліативна допомога в стаціонарних та амбулаторних умовах (80 пацієнтів на рік); надаються послуги з профілактики інфекційних хвороб, наприклад, вакцинація від COVID-19 (у 2021 році проведено 10412 щеплень).

Амбулаторна допомога хворим на туберкульоз та уразливим групам надається на базі диспансерно-поліклінічних відділень, у складі яких працюють міжрайонні фтизіатри. Як наведено вище, мережа амбулаторно-поліклінічних відділень представлена наступним чином:

- Диспансерно-поліклінічне відділення з клініко-діагностичним центром № 1 (м.Дніпро);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 2 (м.Нікополь);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 3 (м.Павлоград);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 4 (м.Кривий Ріг);
- Диспансерно-поліклінічне відділення № 5 (м.Кам'янське).

Розгалужена мережа диспансерно-поліклінічних відділень дозволила забезпечити доступ до медичної допомоги хворим на туберкульоз як у великих містах, так наблизити до мешканців сільських районів та невеликих міст області.

Протягом 2021 року на базі амбулаторних підрозділів КП «Криворізького протитуберкульозного диспансеру» ДОР» проведено 233 988 амбулаторних прийомів хворих на ТБ, представників уразливих груп, а також загального населення.

Крім того, за участю фахівців диспансерно-поліклінічних відділень, з метою раннього виявлення ТБ серед груп ризику та загального населення, проведено профілактичні огляди для 35 350 мешканців області.

Зважаючи на суттєву складову соціального супроводу у здійсненні ефективного лікування туберкульозу на базі КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» запроваджено ставку соціального працівника, а також залучається допомога соціальних працівників неурядових організацій, які працюють у сфері протидії епідемії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу та фінансуються за кошти міжнародних організацій та інших донорів.

У 2021 році під соціальним супроводом соціальних працівників області перебувало 2 387 людей, які живуть з туберкульозом, у тому числі ті, що

перебувають на лікуванні з приводу активного ТБ в умовах стаціонару та в амбулаторних умовах.

Картографування протитуберкульозних медичних послуг в Дніпропетровській області за підсумками реалізації «Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області» станом на 01 січня 2022 року представлена у Додатку Г.

З метою удосконалення протитуберкульозної медичної допомоги в області, а також розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру протягом 2021 року КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР» проведено:

- оптимізацію протитуберкульозного ліжкового фонду та кадрових ресурсів відповідно до навантаження;
- створено мережу міжрайонних фтизіатрів, шляхом включення медичних працівників тубкабінетів області до штату закладу. Відповідно до цього розроблено новий регіональний маршрут пацієнта з туберкульозом для здійснення швидкої діагностики, призначення лікування;
- сформовано лабораторну мережу для молекулярної діагностики туберкульозу та забезпечено транспортування біологічного матеріалу;
- забезпечено фінансову стійкість закладу за рахунок збільшення до 81,0% частки фінансування з Національної служби здоров'я України у межах виконання договірних зобов'язань за Програмою медичних гарантій (від НСЗУ отримано 256 737 216.58 грн), залучено 8 606 164,36 грн благодійної допомоги, від надання платних послуг отримано 2 471 519,34 грн;
- зменшено видатки на комунальні послуги за рахунок вивільнення приміщень, що не використовуються за призначенням, а також здійснено перехід на економічно-обґрунтований аутсорсинг, що дало змогу заощадити понад 9,3 млн. грн;
- оновлено матеріально-технічну базу закладу: запущено роботу нового лабораторного блоку для ПЛР-діагностики COVID-19 (1,25 млн. грн), підготовлено проект реконструкції та розпочато реконструкцію мережі

медичного киснепостачання лікарні (виділено 40,0 млн. грн), облаштовано обласний склад протитуберкульозних препаратів та COVID-19 (570 тис. грн), продовжено реконструкцію реанімаційного відділення (засвоєно 6,3 млн. грн.), оновлено автомобільний парк санітарного транспорту (1,386 млн. грн) та флюоромобілів (4,650 млн. грн), проведено часткову реновацію лабораторного обладнання клініко-діагностичних лабораторій (1,0 млн. грн) та придбано витратні матеріали (750 тис. грн), оновлено 60% бактерицидних опромінювачів для забезпечення інфекційної безпеки медичних послуг – встановлено 77 екранованих УФО, розпочато роботу щодо створення інклюзивних умов перебування у закладі пацієнтів та відвідувачів з особливими потребами та маломобільних груп населення;

- забезпечено роботу з протидії поширенню COVID-19 в області: в закладі розгорнуто госпіталь для лікування хворих з COVID-19 на 260 ліжок, на базі якого у 2021 році проліковано – 775 хворих з важким перебігом COVID-19, створено 2 вакцінальні бригади для щеплення населення від COVID-19, співробітниками, яких у 2021 році проведено 10412 щеплень, клініко-діагностичною лабораторією закладу проведено 34116 молекулярно-генетичних досліджень на COVID-19 для закладів охорони здоров'я регіону на безоплатній основі.

Таким чином, завдяки реалізації «Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області», затвердженої рішенням координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу при Дніпропетровській обласній державній адміністрації від 26 грудня 2019 року № 4, запровадженню нової моделі фінансування медичних послуг, у регіоні вдалося запровадити модель протитуберкульозної медичної допомоги населенню, яка спрямована на спрощення доступу до медичних послуг, зменшення вартості лікування випадку ТБ, а також на підвищення економічної стійкості регіонального фтизіопульмонологічного центру.

За підсумками проведеного аналізу, можна підсумувати, що затвердження Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, а також Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, дало потужний поштовх до початку трансформації у галузі протитуберкульозних медичних послуг на регіональному рівні.

Економічна складова щодо забезпечення розвитку та фінансової стійкості спеціалізованих протитуберкульозних закладів – регіональних фтизіопульмонологічних центрів визначена можливостями діяльності медичного закладу у рамках програми медичних гарантій, що обумовлена Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення».

На прикладі розвитку протитуберкульозної медичної допомоги у Дніпропетровській області та проведення її трансформації, відповідно до національних пріоритетів, слід зазначити, що рішучим фактором у досягненні успіху змін є політична воля та підтримка органів місцевої влади та самоврядування.

В основу трансформованої моделі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області, що запроваджена в регіоні, покладено розвиток амбулаторної моделі лікування ТБ, у тому числі за рахунок зміцнення диспансерно-поліклінічних відділень, розширення спектру медичних послуг, що надаються на базі регіонального фтизіопульмонологічного центру та оптимізація витрат за рахунок скорочення надлишкового ліжкового фонду та інших статей неефективних витрат.

Також слід відзначити, що перетворення протитуберкульозної медичної допомоги на регіональному рівні відповідно до національних стандартів, повинно ґрунтуватись на епідемічній ситуації з ТБ та економічній доцільності щодо утримання однопрофільних спеціалізованих медичних закладів для лікування ТБ.

РОЗДІЛ 3

СТРАТЕГІЯ РОЗВИТКУ РЕГІОНАЛЬНОГО ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ

3.1. Формування пропозицій щодо розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню, забезпечення сталості протитуберкульозних медичних послуг

Державною стратегією розвитку протитуберкульозної медичної допомоги регіональний фтизіопульмонологічний центр визначено закладом, що надає і координує протитуберкульозну медичну допомогу населенню в області [40].

Отже цей заклад на сьогодні є ключовим закладом охорони здоров'я щодо надання спеціалізованих медичних послуг хворим на ТБ. З цієї причини важливо оцінювати конкурентоспроможність регіонального фтизіопульмонологічного центру, як самостійного закладу охорони здоров'я, для подальшої розробки ключових напрямків стратегії розвитку.

Оцінка конкурентоспроможності медичного закладу передбачає виявлення взаємозв'язків між сильними та слабкими сторонами об'єкта оцінки, що є основою для формування конкурентних переваг. Методичним інструментом означеної оцінки є SWOT-аналіз [25].

Найбільш ефективною моделлю SWOT-аналізу є поєднання з PEST-аналізом завдяки деталізації впливу зовнішніх та внутрішніх факторів глобального характеру [50]. Адже PEST-аналіз є інструментом для оцінки політичних (P – political), економічних (E – economic), соціальних (S – social) і технологічних (T – technological) аспектів зовнішнього середовища. Тобто методика PEST-аналізу ґрунтується на моніторингу змін макросередовища за певними вузловими напрямками із подальшим виявленням тенденцій, які впливають на прийняття стратегічних рішень задля досягнення максимальної ефективності функціонування об'єкту [72] (Табл.2).

Зважаючи на особливості надання протитуберкульозних медичних послуг, їх, в певній мірі, соціальну направленість, суспільне значення та орієнтованість на громадське здоров'я, для проведення аналізу конкурентоспроможності регіонального фтизіопульмонологічного центру обрано подвійну модель аналізу.

В ході проведення SWOT-аналізу та PEST-аналізу конкурентоспроможності регіонального фтизіопульмонологічного центру поставлено наступні завдання:

- виявлення маркетингових можливостей, які відповідають ресурсам медичного закладу;
- визначення маркетингових загроз і розробка заходів щодо знешкодження їх впливу;
- виявлення сильних сторін медичного закладу й зіставлення їх з ринковими можливостями;
- визначення слабкостей та розроблення стратегічних напрямів їх подолання;
- виявлення конкурентних переваг закладу та формування її стратегічних пріоритетів;
- визначення макросередовища та виявлення тенденцій, що можуть мати вплив на розвиток ринку медичних послуг, зокрема протитуберкульозних.

Результати проведеного SWOT-аналізу конкурентоспроможності Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру наведено у Таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

SWOT-аналіз конкурентоспроможності Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру

Сильні сторони		Слабкі сторони	
1.	Регіональний експертний медичний заклад з лікування всіх форм ТБ	1.	Втрата монополії на лікування ТБ. Маркетингове просування на ринку медичних послуг – не проводиться. Висока конкуренція з іншими ЗОЗ різними форм власності

Продовження табл. 3.1

2.	Заклад сертифіковано в системі ISO 9001:2015 (ДСТУ ISO 9001:2015; Стандарт) та має вищу акредитаційну категорію	2.	Відповідність стандартам надання медичної допомоги вимагає значних фінансових та кадрових ресурсів, які на сьогодні обмежені
3.	Єдиний спеціалізований вузькопрофільний ЗОЗ в регіоні, який у 2020 - 2022 рр. уклав з НСЗУ найбільшу кількість договорів на медичне обслуговування за ПМГ (2020 рік – 9 пакетів, 2021 рік – 11 пакетів, 2022 рік – 16 пакетів)	3.	На поточний період собівартість окремих пакетів ПМГ, що реалізуються на базі закладу, перевищує ставку НСЗУ, за якою проводиться оплата послуги
4.	У структурі фінансових надходжень частка фінансування закладу з боку НСЗУ переважає інші джерела (понад 80%)	4.	Слабко розвинута система залучення фінансування з боку місцевих бюджетів, благодійних організацій, приватних осіб, платні послуги
5.	Наявна значна кількість будівель для проведення перепрофілювання відділень/підрозділів, розміщення додаткових медичних потужностей	5.	Розгалужена мережа будівельного фонду, що не використовується або не використовується неефективно
6.	Наявна потужна лабораторна база, що проводить молекулярно-генетичні дослідження, та інш. дослідження відповідно до міжнародних стандартів (ВАСТЕС™, Gene Xpert), а також парк діагностичного обладнання (комп'ютерний томограф, рентгенологічні установки, електрокардіографи тощо)	6.	Номенклатура клініко-діагностичних досліджень, інструментальних методів обстеження, не гармонізована до вимог національних протоколів, що призводить до надмірних трат, підвищення собівартості медичної послуги, а також зменшує можливість проведення обстежень на платній основі. До 50% діагностичного обладнання в закладі технологічно-застаріла та потребує оновлення.
7.	Запроваджено систему екологічно-безпечної утилізації медичних відходів (діє модульний комплекс (піролізного інсєнератора)	7.	Не проводяться послуги з утилізації медичних відходів на платній основі для інших ЗОЗ.
8.	Забезпечено базові заходи (у тому числі архітектурно-планувальні) з профілактики інфекцій та інфекційного контролю	8.	Велика вартість заходів з інфекційного контролю для профілактики інфекцій, що передаються повітряним шляхом. Ключові медичні процеси потребують запровадження нових технологій у забезпеченні інфекційної безпеки під час надання медичної допомоги, а також створенні безпечних умов праці медичних та немедичних працівників.

Продовження табл. 3.1

9.	Хірургічне відділення єдине з регіональних ПТЗ України, що виконує операції максимальної складності на легенях при ТБ	9.	Відсутнє маркетингове просування хірургічних послуг, недостатнє залучення пацієнтів з інших регіонів України.
10.	Потужний кадровий потенціал (2 д.мед.н., 3 к.мед.н., 100 лікарів, з яких 73% мають вищу категорію) та висока укомплектованість штату, зокрема медичними кадрами (85-100%)	10.	Значна плінність кадрів, а також потребує перегляду виробничих навантажень фахівців, відповідно до наданих медичних/немедичних послуг
11.	Наявні чисельні складські приміщення	11.	Утримання складських приміщень потребує значних фінансових вливань
12.	Високий рівень комп'ютеризації медичних та управлінських процесів, робота з медичними інформаційними системами (e-TB Manager, «ВІЛ-інфекція в Україні, HELSI», «Каштан»)	12.	Недостатній рівень володіння комп'ютерними технологіями працівників закладу
13.	Наукова співпраця з 5 провідними міжнародними, національними, регіональними інститутами, 3 міжнародними організаціями	13.	Відтік професійних кадрів до приватних лікарень. Відсутня програма щодо залучення на роботу молодих спеціалістів.
Можливості		Загрози	
1.	Розширення географії надання медичних послуг	1.	Незбалансованість медичної реформи, продовження дії воєнного стану в Україні
2.	Розвиток паліативного лікування, супровід та хоспісної допомоги пацієнтам на термінальних стадіях захворювання у стаціонарі та на дому (ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ, онкологічні захворювання, хронічні захворювання легень)	2.	Обмежено фінансування громад, можливість надання зазначеної категорії медичних послуг виключно на платній основі
3.	Розвиток амбулаторного лікування ТБ та покращення доступу до телемедицини	3.	Низька обізнаність населення щодо можливостей дистанційних методик лікування та медичного супроводу
4.	Розширення можливостей щодо хірургічного лікування легеневих хвороб	4.	Низька довіра населення до системи
5.	Розвиток медичної реабілітації в пульмонології	5.	Відсутність на регіональному рівні дійових медико-соціальних програм з підтримки системи медичної реабілітації в пульмонології
6.	Проведення автоматизації лікувальних та управлінських процесів	6.	Зменшення фінансової мотивації співробітників у опануванні новими технологіями

Закінчення табл. 3.1

7.	Підвищення конкурентоспроможності закладу за рахунок запровадження сервісних послуг, а також інших послуг на платній основі	7.	Зниження платоспроможності населення у зв'язку із наростаючою економічною кризою, що обумовлена воєнним станом в Україні
8.	Розробка програми залучення медичних працівників	8.	Скорочення лікарського складу

Із Табл. 3.1 видно, що регіональний фтизіопульмонологічним центр має значні ресурси для подальшого розвитку, фінансової автономізації та зміцнення своєї конкурентоспроможності на ринку медичних послуг. Однак спостерігаються значні складнощі та обмеження, що обумовлені особливостями взаємодії з НСЗУ, воєнним станом, а також внутрішніми управлінськими процесами.

Результати проведеного PEST-аналізу конкурентоспроможності Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру наведено у Таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

PEST-аналіз конкурентоспроможності Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру

Аспекти	Позитивний вплив	Негативний вплив
Політичні	Прийняття на рівні держави стратегії щодо розвитку протитуберкульозної медичної допомоги, визнання на регіональному рівні пріоритету розвитку протитуберкульозної медичної допомоги, співпраця з міжнародними інституціями, розвиток процесів децентралізації в Україні, запровадження реформи фінансування спеціалізованої медичної допомоги	Політична нестабільність, агресія з боку РФ, залежність від політичних домовленостей
Економічні	Механізми державно-приватного партнерства, імплементація кращих практик міжнародного досвіду у лікування соціально значущих захворювань, налагодження взаємодії з науковими установами наукою, державою та бізнесом. підвищення рівня мотивації управлінського персоналу	Економічна криза, інфляція, відсутність комплексної державної підтримки, на рівні об'єднаних територіальних громад низька пріоритетність заходів щодо зміцнення громадського здоров'я

Закінчення табл. 3.2

Соціальні	Збільшення потоку пацієнтів за рахунок обслуговування внутрішньо переміщених осіб, зростання обізнаності людей, які живуть з ТБ щодо можливості отримання соціального супроводу під час лікування у закладі	Посилена міграція населення у зв'язку із військовим станом, що зменшує можливості щодо утримання пацієнтів в системі медичних послуг
Технологічні	Запровадження сучасних технологій для діагностики та лікування ТБ та інших захворювань легень, розвиток наукових досліджень у сфері лікування та маркетингу медичних послуг	Зростання резистентних до протитуберкульозних препаратів форм ТБ, що призводить до збільшення вартості лікування випадку, підвищення видатків на діагностику хвороб за допомогою високовартісного обладнання

За підсумками PEST-аналізу встановлено, що в країні та в регіоні наявні сприятливі політичні, економічні, соціальні та технологічні передумови для розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру, як автономного закладу надання спеціалізованої медичної допомоги. Наряду з цим, існують серйозні виклики щодо забезпечення фінансування закладу та забезпечення сталих медичних послуг, що викликані віддаленими наслідками пандемії COVID-19, воєнним станом та особливостями перебігу реформування системи фінансування спеціалізованої медичної допомоги в Україні.

Таким чином, за підсумками проведеного аналізу вдалося виявити маркетингові можливості та загрози, отримати базову інформацію для розробки заходів щодо мінімізації ризиків, виявити сильні та слабкі сторони закладу, узагальнити інформацію для визначення стратегічних пріоритетів у формуванні конкурентних переваг закладу, систематизувати данні щодо макросередовища та виявлення тенденцій, що можуть мати вплив на розвиток ринку медичних послуг, зокрема протитуберкульозних.

На підставі проведеного аналізу, опрацювання міжнародних практик щодо розвитку моделей протитуберкульозної медичної допомоги, даних епідеміологічного аналізу щодо захворюваності на туберкульоз, пріоритетних

напрямків реалізації державної політики з протидії соціально значущим хворобам (ТБ, ВІЛ, ВГВ, ВГС) будуть запропоновані подальші шляхи розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру.

3.2. Шляхи розвитку регіонального фтизіопульмонологічного центру.

Пошук та залучення альтернативних шляхів фінансування

Спираючись на отримані данні, пріоритетними запитами у розвитку Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру визнано:

1. Рання діагностика і лікування туберкульозу, а також інших захворювань легень, у тому числі поєднаної патології (туберкульоз/ВІЛ/наркозалежність/психічні захворювання, хронічні захворювання легень/COVID-19);

2. Паліативне лікування, супровід та хоспісна допомога пацієнтам на термінальних стадіях захворювання у стаціонарі та на дому (ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ, онкологічні захворювання, хронічні захворювання легень);

3. Амбулаторне лікування туберкульозу та покращення доступу до телемедицини;

4. Хірургічне лікування легеневих хвороб;

5. Медична реабілітація в пульмонології;

На сучасному етапі розвитку закладу відзначено проблемні напрямки, що несуть суттєві ризики у забезпеченні успішного досягнення визначених запитів, а саме:

- потребує розширення спектр медичних послуг, що надаються на базі закладу, а також збільшення частки амбулаторного лікування;

- існує необхідність зменшення дефіциту бюджету та перерозподілу фінансів для проведення масштабної інновації діагностичного обладнання, технологій лікування, інфекційного контролю та умов перебування пацієнтів і персоналу;

- потребує удосконалення діяльності з надання платних послуг та послуг із сервісного обслуговування пацієнтів, а також розробка відповідних стандартів;
- необхідне проведення маркетингу та просування на ринку медичних послуг, формування бренду для росту та зміцнення довіри пацієнтів;
- робота в умовах пандемії COVID-19, воєнного стану, що суттєво стримує розвиток закладу, забираючи значні ресурси на забезпечення стійкості та безпеки медичних послуг
- на етапі формування напрямків щодо забезпечення гідного догляду та підтримки невиліковних хворих, подолання стигми у відношенні до хворих на ТБ та інші соціально значущі захворювання.

З урахуванням вищезазначеного загальними стратегічними пріоритетами Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру на період до 2025 року визнано:

I. КОНЦЕНТРАЦІЯ та МАНЕВРЕНІСТЬ РЕСУРСІВ:

- розширення доступу населення до інноваційних технологій, дороговартісних методик з діагностики і лікування, консультацій фахівців вузьких спеціальностей;
- запровадження аналізу економічної ефективності та якості медичних послуг, просування єдиної медико-інформаційної системи на базі підрозділів підприємства;

II. АВТОНОМІЗАЦІЯ та ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ:

- ліквідація дефіциту бюджету за рахунок оптимізації витрат та збільшення надходжень (платні послуги, софінансування медичних послуг, фандрайзінг, гуманітарна допомога);
- підвищення рентабельності медичних послуг, економія за рахунок зменшення видатків на адміністративні, комунальні послуги;

- розширення спектру медичних послуг населенню та розвиток мережі;

III. МАСШТАБУВАННЯ та ІНТЕГРАЦІЯ:

- підвищення якості та безпеки лікування пацієнтів, відповідно до національних та міжнародних стандартів;
- розвиток підприємства у системі охорони здоров'я регіону, як багатопрофільний заклад – постачальник якісних медичних послуг, що має високий рівень довіри пацієнтів
- розширення географії надання медичних послуг.

Для реалізації запропонованих стратегічних пріоритетів передбачаються наступні шляхи:

I. КОНЦЕНТРАЦІЯ ТА МАНЕВРЕНІСТЬ РЕСУРСІВ

Стратегічні ініціативи:

1) розширення доступу населення до інноваційних технологій, дороговартісних методик з діагностики і лікування, консультацій фахівців вузьких спеціальностей;

- проведення виїзних консультацій фахівців вузьких спеціальностей;
- розвиток телемедицини з акцентом на міжрайонних фтизіатрів;
- взаємодія з громадами для координації медичних послуг у сільських районах;

2) запровадження аналізу економічної ефективності та якості медичних послуг, просування єдиної медико-інформаційної системи (далі – МІС) на базі підрозділів підприємства:

- навчання фахівців роботі з МІС та оснащення робочих місць комп'ютерним обладнанням, інтернет зв'язком;
- проведення поточного моніторингу і оцінки стану роботи підприємства за даними МІС;

- розробка пропозицій щодо удосконалення роботи підприємства, що ґрунтуються на аналізі даних МІС;

II. АВТОНОМІЗАЦІЯ ТА ФІНАНСОВА СТІЙКІСТЬ

Стратегічні ініціативи:

1) ліквідація дефіциту бюджету за рахунок оптимізації витрат та збільшення надходжень (платні послуги, фандрайзінг, гуманітарна допомога):

- Проведення незалежного фінансового аудиту та визначення проблемних напрямів фінансової діяльності. Підготовка пропозицій щодо раціоналізації фінансових надходжень. Забезпечення раціонального розподілу бюджетних та небюджетних коштів відповідно до реальних потреб лікарні та стратегічних напрямів діяльності.

- Прозоре фінансування підприємства шляхом створення спостережної ради, зміцнення прозорості системи закупівель та звітності, оприлюднення інформації щодо забезпеченості підприємства медикаментами та виробами медичного призначення тощо).

- Співпраця з донорськими організаціями та благодійними фондами, пілотування моделі софінансування медичних послуг (залучення коштів територіальних об'єднаних громад), подальше масштабування фандрайзінгу (залучення волонтерів, акції зі збору коштів, іграшок, одягу, збір приватних пожертвувань тощо).

- Підвищення економічної ефективності використання активів. Збільшення надходжень від депозитних операцій.

- Надання логістичних послуг з проведення фармменеджменту, доставки біоматеріалу для проведення діагностичних досліджень.

- Забезпечення сталості медичних послуг в умовах пандемії COVID-19 та воєнного стану. Забезпечення 100% виконання договірних зобов'язань перед національною службою здоров'я за Програмою медичних гарантій в умовах неблагополучної епідемічної ситуації.

2) підвищення рентабельності медичних послуг, економія за рахунок зменшення видатків на адміністративні, комунальні послуги:

- системне запровадження енергозберігаючих технологій, користування енергоефективним обладнанням, оптимізація витрат на комунальні послуги, перехід окремих видів діяльності на аутсорсинг, оптимізація штатного розкладу;
- проведення поточного аудиту та оптимізація витрат шляхом регулювання закупок та витрат;
- скорочення терміну стаціонарного лікування шляхом розвитку амбулаторної допомоги, зміцнення взаємодії з первинною ланкою надання меддопомоги для раннього виявлення захворювань, запровадження сучасних діагностичних та лікувальних технологій, оновлення маршруту пацієнта відповідно до сучасної системи охорони здоров'я регіону, запровадження скорочених схем лікування, формування прихильності до лікування.

3) розширення спектру медичних послуг населенню та розвиток мережі:

- контракування з НСЗУ за максимально-можливою кількістю пакетів медичних послуг, що надаються у рамках програми медичних гарантій;
- розвиток мережі міжрайонних фтизіатрів;
- трансформація лабораторної мережі з діагностики туберкульозу у трирівневу систему та зміцнення діагностичних потужностей лабораторної бази;

III. МАСШТАБУВАННЯ та ІНТЕГРАЦІЯ

Стратегічні ініціативи:

- 1) підвищення якості та безпеки лікування пацієнтів, відповідно до національних та міжнародних стандартів:
 - Запровадження сучасних підходів у лікуванні та розвиток технологічного потенціалу закладу.
 - Підвищення інфекційної безпеки медичної допомоги.
 - Дотримання всіх напрямів діяльності у відповідності до стандартів якості, у тому числі в системі ISO 9001-2015.

- Удосконалення сервісних послуг
- Зміцнення кадрового потенціалу шляхом проведення навчання та перекваліфікації, запровадження диференційованої оплати праці та мотиваційних виплат ефективним працівникам, підвищення безпеки та комфорту робочих умов, розвиток можливостей співпраці з міжнародними установами, організаціями, формування позитивного іміджу лікарні.

- Формування прихильності до лікування у пацієнтів за підтримки мультидисциплінарних команд (медичні працівники, соціальні працівники, психологи, вихователі).

- Розширення доступу по пацієнторієнтовних підходів (амбулаторне лікування, відео-ДОТ), соціальний супровід та соціалізація, кризисне психологічне консультування та психологічна підтримка, інклюзивний підхід, забезпечення безперешкодного доступу та безперервності лікувального процесу, вільний вибір лікаря.

2) розвиток підприємства у системі охорони здоров'я регіону, як багатопрофільний заклад – постачальник якісних медичних послуг, що має високий рівень довіри пацієнтів:

- інтеграція підприємства у систему охорони здоров'я регіону, удосконалення взаємодії з ЗОЗ первинної та спеціалізованої медичної допомоги;

- розширення спектру медичних послуг, за рахунок удосконалення профілактичного напрямку (проведення профілактичних оглядів населення, виявлення латентної туберкульозної інфекції серед дорослих та дітей, профілактичне лікування туберкульозу), діагностичних потужностей;

- інформаційна робота щодо точок доступу до медичної допомоги, а також взаємодії між регіональним фтизіопульмонологічним центром та ЗОЗ регіону, просування медичних послуг серед населення, проведення соціально-інформаційних акцій;

3) розширення географії надання медичних послуг:

залучення для медичного обслуговування мешканців Донецької та Луганської областей (дорослих та дітей), Запорізької, Кіровоградської, Харківської, Полтавської та інших областей України.

Очікуваними результатами реалізації запропонованих стратегічних напрямків є:

- Створення сучасного високотехнологічного багатoproфільного фтизіопульмонологічного регіонального центру, орієнтованого на медичні та соціальні потреби пацієнтів та їх родин;
- Покращення доступу та якості медичної допомоги, розвиток пацієнторієнтованих підходів до надання послуг;
- Скорочення дефіциту бюджету лікарні, залучення додаткового фінансування та спрямування його на запровадження інноваційних технологій;
- Розширення спектру медичних послуг та укріплення позицій багатoproфільного медичного закладу на цільовому та суміжних ринках;
- Зміцнення системи інфекційної безпеки медичної допомоги;
- Полегшення доступу уразливих груп населення до спеціалізованої медичної допомоги. Забезпечення гідного догляду та супроводу пацієнтів на термінальних стадіях захворювання;
- Стійкість запроваджених інновацій націлених на покращення громадського здоров'я населення Дніпропетровщини.

Підсумком зазначеного етапу роботи стали результати проведеного стратегічного аналізу конкурентоспроможності регіонального фтизіопульмонологічного центру, проведений за поєднанням SWOT-аналізу та PEST-аналізу, що, на думку автора, найбільш доцільно у зв'язку із соціальною направленістю, суспільним значенням та орієнтованістю на

громадське здоров'я медичних послуг, які надаються закладом.

Вдалося виявити маркетингові можливості та загрози, систематизувати інформацію для розробки заходів щодо мінімізації ризиків, виявити сильні та слабкі сторони закладу, узагальнити інформацію для визначення стратегічних пріоритетів у формуванні конкурентних переваг закладу, систематизувати данні щодо макросередовища та виявлення тенденцій, що можуть мати вплив на розвиток ринку медичних послуг, зокрема протитуберкульозних.

На підставі проведеного аналізу, опрацювання міжнародних практик щодо розвитку моделей протитуберкульозної медичної допомоги, даних епідеміологічного аналізу щодо захворюваності на туберкульоз, пріоритетних напрямків реалізації державної політики з протидії соціально значущим хворобам, запропоновано стратегічні пріоритети Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру на період до 2025 року, які було згруповано за трьома напрямками: 1) Концентрація та маневреність ресурсів, 2) Автономізація та фінансова стійкість, 3) Масштабування та інтеграція.

Для кожного з напрямків запропоновано ключові стратегічні ініціативи, реалізація яких необхідна для отримання очікуваних результатів.

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження було зроблено наступні висновки:

1. Зважаючи на соціально-економічний вплив на розвиток країн, велике суспільне значення, протидія туберкульозу є глобальною проблемою громадського здоров'я всього світу. Забезпечення лікування і профілактики ТБ є зобов'язанням держави, дотримання, якого повинне ґрунтуватись на справедливому підході, забезпеченні вільного доступу до протитуберкульозних медичних послуг, недопущенні порушення прав людини, а також стигми та дискримінації людей, які живуть з туберкульозом.

2. Проаналізовано передумови до проведення медичної реформи та розробки нових державних стратегій з ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам, розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню, і встановлено, що застаріла система організації протитуберкульозної допомоги в Україні, що ґрунтувалась на основних засадах системи Семашка, ускладнення епідемічної ситуації з туберкульозу, зокрема його стійких до протитуберкульозного лікування форм, необхідність термінового запровадження нових організаційних та технологічних підходів до лікування ТБ, що довели свою ефективність в багатьох країнах світу, спонукала уряд країни започаткувати реформування системи протитуберкульозної медичної допомоги, метою якої визначено наближення якісної медичної допомоги до пацієнтів, отримання гарантованого безоплатного пакету медичних послуг та зниження непрямих витрат на лікування випадку ТБ.

Рушійною силою до змін у системі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню також стали зміни у системі фінансування закладів спеціалізованої медичної допомоги, до яких відносяться протитуберкульозні заклади. Трансформація структури галузі, впровадження нових механізмів фінансування дало змогу закладам охорони здоров'я, що надають протитуберкульозну медичну допомогу, автономізуватись, розвивати

конкуренто-спроможні моделі надання медичних послуг, залучати додаткове фінансування для здійснення розвитку, а також дозволили запровадити пацієнторієнтовні моделі лікування.

3. Дослідження зарубіжного досвіду дало змогу визначити, що на сучасному етапі економічно обґрунтованим є відхід від вертикальних моделей, де лікувальні заходи переважно проводяться у стаціонарах, та пріоритизація амбулаторного лікування, яке відповідає пацієнторієнтовним підходам та є менш затратним не тільки для системи охорони здоров'я, а і для пацієнтів.

4. Розглянуто досвід найуспішніших медичних реформ та найефективніших систем надання протитуберкульозних медичних послуг, а саме досвід Канади, Німеччини, а також країн з високим тягарем туберкульозу Індія, Індонезія, Китай та отримано висновок, що найбільш ефективною є модель амбулаторного лікування туберкульозу, яка, за підтримки фахівців спеціалізованих медичних закладів, а також соціальних працівників, в значній мірі може бути реалізованою на рівні первинної медико-санітарної допомоги, що дозволить наблизити медичні послуги до пацієнта, а також скоротити видатки на лікування випадку туберкульозу, як з боку держави, так і з боку пацієнта.

5. На прикладі Дніпропетровської області досліджено шляхи імплементації державної стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню на регіональному рівні. Описано досвід становлення Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру – КП «Криворізький протитуберкульозний диспансер» ДОР». На прикладі розвитку протитуберкульозної медичної допомоги у Дніпропетровській області та проведення її трансформації, відповідно до національних пріоритетів, слід зазначити, що рішучим фактором у досягненні успіху змін є політична воля та підтримка органів місцевої влади та самоврядування. Визначено, що в основу трансформованої моделі надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області, покладено розвиток амбулаторної моделі лікування ТБ, у тому числі за рахунок зміцнення диспансерно-

поліклінічних відділень, розширення спектру медичних послуг та оптимізація витрат за рахунок скорочення надлишкового ліжкового фонду та інших статей неефективних витрат. Разом з цим, в ході аналізу зауважено, що трансформація протитуберкульозної медичної допомоги на регіональному рівні, повинна ґрунтуватись на аналізі епідемічної ситуації з туберкульозу та на економічній доцільності щодо утримання однопрофільних спеціалізованих медичних закладів для лікування ТБ.

6. Для формування пропозицій щодо стратегії реформування регіонального фтизіопульмонологічного центру проведено стратегічний аналіз конкурентоспроможності, що проведений за поєднанням SWOT-аналізу та PEST-аналізу, в ході якого виявлено маркетингові можливості та загрози, отримано базову інформацію для розробки заходів щодо мінімізації ризиків, виявлено сильні та слабкі сторони закладу, узагальнено інформацію для визначення стратегічних пріоритетів у формуванні конкурентних переваг закладу, систематизовано данні щодо макросередовища та виявлення тенденцій, що можуть мати вплив на розвиток ринку медичних послуг.

7. Провівши дослідження, ми дійшли до висновку, що в основу змін та стратегічними пріоритетами Дніпропетровського регіонального фтизіопульмонологічного центру на період до 2025 року є:

- Концентрація та маневреність ресурсів, що передбачає розширення доступу населення до інноваційних технологій, дороговартісних методик з діагностики і лікування, консультацій фахівців вузьких спеціальностей, а також запровадження аналізу економічної ефективності та якості медичних послуг, просування єдиної медико-інформаційної системи на базі підрозділів підприємства;

- Автономізація та фінансова стійкість, яка ґрунтуватиметься на засадах ліквідації дефіциту бюджету за рахунок оптимізації витрат та збільшення надходжень (платні послуги, софінансування медичних послуг, фандрайзінг, гуманітарна допомога); підвищенні рентабельності медичних послуг, економії за рахунок зменшення видатків на адміністративні,

комунальні послуги; розширенні спектру медичних послуг населенню та розвиток мережі;

- Масштабування та інтеграція, яка передбачає підвищення якості та безпеки лікування пацієнтів, відповідно до національних та міжнародних стандартів; розвитку підприємства у системі охорони здоров'я регіону, як багатопрофільного закладу – постачальника якісних медичних послуг, що має високий рівень довіри пацієнтів, а також розширенні географії надання медичних послуг.

В ході дослідження розроблено шляхи для реалізації запропонованих стратегічних пріоритетів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2018, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2018_dovidnyk.pdf.
2. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2019, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2019_dovidnyk.pdf.
3. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2020, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf.
4. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні», 2021, ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України», ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf.
5. Бортник, Н., Янчак, Я. досвід надання медичних послуг у країнах з різними моделями фінансування охорони здоров'я. Scientific Notes of Lviv 89 University of Business and Law, 2018. № 19, 168-173. URL :

<https://nzlubp.org.ua/index.php/journal/article/view/67>.

6. Бюджетний кодекс України, відомості Верховної Ради України (ВВР), 2010, № 50-51, ст.572 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2456-17#Text>.
7. Вимоги ПМГ 2020 / НСЗУ [Електронний ресурс] // Режим доступу: (<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2020>).
8. Вимоги ПМГ 2021 / НСЗУ [Електронний ресурс] // Режим доступу: (<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>).
9. Вимоги ПМГ 2022 / НСЗУ [Електронний ресурс] // Режим доступу: (<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>).
10. Волохова І. С. Оцінка ефективності фінансування закладів охорони здоров'я в Україні. Вісник Одеського національного університету. Серія : Економіка, 2017. Вип. 1. Т. 22. С. 130-135. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vonu_econ_2017_22_1_30.
11. Гончарук С. М., Приймак С. В., Даниляк Л. Я. Сучасний стан та проблеми фінансування установ охорони здоров'я в Україні. Бізнес Інформ, 2016. № 1. С. 190-194.
12. Закон України «Про Протидію захворюванню на туберкульоз» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>.
13. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text>.
14. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>.
15. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного

благополуччя населення» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text>.

16. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>.

17. Закон «Про основи законодавства України про охорону здоров'я» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.

18. Закон України «Про місцеве самоврядування в Україні» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/280/97-%D0%B2%D1%80#Text>.

19. Закон України «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5451-17#Text>.

20. Законодавче регулювання у сфері підходів до фінансування протитуберкульозної допомоги в Україні та світі, Інформаційна довідка, підготовлена Європейським інформаційно-дослідницьким центром на запит народного депутата України (Київ, 2019) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://infocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/29335.pdf>.

21. Звіт за результатами базового дослідження «Обсяг неформальних платежів на рівні спеціалізованих закладів охорони здоров'я за чотирма пріоритетними послугами програми медичних гарантій», Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (Київ, 2020) [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf.

22. «Звіт України про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня генеральної асамблеї

- ООН з туберкульозу
26 вересня 2018 року. Звітний період: 2019-2020 рр. [Електронний ресурс] / ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» // м.Київ. – 2020. – Режим доступу до ресурсу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_zvit_UA_2019_2020.pdf.
23. Іванов Ю. Б. Особливості фінансового забезпечення сфери охорони здоров'я в Україні / Ю. Б. Іванов, Ю. В. Бережна. // Ефективна економіка. – 2014. – №11.
24. Конституція України [Електронний ресурс]. – 1996. – Режим доступу до ресурсу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80>.
25. Коновалова О. В. SWOT-аналіз як основний інструмент стратегічного управління, його переваги і недоліки [Електронний ресурс] / О. В. Коновалова, Т. О. Андрущакевич. – 2010. – Режим доступу до ресурсу: http://www.rusnauka.com/3_SND_2010/Economics/58123.doc.htm.
26. Модель противотуберкулезной помощи, ориентированная на нужды людей, концептуальный проект для країн Східної Європи і Центральної Азії, первое издание, Всемирная организация здравоохранения, 2017 рік.
27. Меморандум про взаєморозуміння між Україною як Позичальником та Європейським Союзом як Кредитором [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_004-20#Text.
28. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19 липня 1995 року № 133 «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб» (зі змінами та доповненнями) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0133282-95#Text>.
29. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25 лютого 2020 року № 530 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України від 6 жовтня 2021 № 2161) «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при

туберкульозі» [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2021/10/2020_530_standarty_tb_dor_dit.pdf.

30. Національна економічна стратегія (2030) [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://nes2030.org.ua/>.

31. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років, 2014 рік,) [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://healthsag.org.ua/wp-content/uploads/2014/11/Proekt-Strategiyi-reformi_OZ.pdf.

32. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>.

33. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 р. № 1124 «Про затвердження Порядку реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій у 2020 році» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1124-2019-%D0%BF#Text>.

34. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2021 р. № 133 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II—IV кварталах 2021 року» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>.

35. Постанова Кабінету Міністрів України від 29 грудня 2021 року №1440 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2022 році» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1440-2021-%D0%BF#Text>.

36. Постанова Кабінету Міністрів України від 5 серпня 2020 р. № 695 «Про затвердження Державної стратегії регіонального розвитку на 2021-2027 роки»

[Електронний ресурс] // Режим доступу:
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/695-2020-%D0%BF#Text>.

37. Робочий план та проект бюджету Глобального фонду в Україні (2021-2023) / Міністерство охорони здоров'я [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://moz.gov.ua/materiali-zasidan>.

38. Рішення Дніпропетровської обласної ради від 07 серпня 2020 року № 624-24/VII «Стратегія регіонального розвитку Дніпропетровської області на період до 2027 року» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://oblrada.dp.gov.ua/>.

39. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 року № 1011-р «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018-2021 роки» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1011-2017-%D1%80#Text>.

40. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1414-р «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>.

41. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 листопада 2019 року № 1415-р «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-%D1%80#Text>.

42. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 18 листопада 2020 року № 1463-р «Про затвердження Плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020 – 2023 роки» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1463-2020-%D1%80#Text>.

43. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 14 квітня 2021 року №

366-р «Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-%D1%80#Text>.

44. Рішення ради національної безпеки і оборони України від 30 липня 2021 року «Про стан національної системи охорони здоров'я та невідкладні заходи щодо забезпечення громадян України медичною допомогою», введено в дію Указом Президента України від 18 серпня 2021 року № 369/2021 [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/n0052525-21#Text>.

45. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2020 році [Електронний ресурс] // Режим доступу: (<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020>).

46. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2021 році [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2021>.

47. Специфікації та умови закупівлі пакетів медичних послуг у 2022 році [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-202>.

48. Стратегія розвитку медичної освіти [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://moz.gov.ua/strategija-rozvitku-medichnoi-osviti>.

49. Серeda Ю. Л. Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження [Електронний ресурс] / Ю. Л. Серeda, О. Ю. Трофименко // ТзОВ «Простір-М». – 2020. – Режим доступу до ресурсу: https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TB_report.pdf.

50. Синчук І. В. Вплив SWOT-аналізу на прийняття управлінських рішень в умовах фінансової кризи / І. В. Синчук. // Молодий вчений. – 2016. – №3. – С. 174–178.

51. Угода про асоціацію між Україною, з однієї сторони, та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-

членами, з іншої сторони Оцінки з дотримання прав людини відповідно до механізму Універсального періодичного огляду [Електронний ресурс] // Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/984_011#Text.

52. Указ Президента України від 12 січня 2015 року №5/2015 «Про Стратегію сталого розвитку «Україна – 2020» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5/2015#Text>.

53. Указ Президента України від 14 травня 2021 року «Про Стратегію людського розвитку» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/225/2021#Text>.

54. Указ Президента України від 24 березня 2021 року № 119/2021 «Про Національну стратегію у сфері прав людини» [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://www.president.gov.ua/documents/1192021-37537>.

55. Цілі сталого розвитку [Електронний ресурс] // Режим доступу: <https://sdgs.un.org/ru/goals>.

56. Примеры надлежащей Практики в области укрепления систем здравоохранения с целью профилактики и лечения туберкулеза и лекарственно-устойчивого туберкулеза, [Електронний ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. – 2016. – Режим доступу до ресурсу: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343786/9789289051422-rus.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

57. A. Kwan, B. Daniels, V. Saria, S. Satyanarayana, R. Subbaraman, A. McDowell and et al, «Variations in the quality of tuberculosis care in urban India: A cross-sectional, standardized patient study in two cities», PLoS Med, vol. 15, no. 9, 2018.

58. Bank TW. Investing in Indonesia’s health: challenges and opportunities for future public spending, health public expenditure review. 2008.

59. Canadian Health Services Research Foundation. Performance Reporting to Help Organizations Promote Quality Improvement. Healthcare Policy | Politiques de Santé. 2008;4(2):70–74.

60. Cazabon D., Alsdurf H., Satyanarayana S., Nathavitharana R., Subbaraman R., Daftary A. Quality of tuberculosis care in high burden countries: the urgent need to address gaps in the care cascade. *Int J Infect Dis.* 2017;56 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27794468/>.
61. Cui XJ, Gao L, Cao B Management of latent tuberculosis infection in China: Exploring solutions suitable for high-burden countries. *Int J Infect Dis.* 2020;92 Suppl:S37–40. doi: 10.1016/j.ijid.2020.02.034.
62. Diel R, Nienhaus A, Lampenius N, et al.. Cost of multi drug resistance tuberculosis in Germany. *Respir Med* 2014; 108: 1677–1687. doi: 10.1016/j.rmed.2014.09.021.
63. Diel R, Rutz S, Castell S, et al.. Tuberculosis: cost of illness in Germany. *Eur Respir J* 2012; 40: 143–151. doi: 10.1183/09031936.00204611.
64. Diel R, Vandeputte J, de Vries G, et al.. Costs of tuberculosis disease in the European Union: a systematic analysis and cost calculation. *Eur Respir J* 2014; 43: 554–565. doi: 10.1183/09031936.00079413.
65. Floyd K., Arora V., Murthy K., Lonroth K., Singla N., Akbar Y. Cost and cost-effectiveness of PPM-DOTS for tuberculosis control: evidence from India. *Bull World Health Organ.* 2006;84:437–445.
66. Guy Stallworthy'a. Improving tuberculosis care in India by involving the private health sector [Электронный ресурс] / Guy Stallworthy'a, Hannah Monica Dias'a, Madhukar Pai // National Library of Medicine. – 2020. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7332523/>.
67. Health system influences on the implementation of tuberculosis infection prevention and control at health facilities in low-income and middle-income countries: a scoping review [Электронный ресурс] / G.Zwama, K. Diaconu, A. Voce, F. O'May // National Library of Medicine. – 2021. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8118012/>.
68. Health Canada. Health Portfolio Sex and Gender-Based Analysis Policy. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/corporate->

[management-reporting/health-portfolio-sex-gender-based-analysis-policy.html](https://www.hfgproject.org/hfg-country-final-reports/).

69. Health Finance and Governance Project: Final Country Reports, HFG Project, Publications, [Электронный ресурс] / USAID – 2019 – Режим доступа до ресурсу: <https://www.hfgproject.org/hfg-country-final-reports/>.

70. Improving Tuberculosis Services in Mumbai: PATH Connects With Private Providers to Improve TB Care for Urban Populations at High Risk. PATH - Driving Transformative Innovation to Save Lives [Электронный ресурс] // PATH. – 2016. – Режим доступа до ресурсу: <https://www.path.org/resources/improving-tuberculosis-services-in-mumbai-path-connects-with-private-providers-to-improve-tb-care-for-urban-populations-at-high-risk/>.

71. Multi-source financing for tuberculosis treatment in China: key issues and challenges [Электронный ресурс] / Qian Long, Wei-Xi Jiang, Hui Zhang, Jun Cheng // BMC. – 2021. – Режим доступа до ресурсу: <https://idpjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40249-021-00809-4/>.

72. PEST Analysis Ultimate Guide: Definition, Template, Examples [Электронный ресурс] / <https://pestleanalysis.com/> – Режим доступа до ресурсу: <https://pestleanalysis.com/pest-analysis/>.

73. Pioneering Innovations in Partnership to Control TB. GBCHealth [Электронный ресурс] // PATH. – 2017. – Режим доступа до ресурсу <http://gbchealth.org/pioneering-innovations-in-partnership-to-control-tb/> (2017).

74. Project «Provision of comprehensive services for supportive care for people with tuberculosis» Final report on the component «Evaluation of a comprehensive package of services focused on the needs of patients with multidrug-resistant TB» [Электронный ресурс] / USAID. – 2019 – Режим доступа до ресурсу: <https://www.usaid.gov/uk/ukraine/global-health>.

75. Shanghai Municipal Health Commission. Epidemic situation of notifiable infectious diseases in Shanghai in 2019. Shanghai; 2020. <http://wsjkw.sh.gov.cn/yqxx/20200703/ce47739b555e4b70bea9f704678524ee.htm>

1. (In Chinese).

76. Stewart TR. The Delphi technique and judgmental forecasting. *Clim Change*. 1987;11(1-2):97–113. <https://doi.org/10.1007/BF00138797>.
77. Strategy for Health 2016-2030 [Электронный ресурс] / UNICEF – Режим доступа до ресурсу: <https://www.unicef.org/media/119736/file/UNICEF-Strategy-for-Health-2016-2030.pdf>.
78. Sylvia S., Xue H., Zhou C., Shi Y., Yi H., Zhou H. Tuberculosis detection and the challenges of integrated care in rural China: a cross-sectional standardized patient study. *PLoS Med*. 2017;14(10).
79. TB Control Strengthening Project in Ukraine «Retrospective Study of the Cost-Effectiveness of Organizational Models of Providing Medical Care to Tuberculosis Patients in Kryvyi Rih, Ukraine», Final Reports , [Электронный ресурс] / USAID – 2018 – Режим доступа до ресурсу: <https://stbcu.com.ua/2015/cost-zvit/>.
80. The history of the National TB Programme in Indonesia. National TB Programme Indonesia (unpublished), 2008.
81. Wang LX, Zhang H, Ruan YZ, Chin DP, Xia YY, Cheng SM, et al. Tuberculosis prevalence in China, 1990-2010; a longitudinal analysis of national survey data. *Lancet* 2014;383(9934):2057 – 64. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0140673613626392>.
82. Wells, W. A., Uplekar, M. & Pai, M. Achieving Systemic and Scalable Private Sector Engagement in Tuberculosis Care and Prevention in Asia. *PLoS Med* 12, (2015) [Электронный ресурс] / PLOS. – 2020. – Режим доступа до ресурсу: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001842>.
83. World Health Organization - WHO. Global tuberculosis report [Электронный ресурс] / World Health Organization - WHO. – 2019. – Режим доступа до ресурсу: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.
84. World Health Organization - WHO. Global tuberculosis report [Электронный ресурс] / World Health Organization - WHO. – 2020. – Режим доступа до ресурсу:

ресурсы: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

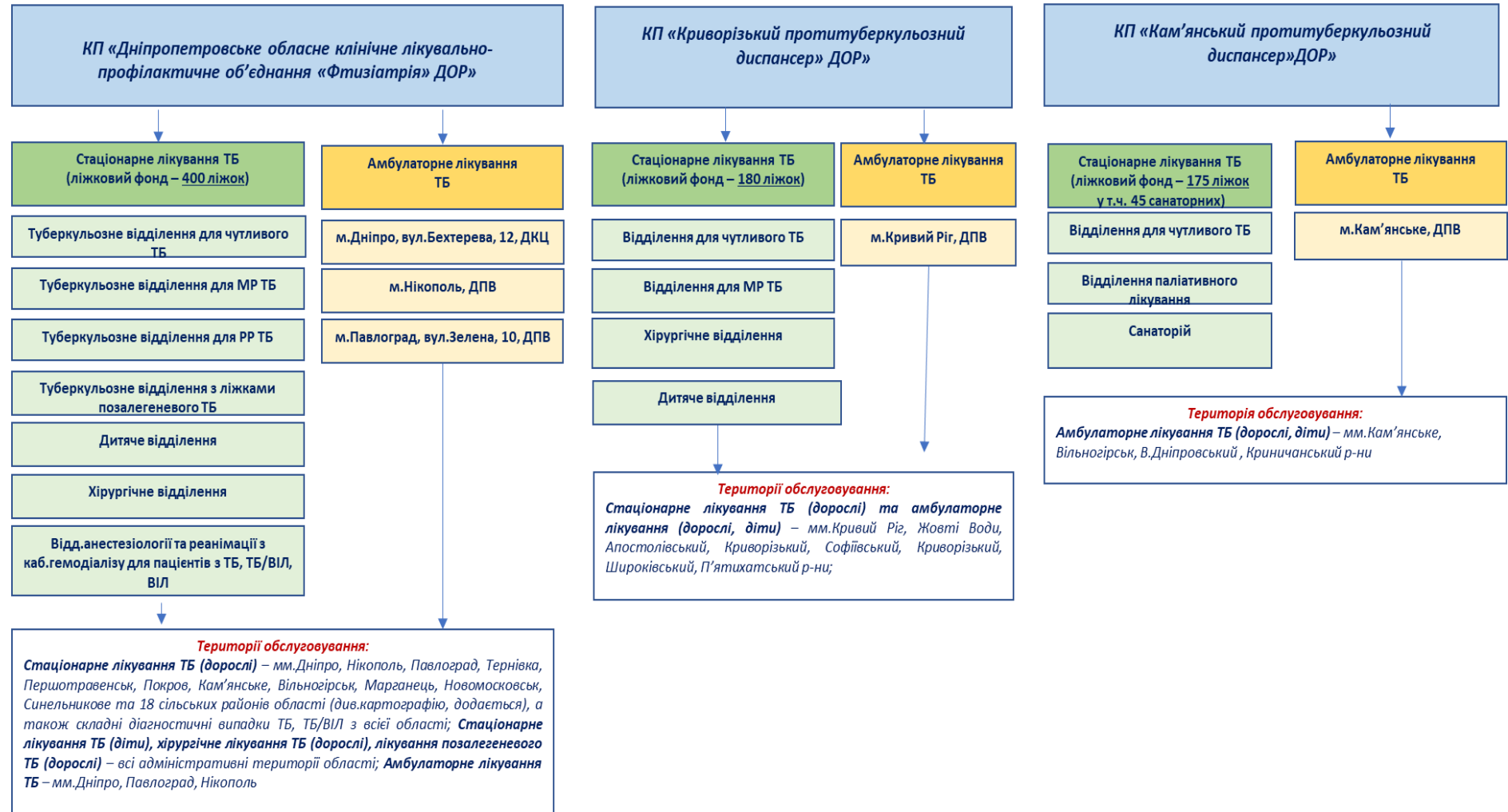
85. World Health Organization - WHO. Global tuberculosis report [Электронный ресурс] / World Health Organization - WHO. – 2021. – Режим доступа до ресурсу: http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/.

86. World Health Organization. Roadmap to implement the tuberculosis action plan for the who european region 2016-2020 [Электронный ресурс] / World Health Organization // World Health Organization Regional Office for Europe. – 2016. – Режим доступа до ресурсу: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/318233/50148-WHO-TB-Plan_May17_web.pdf.

ДОДАТКИ

Додаток А

Структура спеціалізованих протитуберкульозних закладів Дніпропетровської області станом на 01.08.2020 року



Додаток Б

Розрахунок потреб Дніпропетровської області у туберкульозних ліжках

Рік даних повідомлень про випадки захворювання на туберкульоз, які використовуються для оцінки: **2019**
Середньорічне населення (тисячі): **3 203,2**

А Кількість зареєстрованих випадків туберкульозу (НА РІК)

1	НОВІ ВИПАДКИ (Med.est)	2 024
1.1	Новий випадок ТБ легень з лабораторним підтвердженням	1 231
1.2	Новий випадок ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	596
1.3	Новий випадок позалегенового ТБ	197
2.	ВИПАДКИ, ЯКІ РАНІШЕ ЛІКУВАЛИСЬ	1 103
2.1	Рецидиви ТБ легень з лабораторним підтвердженням	358
2.2	Рецидиви ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	86
2.3	Рецидиви позалегенового ТБ	43
2.4	Раніш ліковані, не рецидиви (підтверджені лабораторно та діагностовано клінічно)	616
ВСЬОГО		3 127

Кількість ВИПАДКІВ З РЕЗУЛЬТАТАМИ тестування лікарської чутливості (ТЛЧ) До

В препаратів першого ряду (ППР) (ПРИНАЙМНІ ДЛЯ рифампіцин (R))

1	НОВІ ВИПАДКИ (Med.est)	70%
1.1	Новий випадок ТБ легень з лабораторним підтвердженням	94%
1.2	Новий випадок ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	37%
1.3	Новий випадок позалегенового ТБ	20%
2.	ВИПАДКИ, ЯКІ РАНІШЕ ЛІКУВАЛИСЬ	83%
2.1	Рецидиви ТБ легень з лабораторним підтвердженням	94%
2.2	Рецидиви ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	37%
2.3	Рецидиви позалегенового ТБ	20%
2.4	Раніш ліковані, не рецидиви (підтверджені лабораторно та діагностовано клінічно)	88%
ВСЬОГО		75%

С Кількість випадків з результатами ТЛЧ до ПТП (щонайменше для R)		
1	НОВІ ВИПАДКИ (Med.est)	1 415
1.1	Новий випадок ТБ легень з лабораторним підтвердженням	1 153
1.2	Новий випадок ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	222
1.3	Новий випадок позалегеневого ТБ	40
2.	ВИПАДКИ, ЯКІ РАНІШЕ ЛІКУВАЛИСЬ	917
2.1	Рецидиви ТБ легень з лабораторним підтвердженням	335
2.2	Рецидиви ТБ легень з клінічно встановленим діагнозом	32
2.3	Рецидиви позалегеневого ТБ	9
2.4	Раніш ліковані, не рецидиви (підтверджені лабораторно та діагностовано клінічно)	541
3	ВСЬОГО	2 332
Д Модель стійкості до ППР, випадки захворювання з результатами ТЛЧ до ППР (%) (Med.est)		
1	К-ть чутливих до всіх ППР серед нових випадків	48%
2	К-ть полірезистентних ТБ (ПР-ТБ) серед нових випадків	0%
3	К-ть РР/МЛУ-ТБ серед нових випадків	52%
4	К-ть чутливих до всіх ППР серед раніше пролікованих випадків	23%
5	К-ть ПР-ТБ серед раніше пролікованих випадків	1%
6	К-ть РР/МЛУ-ТБ серед раніше пролікованих випадків	76%
Е Число випадків з розбивкою по моделям стійкості до ППР (Med.est)		
1	Результати ТЛЧ к ППР відсутні	795
2	Чутливість до всіх ППР	882
3	РР/МЛУ-ТБ	15
4	RR/MDR-ТБ	1 435
5	ВСЬОГО	3 127

Продовження додатка Б

Охоплення ТЛЧ до ПВР: частка та число випадків РР/МЛУ-ТБ з результатами ТЛЧ до ПВР (Фторхінолонами (ФХ) та Фін'єкційними препаратами (П)) (Med.est)

1	Частка випадків РР/МЛУ-ТБ з результатами ТЛЧ до ПВР, %	4%
2	Число випадків РР/МЛУ-ТБ з результатами ТЛЧ до ПВР	60

Г Моделі стійкості до ПВР, випадки РР/МЛУ-ТБ з результатами ТЛЧ до ПВР (Med.est)

1	Стійкість до ПВР відсутня	55%
2	"Пре-ШЛУ"-ТБ	30%
3	ШЛУ-ТБ	15%

Н Кількість випадків за профілем резистентності (ППР та ПВР) (Med.est)

1	Результати ТЛЧ до ППР відсутні	795
2	Чутливі до всіх ППР	882
3	ПР-ТБ	15
4	РР/МЛУ-ТБ без результатів ТЛЧ до ПВР	1 375
5	РР/МЛУ-ТБ без стійкості до ПВР	33
6	"Пре-ШЛУ" та ШЛУ-ТБ	27
7	ВСЬОГО	3 127

І Частка пацієнтів, які беруть участь у лікуванні туберкульозу, за профілем резистентності,% (Med.est)

1	Відсутність результатів ТЛЧ до ППР та чутливість до всіх ППР	100%
2	ПР-ТБ	100%
3	МЛУ-ТБ без результатів ТЛЧ до ПВР та без стійкості до ПВР	98%
4	"Пре-ШЛУ" та ШЛУ-ТБ	95%

Ж Частка хворих на МЛУ, які не мають резистентності до ПВР, які підлягають включенню в програми лікування за стандартною та скороченими схемами лікування,% Med.est

1	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	40%
2	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	60%

Продовження додатка Б

К Кількість пацієнтів, які підлягають лікуванню, за категоріями лікування (Med.est)

1	Лікування першого ряду	1 677
2	PDR лікування	15
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	19
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	1 361
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	26
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	30
7	ВСЬОГО	3 127

L Рівень госпіталізації до лікарні за категоріями лікування, % (Med.est)

1	Лікування першого ряду	50%
2	PDR лікування	65%
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	60%
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	70%
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	100%
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	100%

М Кількість госпіталізацій за категоріями лікування (Med.est)

1	Лікування першого ряду	838
2	PDR лікування	10
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	12
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	952
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	26
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	30

Закінчення додатка Б

Н Середня тривалість перебування за категоріями лікування, місяці (Med.est)

1	Лікування першого ряду	1
2	PDR лікування	1,5
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	2
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	3
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	6
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	6

О Кількість необхідних днів пацієнтів у лікарні ("ліжкові дні") за категорією лікування (Med.est)

1	Лікування першого ряду	25 149
2	PDR лікування	437
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	702
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	85 720
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	4 639
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	5 314

Р Кількість необхідних ліжок (з урахуванням 85% BOR) за категоріями лікування

	Абс.	%	
1	Лікування першого ряду	81	20,7
2	PDR лікування	1	0,3
3	Лікування MDR скороченого режиму (9-12 міс)	2	0,5
4	Лікування MDR стандартний режим (20 міс)	276	70,4
5	Лікування MDR, пре-XDR та XDR режим	15	3,8
6	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	17	4,3
7	ВСЬОГО	392	100,0

Q Розбивка ліжок за категорією пацієнта

	Абс.	%	
1	Ліжка для хворих на чутливий ТБ	81	20,7
2	Ліжка для хворих на МР ТБ	294	75,0
3	Ліжка для симптоматичного лікування (паліатив)	17	4,3
4	ВСЬОГО	392	100,0

Р Загальна кількість туберкульозних ліжок на 100 000 населення

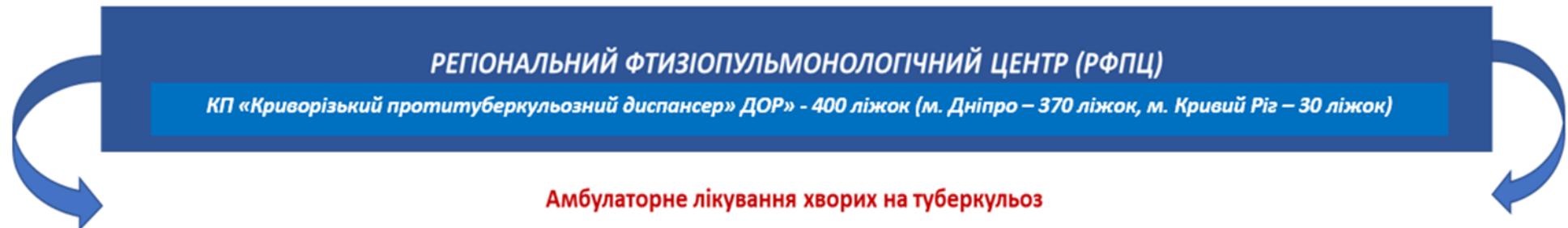
1	Загальна кількість туберкульозних ліжок на 100 000 населення	12,2
---	--------------------------------------------------------------	------

Закінчення додатка Б

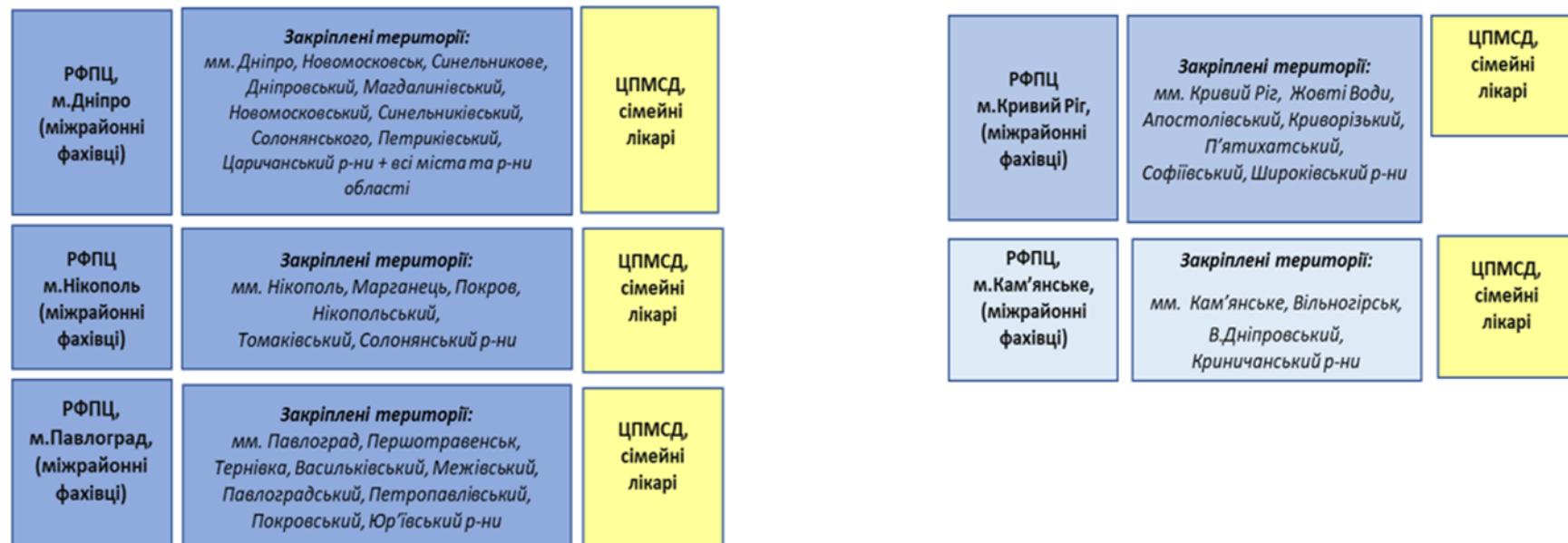
Додаток В

**Структура закладів охорони здоров'я, що надають протитуберкульозні медичні послуги населенню
Дніпропетровської області
станом на 01.01.2022 року**

Стационарне лікування хворих на туберкульоз



Амбулаторне лікування хворих на туберкульоз



Додаток Г

Картографування протитуберкульозних медичних послуг в регіоні за підсумками реалізації Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню Дніпропетровської області станом на 01.01.2022 року

Дніпропетровська область

Назва	Населення (тис.осіб)
Дніпровський	1179.3
Кам'янський	439
Криворізький	772.3
Нікопольський	262.6
Новомосковський	171.7
Павлоградський	163.3
Синельниківський	204.2

