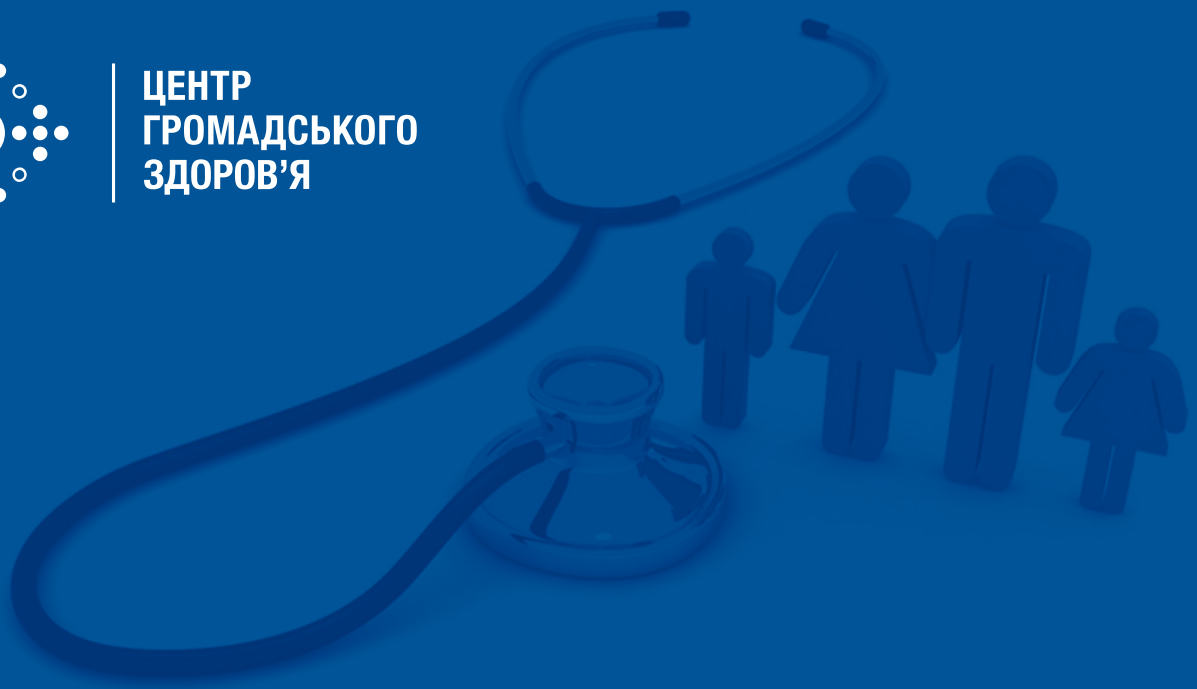




ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



**Оцінка фіскального,
адміністративного та
політичного впливу
реформи охорони здоров'я
на доступ до медичних послуг
людям з ВІЛ, туберкульозом,
вірусними гепатитами
та залежностями**

Звіт за результатами дослідження

Київ 2022



Підготовка звіту стала можливою в рамках реалізації програми «Прискорення прогресу в зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції шляхом надання універсального доступу до своєчасної та якісної діагностики та лікування туберкульозу, розширення доказово обґрунтованої профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції, створення життєздатних і стабільних систем охорони здоров'я», яка реалізується за підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

Викладені в даній публікації думки й точки зору є думками й точками зору авторів і не можуть розглядатися як думки або точки зору ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» і Глобального фонду.

Дослідницька група та співавтори:

Віталія Трохимець — основний дослідник проєкту, експертка з дослідження та розробки національних політик надання медичних послуг, досвід у формуванні політики у сфері трансформації системи громадського здоров'я та координації міжнародної технічної допомоги у сфері охорони здоров'я.

Наталія Когутюк — молодша експертка із соціологічних досліджень, 6-річний досвід науково-дослідницької та аналітичної роботи в дослідженнях, у т.ч. дослідження ситуації з COVID-19 в Україні та світі.

Павло Ковтонюк — старший експерт із систем охорони здоров'я та фінансування, один із архітекторів реформи фінансування охорони здоров'я в Україні. Як заступник міністра, він відповідав за її впровадження у 2016-2019 роках. У 2019-2020 роках в Бюро ВООЗ Павло консультував країни Східної Європи та Центральної Азії щодо впровадження ефективних трансформацій у фінансуванні охорони здоров'я.

Ірина Немирович — старша експертка зі стратегічного планування в сфері охорони здоров'я, досвід координації політик (включно з євроінтеграцією), міжнародної співпраці та проєктів міжнародної технічної допомоги.

Олена Сініцина — експертка з розробки національних політик з надання медичних послуг різним групам населення та фінансування системи, має досвід реалізації реформи фінансування охорони здоров'я на національному рівні.



ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ	4
ГЛОСАРІЙ	6
РЕЗЮМЕ	7
ВСТУП	10
1. КАБІНЕТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ	11
1.1. Міжнародний досвід протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу: найкращі практики Великої Британії, Бразилії, Естонії та Грузії	12
1.1.1 Огляд показників захворюваності у референтних країнах	13
1.1.2. Опис систем охорони здоров'я та громадського здоров'я референтних країн	16
1.1.3. Огляд урядових практик протидії ВІЛ у референтних країнах	23
1.1.4. Огляд урядових практик протидії ТБ у референтних країнах	33
1.1.5. Висновки та рекомендації огляду	40
1.2. Досвід України у сфері запобігання та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та залежностей в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я	45
1.2.1. Національне законодавство у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням	45
1.2.2. Національне законодавство в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я	50
1.2.3. Повноваження основних стейкхолдерів у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я	53
1.2.4. Поточний стан справ у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я	56
2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ	77
2.1. Головні узагальнені результати	77
2.2. Лікування туберкульозу	81
2.3. Лікування ВІЛ	83
2.4. Лікування вірусних гепатитів	85
2.5. Замісна підтримувальна терапія	87
2.6. Роль департаментів охорони здоров'я	89
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	95
ДОДАТКИ	101
Додаток 1 Рекомендації фахівців Центру громадського здоров'я	101



ПЕРЕЛІК СКОРОЧЕНЬ

- АРТ** — антиретровірусна терапія
- ВІЛ** — вірус імунодефіциту людини, що зумовлює захворювання на ВІЛ-інфекцію
- ВГ** — вірусні гепатити
- ДОЗ** — Департамент охорони здоров'я
- ЕСОЗ** — електронна система охорони здоров'я
- ЄС** — Європейський Союз
- ЗОЗ** — заклад охорони здоров'я
- ЗПТ** — замісна підтримувальна терапія
- КПКВК** — код Типової програмної класифікації видатків та кредитування
- ЛЖВ** — люди, які живуть з ВІЛ
- МІС** — медична інформаційна система
- МОЗ** — Міністерство охорони здоров'я України
- МР/ХР-ТБ** — мультирезистентний / хіміорезистентний туберкульоз
- НКМ** — національний координаційний механізм
- НСЗУ** — Національна служба здоров'я України
- НУО** — неурядова організація
- НЦКЗ** — Національний центр контролю захворювань та громадського здоров'я
- ОГС** — організація громадянського суспільства
- ОЕСР** — Організація економічного співробітництва та розвитку
- ПМСД** — первинна медико-санітарна допомога
- ПУОМД** — Програма універсального охоплення медичною допомогою
- ТБ** — туберкульоз
- ЦГЗ** — ДУ «Центр громадського здоров'я» МОЗ України
- ЦСР** — Цілі сталого розвитку
- ВАНН** — Британська асоціація сексуального здоров'я та ВІЛ
- ВНІВА** — Британська асоціація з ВІЛ
- ВІС** — Британське інфекційне товариство
- ССГС** — Групи замовлення клінічних послуг
- СРР** — План впровадження програми відшкодування витрат NHS для іноземців та мігрантів
- ЕНІФ** — Національний медичний страховий фонд Естонії
- ГФ** — Глобальний фонд



- ICB** — Рада інтегрованої допомоги
- ICP** — Партнерство інтегрованої допомоги
- ICSS** — системи інтегрованої допомоги
- JBC** — Об'єднаний центр біозахисту
- MSF** — Лікарі без кордонів
- NHB** — Національне управління охорони здоров'я
- NHSE** — Національна служба здоров'я Англії
- NICE** — Національний інститут здоров'я і досконалості допомоги
- NSP** — програма обміну голоч і шприців
- OOP** — виплати з кишень пацієнтів
- PEPFAR** — Надзвичайний план Президента Сполучених Штатів Америки щодо допомоги у зв'язку зі СНІДом
- PHE** — Центр громадського здоров'я Англії
- PREP** — доконтактна профілактика
- SHS** — служба сексуального здоров'я
- UKHSA** — Агенція з безпеки здоров'я Великої Британії
- UNAIDS** — Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД



ГЛОСАРІЙ

Анкетування — процес опитування за допомогою анкети, яка у свій час структурно організована набором запитань, кожне з яких логічно пов'язане з основною метою дослідження, отримання інформації відбувається шляхом опитування респондентів.

Вторинна медична допомога/спеціалізована — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах лікарями відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики — сімейних лікарів) у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування, реабілітації та профілактики хвороб, травм, отруєнь, патологічних і фізіологічних (під час вагітності та пологів) станів; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Гепатит — загальна назва гострих та хронічних дифузних запальних захворювань печінки різної етіології

Глибинне інтерв'ю — вид інтерв'ю, якісний метод соціологічних та маркетингових досліджень. Особливістю глибинних інтерв'ю є їх тривалість, детальність, не стандартизованість, врахування невербальних сигналів таких як інтонації, жести, пози, підвищена увага до особистості респондента.

Експертне опитування — різновид соціологічного опитування, в ході якого респондентами виступає особливий тип людей — експерти. Це компетентні особи, які мають глибокі знання про предмет або об'єкт дослідження.

Капітаційна ставка — розмір оплати за медичне обслуговування одного пацієнта незалежно від кількості фактичних звернень пацієнта за медичною допомогою протягом визначеного періоду.

Пакет медичних послуг — перелік медичних послуг та лікарських засобів, необхідних для надання таких послуг, у межах певного виду медичної допомоги, до яких встановлюються єдині специфікації, умови закупівлі, тип тарифу та базова ставка, оплату надання яких здійснює НСЗУ згідно з договором.

Первинна медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) пацієнта лікарем загальної практики — сімейним лікарем і передбачає надання консультації, проведення діагностики та лікування найбільш поширених хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, здійснення профілактичних заходів; направлення відповідно до медичних показань пацієнта, який не потребує екстреної медичної допомоги, для надання йому вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги; надання невідкладної медичної допомоги в разі гострого розладу фізичного чи психічного здоров'я пацієнта, який не потребує екстреної, вторинної (спеціалізованої) або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Програма державних гарантій медичного обслуговування населення (програма медичних гарантій) — програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує коштом Державного бюджету України згідно з тарифом, для профілактики, діагностики, лікування та реабілітації у зв'язку з хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами.

Третинна (високоспеціалізована) медична допомога — медична допомога, що надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому порядку або в екстрених випадках і передбачає надання консультації, проведення діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних станів, ведення фізіологічних станів (під час вагітності та пологів) із застосуванням високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності; направлення пацієнта відповідно до медичних показань для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги з іншої спеціалізації.

Туберкульоз — соціально небезпечна інфекційна хвороба, що викликається мікробактеріями туберкульозу.

Фтизіопульмонологічний центр — центр надання та координації протитуберкульозної медичної допомоги населенню, реорганізовано шляхом приєднання протитуберкульозних лікарень і диспансерів до єдиного центру на область.



РЕЗЮМЕ

Запровадження структурної реформи охорони здоров'я у 2018 році для первинної ланки та у 2020 році для спеціалізованої допомоги співпало у часі з масштабною реформою децентралізації, яка розпочалася у 2015 році. Обидві реформи справили істотний вплив на медичні заклади по всій країні, змінили звичні моделі фінансування, управління, врядування, організацію роботи всередині закладів та між ними.

Медична реформа докорінно змінила механізми фінансування, запровадивши оплату за надані послуги на заміну кошторисним виплатам. Новий державний страховик - Національна служба здоров'я - структурував медичну допомогу у 35 пакетів медичних послуг (2021), встановивши відповідні тарифи та вимоги до послуг.

Частина закладів одразу опинилася у вигазі від цієї зміни, для інших це поставило серйозні виклики щодо відповідності вимогам НСЗУ, ефективності організації роботи та можливості генерувати достатньо коштів, щоб підтримувати свою діяльність як раніше.

Медичні заклади були реорганізовані на комунальні некомерційні підприємства. Вони отримали управлінську та фінансову автономію, а з нею - відповідальність за свою господарську діяльність та організацію допомоги пацієнтам. Частина медичних керівників вітала такі зміни, інша - продовжує триматися за старі практики та нормативи через непідготовленість, невпевненість чи брак управлінських компетенцій.

Традиційні управлінські «вертикалі» були зруйновані: МОЗ та місцеві департаменти охорони здоров'я (ДОЗ) більше не регулюють безпосередньо операційні питання роботи закладів. На їхнє місце прийшли Національна служба здоров'я та її регіональні підрозділи, та місцеві органи влади, які дедалі більше освоюють роль власників своєї медичної інфраструктури. Водночас утворився певний вакуум авторитету на місцях через зміну ролі ДОЗ та «вертикальних» служб.

Електронна система охорони здоров'я змінила звичні способи роботи з пацієнтами та інформацією. Для багатьох медичних працівників стало викликом освоїти роботу з нею.

Роль первинної допомоги, яка увійшла у зміни на два роки раніше, збільшилася або, принаймні, стала помітною. Спершу це викликало напруження між нею та вторинною ланкою, яке з часом переросло у дискусію про пошук місця первинки в усталених маршрутах лікування. Первинна допомога ще далека від провідної ролі у лікуванні ВІЛ, ТБ, ВГ та залежностей, але принаймні, її уже неможливо ігнорувати.

Такі масштабні перетворення у звичних моделях роботи, які відбулися за відносно короткий період (три роки для первинної допомоги, один рік для спеціалізованої допомоги) не могли не створити стресу для системи.

У довготривалому періоді ці зміни розраховані на значне покращення роботи закладів та якості послуг. Проте на короткій часовій дистанції перетворення могли призвести як до позитивних зрушень, та і до порушень звичних способів роботи для медиків або отримання допомоги - для пацієнтів. Важливо також врахувати, що зміни наклалися на попередні структурні проблеми та прогалини у наданні допомоги.

Враховуючи фундаментальні зміни в системі охорони здоров'я протягом останніх років, Центр громадського здоров'я виступив з ініціативою провести кабінетне та соціологічне дослідження, яке допомогло б виявити позитивні та негативні ефекти від реформи у сферах надання медичних послуг людям з ВІЛ, ТБ, вірусними гепатитами та залежностями.

Загальною метою дослідження є оцінка фіскального, адміністративного та політичного впливу реформи на доступ до медичних послуг людям з ВІЛ, ТБ, вірусними гепатитами та залежностями та створення на



основі його результатів практичних рекомендацій для Центру громадського здоров'я та Міністерства охорони здоров'я.

Дослідження містить кабінетний аналіз поточного стану медичних послуг та аналіз національного законодавства в розрізі реформи фінансування системи, соціологічне дослідження, яке було проведено у два етапи (глибинні інтерв'ю та онлайн-опитування), а також вивчення досвіду у сфері запобігання та протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу в розрізі реформування систем охорони здоров'я Великої Британії, Бразилії, Естонії та Грузії.

Для реалізації поставленої мети у дослідженні вирішувалися наступні завдання:

1. Оцінити досвід закладів, що надають медичні послуги людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями в процесі контракування з НСЗУ та виконання вимог ПМГ.
2. Оцінити зміни у фінансуванні на національному / регіональному / районному рівні.
3. Дослідити роль регіонального управління після переходу на нове фінансування.
4. Оцінити зміни в операційних процесах цільових закладів (постачання та зберігання лікарських засобів, звітування в медичних інформаційних системах, регіональна координаційна функція тощо).
5. Оцінити зміни у маршруті пацієнта в рамках отримання медичних послуг людям з ВІЛ, ТБ, гепатитами, залежностями в межах ПМГ.
6. Дослідити особливості взаємодії закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги людям з ВІЛ, ТБ, гепатитами, залежностями з лікарями первинної ланки після переходу на фінансування в межах ПМГ.
7. Дослідити вплив COVID-19 на доступ до медичних послуг людям з ВІЛ, ТБ, гепатитами, залежностями.

Були використані такі методи збору даних:

- кабінетний аналіз поточного стану медичних послуг, національного законодавства, пакетів Програми медичних гарантій, поточних регіональних програм, грантів та проєктів (програм) міжнародної технічної допомоги, міжнародної практики ефективних політичних інтервенцій;
- соціологічне дослідження у два етапи, з поєднанням якісних та кількісних методів збору даних.

Соціологічне дослідження проводилося протягом травня-жовтня 2021 року в таких регіонах: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Херсонська та Черкаська області. Було обрано 10 цільових областей серед тих, які мають найвищі показники захворюваності ВІЛ/ТБ та за приналежністю до всіх частин України.

На першому етапі було проведено 50 глибинних інтерв'ю з представниками закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями та представниками обласних департаментів / управлінь охорони здоров'я.

Основні критерії включення у дослідження:

- досвід роботи на керівних посадах в закладах, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями;
- наявні укладені договори про медичне обслуговування з Національною службою здоров'я України в рамках лікування ВІЛ, туберкульозу, вірусних гепатитів, залежностей;



- досвід роботи з адміністративною та фіскальною складовими в медичному закладі після переходу на нове фінансування в рамках Програми медичних гарантій.

На другому етапі шляхом онлайн-анкетування було проведено кількісне дослідження серед представників закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями, а саме лікарями первинної ланки, лікарями з надання вторинної та третинної медичної допомоги, керівниками кабінетів довіри та сайтів. Всього було заповнено 388 анкет, серед них:

- лікування туберкульозу — 79 респондентів;
- лікування ВІЛ-інфекції/СНІДу — 142 респонденти;
- лікування вірусних гепатитів — 113 респондентів;
- лікування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання опіоїдів — 54 респонденти.



ВСТУП

Епідемії ВІЛ, туберкульозу та вірусних гепатитів залишаються загрозою для громадського здоров'я в Україні¹. Охоплення ефективним лікуванням ТБ за останні роки збільшилось, а в рамках національного каскаду лікування ВІЛ-інфекції досягнуто очевидних покращень у діагностиці та лікуванні. Проте, показники передачі ВІЛ та мультирезистентного туберкульозу (ТБ) в Україні продовжують бути одними з найвищих в Європейському регіоні ВООЗ². На показники здоров'я зокрема суттєво впливають несприятливі умови, які створюють військові дії на сході країни (зокрема, обмежений доступ до медичних послуг людей, які проживають в районах, які постраждали від воєнного конфлікту), неефективна робота пенітенціарної системи охорони здоров'я, пандемія COVID-19 тощо.

Протидія захворюванням, які спричиняють найбільший негативний соціально-демографічний та економічний вплив, є ключовим пріоритетом державної політики у сфері охорони здоров'я та соціального розвитку³. Так, в межах виконання Цілей сталого розвитку ООН Україна взяла на себе зобов'язання подолати до 2030 року епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та інших інфекційних захворювань⁴. Бо саме ці захворювання є основним тягарем і продовжують створювати навантаження на систему охорони здоров'я. Також Україна зобов'язалась покращити профілактику та лікування залежностей від психоактивних речовин, у тому числі зловживання наркотичними засобами й алкоголем.

Амбітний план з подолання епідемії до 2030 року вимагає чималих зусиль з боку держави як в частині фінансування, так і в частині організації профілактики, контролю та лікування інфекційних захворювань. У 2019 році Уряд країни схвалив Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року⁵, а також Державну стратегію розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню⁶. Ці стратегії мають на меті перехід до інтегрованої моделі організації надання послуг, де в центрі системи є пацієнт, великі зусилля спрямовуються на профілактичні програми для ключових груп населення, й одночасно розширюється доступ до лікування. Також увага приділена консолідації зусиль держави, приватного та неурядового секторів, міжнародних партнерів.

Паралельно з розробкою та імплементацією стратегій в країні розпочалась наймасштабніша за часів незалежності України трансформація системи охорони здоров'я, а саме — реформа фінансування. У квітні 2018 року було створено єдиного національного замовника медичних послуг — Національну службу здоров'я України (НСЗУ), а заклади охорони здоров'я отримали можливість змінити принцип управління та стати автономними. В тому ж році розпочалась реформа на рівні первинної медичної допомоги: автономізовані заклади цього рівня (як державні, так і приватні) уклали договір з НСЗУ, а люди отримали право вільного вибору лікаря. В 2019 році НСЗУ почала адмініструвати реімбурсацію (відшкодування вартості) лікарських засобів за електронним рецептом. А з квітня 2020 року почала діяти програма медичних гарантій (ПМГ), розпочавши таким чином реформу спеціалізованої медичної допомоги.

¹ Health Systems in Action: Ukraine, WHO 2021 <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine>

² Звіт «На шляху до здоровішої України: Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020», WHO 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf>

³ Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року, Розпорядження КМУ від 27 листопада 2019 р. № 1415-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>

⁴ Цілі Сталого Розвитку, Ціль 3, офіційний сайт ПРООН в Україні <https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>

⁵ Розпорядження КМУ «Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» від 27 листопада 2019 р. № 1415-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>

⁶ Розпорядження КМУ «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» від 27 листопада 2019 р. № 1414-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>



Зміна підходів до організації надання допомоги згідно зі стратегіями, зміна підходів фінансування закладів охорони здоров'я, надання їм автономії та запровадження принципу «гроші ходять за пацієнтом» суттєво вплинули на провайдерів, що надають послуги людям з інфекційними захворюваннями. Але варто зазначити, що вплив має не тільки реформа фінансування, але й зобов'язання, які взяла на себе Україна перед Глобальним фондом. Так, відповідно до Плану переходу послуг, що підтримувалися в рамках програми Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (План 20-50-80), Україна має поступово збільшувати державне фінансування програм з ВІЛ і ТБ. Для надавачів, які звикли функціонувати користуючись міжнародною підтримкою, такий перехід паралельно з реформою і новими правилами роботи є переважно напруженим.

Оскільки програма медичних гарантій працює менше ніж два роки (а на період проведення дослідження — трохи більше як рік), ще рано говорити про її вплив на показники здоров'я в країні та про відчутні зміни в якості надання послуг пацієнтам. Проте трансформація системи вже вплинула як на маршрути пацієнтів, так і на поведінку провайдерів. Тому метою цього дослідження була первинна оцінка фіскального, адміністративного та політичного впливу реформи на доступ до медичних послуг людям з ВІЛ, ТБ, вірусними гепатитами та залежностями. Послідовний збір даних допоможе виявити нові тенденції і прогалини в моделі організації системи і дасть можливість Уряду вчасно та обґрунтовано коригувати свої подальші плани, використовувати дані для розробки стратегічних документів, збільшувати ефективність використання бюджетних коштів, наближувати послуги до пацієнта та отримати прогрес у виконанні Цілей сталого розвитку ООН.

1. КАБІНЕТНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

У цьому розділі зроблений аналіз міжнародного досвіду протидії ВІЛ/СНІД та туберкульозу, зокрема в Великій Британії, Бразилії, Естонії та Грузії. Також зроблений загальний огляд досвіду України в сфері запобігання та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів та залежностей, зокрема огляд національного законодавства у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням та огляд національного законодавства в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я, огляд повноважень основних стейкхолдерів у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням та аналіз поточного стану справ у сфері. Проаналізовані проекти міжнародної технічної допомоги та гранти у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням та регіональні програми з охорони здоров'я.

Ключові висновки кабінетного дослідження наступні:

- У розрізі огляду міжнародного досвіду протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу референтних країн спостерігається паралельний фокус на заходи національного рівня та реагування на потреби громади через програми та ініціативи на локальному рівні серед країн із розвиненими системами охорони здоров'я. Також таким країнам притаманне фінансування послуг охорони здоров'я та громадського здоров'я з власних джерел. В свою чергу, країни із менш розвинутими або перехідними моделями охорони здоров'я в протидії зазначених захворювань більш залежні від програм та ініціатив міжнародних та неурядових організацій. Більш детальні висновки та рекомендації описані в огляді.
- Україна продовжує впроваджувати доказові методи лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів та залежностей відповідно до міжнародних підходів для підвищення показників ефективності та якості лікування.
- Після запровадження реформи змінилися повноваження основних стейкхолдерів у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням — МОЗ України, НСЗУ, ЦГЗ, державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування. Наразі кошти з Державного бюджету виділяються щороку НСЗУ централізовано для оплати закладам охорони здоров'я за фактично надані медичні послуги на підставі договору про медичне обслуговування, який укладається між НСЗУ та надавачем медичних послуг.



- У зв'язку зі зміною підходу до фінансування системи охорони здоров'я комунальні та державні заклади охорони здоров'я здійснили реорганізацію та втратили статус бюджетних установ, що звужило повноваження місцевих державних адміністрацій у сфері охорони здоров'я.
- Органи місцевої влади мають право фінансувати свої заклади з місцевих бюджетів, а також допомагати залучати додаткові кошти, зокрема, кошти міжнародної технічної допомоги або ж кошти благодійних та інших організацій.
- В межах надання медичних послуг людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежно-стями в 2020 році в рамках Програми медичних гарантій було запроваджено три пакети медичних послуг. У 2021 році їх кількість збільшилася до чотирьох. Також збільшилися обсяг послуг та розміри тарифів за усіма пакетами. Пацієнти з вірусними гепатитами отримують медичну допомогу в загальному порядку.
- Одне із завдань впровадження пакетів для лікування цільових захворювань — зменшення тривалості перебування пацієнтів в стаціонарі та розвиток амбулаторного рівня надання медичної допомоги. Поряд з цим, на первинній ланці доступне тестування на ВІЛ та вірусні гепатити, що може позитивно впливати на раннє виявлення захворювань.
- Через карантинні обмеження та перепрофілювання частини медичних закладів для надання медичної допомоги хворим на COVID-19 з початку пандемії спостерігається зниження доступу до медичних послуг людям з цільовими захворюваннями.

1.1. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ ТА ТУБЕРКУЛЬОЗУ: НАЙКРАЩІ ПРАКТИКИ ВЕЛИКОЇ БРИТАНІЇ, БРАЗИЛІЇ, ЕСТОНІЇ ТА ГРУЗІЇ

У цьому розділі представлені результати огляду міжнародного досвіду протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу у розрізі організації систем охорони здоров'я та громадського здоров'я, а також найкращих практик урядів референтних країн.

Визначені країни мають різний рівень економічного розвитку, розвитку систем охорони здоров'я та моделей фінансування послуг, спрямованих на протидію ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу. Кожна з країн приділяє увагу питанням громадського здоров'я на національному рівні через профільні агенції чи інші урядові установи.

У країнах із розвиненими системами охорони здоров'я заходи національного рівня доповнюються гнучкістю у реагуванні на потреби громади через програми та ініціативи на локальних рівнях. Такі країни у фінансуванні послуг охорони здоров'я та громадського здоров'я розраховують на власні джерела фінансування. Пандемія COVID-19 спонукала розвинені країни до пошуку нових моделей роботи систем охорони здоров'я та громадського здоров'я через зміну законодавства та перерозподіл відповідальності між урядовими установами.

У країнах із менш розвиненими або перехідними моделями охорони здоров'я, фінансування заходів протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу великою мірою покладається на міжнародні та неурядові організації, що працюють у партнерстві з урядами цих країн. Заходи та програми у таких країнах є більш гнучкими, урядові установи часто вдаються до запровадження короткострокових програм, пілотування окремих регіональних ініціатив із подальшим розгортанням успішних інтервенцій на національному рівні.



1.1.1. Огляд показників захворюваності у референтних країнах

Глобально ВІЛ та туберкульоз продовжують бути однією з основних загроз для життя та здоров'я людей. Станом на кінець 2020 року було зафіксовано близько 10 млн нових випадків захворювання на туберкульоз⁷. Приблизно 37,7 млн людей мають ВІЛ-інфекцію⁸.

У 2014 році UNAIDS (Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй по ВІЛ/СНІД) анонсувала амбітну стратегію 95-95-95, основна мета якої — зупинити епідемію ВІЛ у світі до 2030 року⁹. Відповідно до цієї стратегії, було розроблено глобальні цілі Fast Track до 2020 року, за якими 90% людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), знають про свій позитивний ВІЛ-статус, отримують антиретровірусну терапію (АРТ) та з допомогою терапії досягають невизначений рівень вірусного навантаження у крові, тому не передають вірус (90-90-90). Також ціллю проєкту до 2020 року було зменшити кількість вперше виявлених випадків до 500 тисяч. У 2030 році світовими зусиллями необхідно досягти виконання 95% вказаних індикаторів та зменшити кількість виявлених випадків до 200 тисяч.

З країн, обраних для аналізу (Велика Британія, Бразилія, Естонія та Україна) лише Велика Британія вже у 2019 році змогла виконати цілі Fast Track 2020. Так, за даними Public Health England¹⁰ 94% людей, що живуть з ВІЛ, знали про свій діагноз, 98% з них — отримували АРТ та 97% досягли супресії вірусу. Водночас Велика Британія досягла найнижчого показника виявлення нових випадків серед усіх вікових груп — 0,06 на 1 000 людей.

У Бразилії у 2020 році налічувалося близько 930 000 людей, що живуть з ВІЛ¹¹. Водночас дані про відсоток тих, хто знає свій статус недоступні. 650 000 людей з ВІЛ отримували АРТ (70%), 620 000 досягли невизначеного рівня вірусу в крові (66%). Показник виявлення нових випадків серед усіх вікових груп складає 0,23 на 1 000 осіб.

За даними UNAIDS, в Естонії близько 7 100 осіб, які мають ВІЛ, 4 700 з них — отримують АРТ (66%)¹². Відомості про кількість ЛЖВ, які досягли вірусної супресії, відсутні для оцінки. Водночас показник виявлення нових випадків серед усіх вікових груп в Естонії менший, ніж у Бразилії, та складає 0,16 на 1 000 осіб.

Україна демонструє найнижчі показники за індикаторами досягнення цілей серед обраних для аналізу країн. Зокрема, оціночна кількість ЛЖВ в Україні у 2020 році становить 260 тисяч. Лише 180 тисяч з них знають про свій статус (69%). АРТ отримували приблизно 140 000 (57%), а 53% — досягли невизначеного рівня вірусу в крові¹³. За показником виявлення нових випадків ВІЛ-інфекції серед усіх вікових груп Україна має дещо кращі результати, ніж у Бразилії — 0,21 на 1 000 осіб.

⁷ Туберкульоз, ВООЗ, 14 жовтня 2021 р. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>

⁸ ВІЛ/СНІД, ВООЗ, 30 листопада 2021 р. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

⁹ UNAIDS Reference. Understanding Fast-Track. Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf

¹⁰ Trends in HIV testing, new diagnoses and people receiving HIV-related care in the United Kingdom: data to the end of December 2019, Health Protection Report, Volume 14 Number 20, 3 November 2020

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/959330/hpr2020_hiv19.pdf

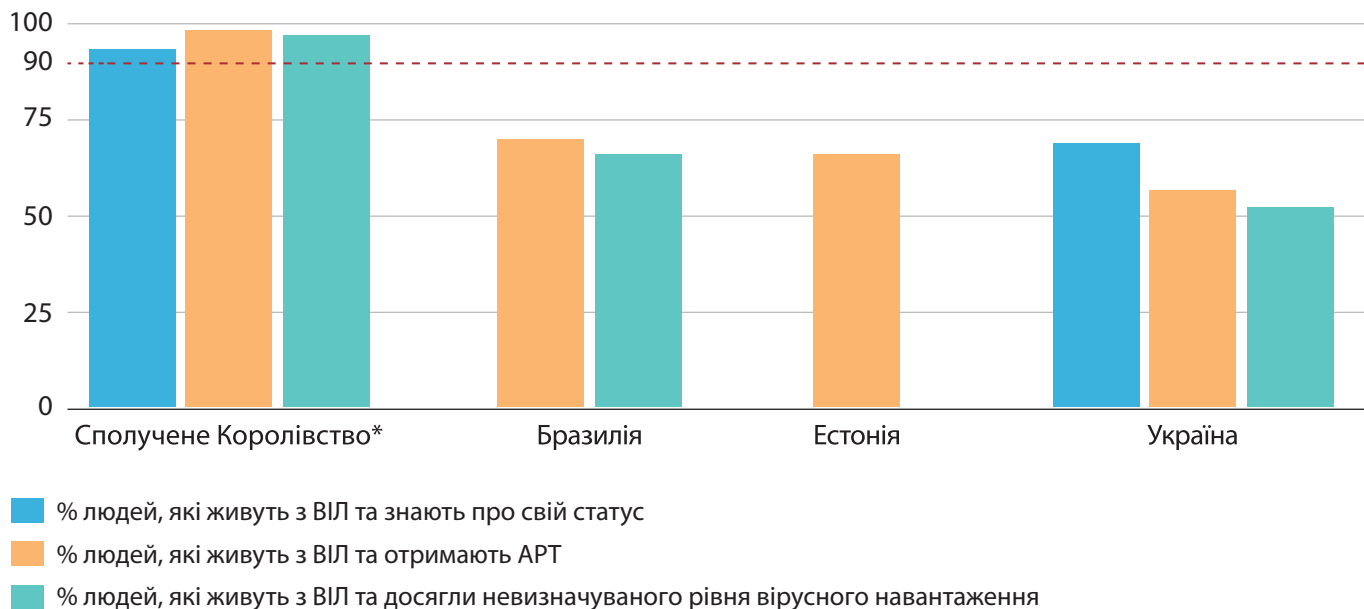
¹¹ Профіль країни щодо ВІЛ/СНІД, Бразилія, 2020 р., UNAIDS <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/brazil>

¹² Профіль країни щодо ВІЛ/СНІД, Естонія, 2020 р., UNAIDS <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/estonia>

¹³ Профіль країни щодо ВІЛ/СНІД, Україна, 2020 р., UNAIDS <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>



Графік 1.1. Показники досягнення глобальної цілі Fast Track у 2020 році



* останні дані за 2019 рік

Дані UNAIDS, Public Health England

Таблиця 1.1. Нові випадки та лікування осіб, які живуть з ВІЛ у 2020 році, UNAIDS (*для Великої Британії дані за 2019 рік, Public Health England)

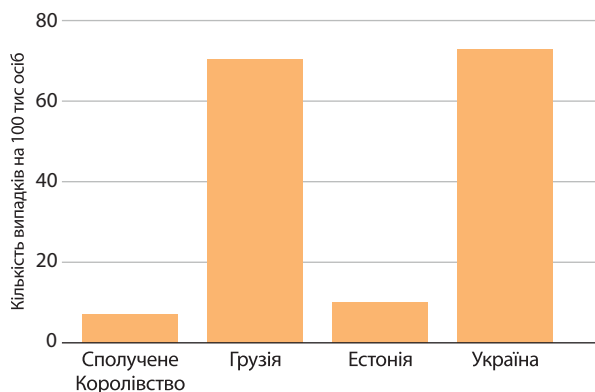
Країна	Населення, тис осіб (2020)	% осіб, які живуть з ВІЛ і знають про свій статус	% людей, які живуть з ВІЛ і отримують АРТ	% осіб, які живуть з ВІЛ та мають невизначений рівень вірусного навантаження	Нові випадки на 1000 осіб (усі вікові групи)
Велика Британія	67215,3	94	98	97	0,06
Бразилія	212559,4	-	70	66	0,23
Естонія	1331,1	-	66	-	0,16
Україна	44134,7	69	57	53	0,21

З початку 2020 року політична увага Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) перемістилася на пандемію COVID-19. Наслідком цього стало зменшення зусиль щодо протидії ТБ у Європейському регіоні. Відповідно відбулося скорочення звітності щодо даних про туберкульоз, зростання смертності та підвищення стійкості до протимікробних препаратів. Це стало перепорою для досягнення Цілей сталого розвитку 3 (ЦСР 3) щодо ліквідації епідемій туберкульозу до 2030 року.

За даними ВООЗ, у 2020 році кількість нових випадків захворювання на туберкульоз в Україні складала 73 на 100 тис. населення, у Грузії — 70, тоді як Естонія та Велика Британія демонстрували низькі показники нових інфікувань — 10 та 6,9 відповідно. Загальна кількість рецидивів після пройденого лікування (легенева форма туберкульозу, клінічно діагностована) була також найвищою в Україні — 643 випадки. У Грузії цей показник становив лише 11 випадків, у той час, як в Естонії рецидивів після лікування у 2020 році не спостерігалось.

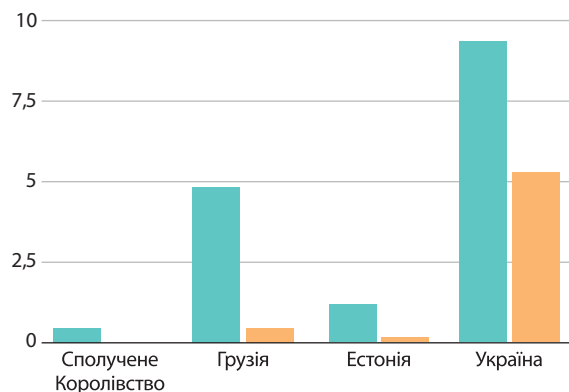


Графік 1.2. Нові випадки інфікування туберкульозом в 2020 році



Дані WHO

Графік 1.3. Показники смертності від туберкульозу в 2020 році



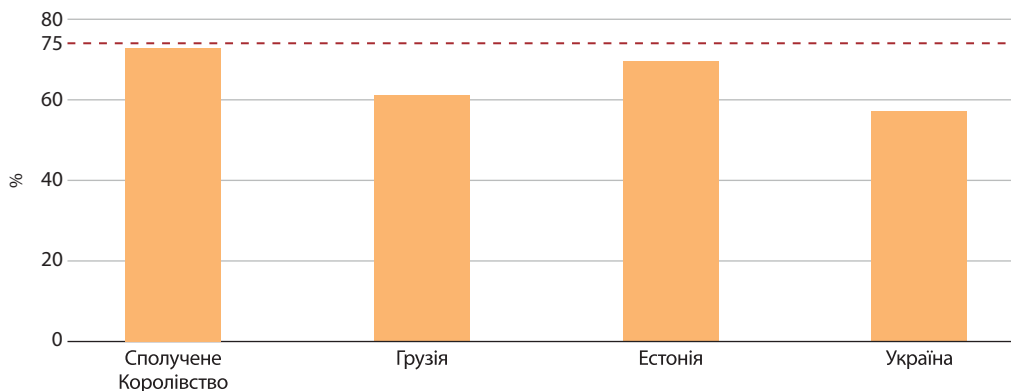
■ Смертність від ТБ серед ВІЛ-негативних осіб на 100 тис осіб
■ Смертність від ТБ серед ВІЛ-позитивних осіб на 100 тис осіб

Дані WHO

Показники смертності від туберкульозу можна розділити на дві категорії: ті, які були зафіксовані у ВІЛ-позитивних осіб та ті, у яких ВІЛ не було. Динаміка цього показника схожа до попереднього. Так, у Великій Британії смертність серед ВІЛ-негативних становила 0,46 на 100 тис. осіб та 0,04 — для ВІЛ-інфікованих, в Естонії — 1,2 та 0,18 відповідно. Показники смертності у Грузії наступні: 4,8 на 100 тис. осіб серед ВІЛ-негативних та 0,43 — серед ВІЛ-позитивних хворих на ТБ. В Україні цифри смертності найбільші серед країн, які були проаналізовані: 9,4 на 100 тис. осіб серед ВІЛ-негативних та 5,3 — серед ВІЛ-позитивних.

Показники смертності та рецидивів після лікування напряму залежать від ефективності проведеного лікування. Так, у 2017 році за даними ВООЗ, найвища ефективність лікування ТБ спостерігалася у Великій Британії — 72,1% та Естонії — 69,6% від тих, хто отримував лікування, одужали. У Грузії цей показник був дещо менший — 61,3% від тих, хто отримував лікування, одужали. Водночас в Україні трохи більш ніж половина пацієнтів з діагностованим туберкульозом могли сподіватися на одужання — ефективність лікування складала лише 57%.

Графік 1.4. Ефективність лікування туберкульозу у 2017 році



Дані WHO



○ Таблиця 1.2. Епідеміологічні показники захворюваності, смертності та ефективності лікування хворих на туберкульоз (ВООЗ, 2017, 2020)

Країна	Населення, тис осіб (2020)	Нові випадки ТБ на 100 тис. осіб (2020)	Випадки рецидивів: легенева форма, клінічно діагностована, (2020)	Смертність від ТБ серед ВІЛ- негативних осіб на 100 тис. осіб (2020)	Смертність від ТБ серед ВІЛ- позитивних осіб на 100 тис. (2020)	Ефективність лікування(%), 2017
Велика Британія	67215,3	6,9	-	0,46	0,04	72,1
Грузія	3714	70	11	4,8	0,43	61,3
Естонія	1331,1	10	0	1,2	0,18	69,6
Україна	44134,7	73	643	9,4	5,3	57

1.1.2. Опис систем охорони здоров'я та громадського здоров'я референтних країн

Велика Британія

У 2013 році відповідальність за безпеку охорони здоров'я та поліпшення показників здоров'я на національному рівні було об'єднано в рамках одного органу — Центру громадського здоров'я Англії (Public Health England, PHE).

Пандемія COVID-19 підсвітила недоліки наявної системи громадського здоров'я та підштовхнула уряд Великої Британії до втілення суттєвих змін у дизайні всієї системи охорони здоров'я. У 2020-2021 роках відбулися підготовчі заходи для майбутніх змін, що запрацюють сповна вже у 2022-2023 роках. Основним фокусом змін став розподіл відповідальності за безпеку здоров'я та покращення здоров'я між різними інституціями на національному рівні, та подальші зміни на локальних рівнях.

1 жовтня 2021 року розпочала роботу Агенція з безпеки здоров'я Великої Британії (UK Health Security Agency, UKHSA). Новостворена Агенція є виконавчим органом урядового Департаменту охорони здоров'я та соціальної допомоги та відповідає за планування, запобігання та реагування на зовнішні загрози здоров'ю, а також забезпечення інтелектуального, наукового та оперативного управління захистом здоров'я на національному, місцевому та міжнародному рівнях. У своїй діяльності Агенція спирається на попередні здобутки та інфраструктуру PHE, NHS Test and Trace та Об'єднаного центру біозахисту (Joint Biosecurity Centre, JBC).

Рівнозначну увагу вирішено приділити питанням поліпшення здоров'я. COVID-19 виявив багато вразливих місць у здоров'ї населення Великої Британії — від ожиріння до психічних розладів. Тому покращення здоров'я вирішено відділити на національному рівні та доручити новоствореному Офісу промоції здоров'я (Office for Health Promotion) із підпорядкуванням його Департаменту охорони здоров'я та соціальної допомоги.

Додаткову відповідальність отримає і Національна служба здоров'я Англії (National Health Service England, NHSE). Частина її активностей буде сфокусовано на превенції та здоров'ї населення. Водночас важливий функціонал національних реєстрів хвороб буде переміщено в NHS Digital.

Щоб забезпечити чітку відповідальність NHS за імплементацію національних програм з імунізації, скринінгу та інших національних програм охорони здоров'я, уряд запропонував співробітникам PHE, які працювали при NHSE&I, стати штатними співробітниками цієї організації та частиною ширшої регіональної та місцевої системи охорони здоров'я.



На час підготовки цього аналітичного звіту в парламенті Великої Британії розглядається урядовий законопроект «Health and Care Bill», котрий повинен фіналізувати зміни у системі охорони здоров'я та ролі усіх стейкхолдерів у цій системі. Метою законопроекту є створення законодавчої бази, яка підтримуватиме співпрацю між усіма агенціями системи, а не конкуренцію. Багато його пропозицій ґрунтуються на рекомендаціях NHS, зафіксованих у Довгостроковому плані NHS (NHS Long Term Plan). Цей законопроект також описує оновлені повноваження Держсекретаря щодо системи охорони здоров'я, а також — цільові зміни у сфері громадського здоров'я та соціального обслуговування. Законопроект обговорюють у Парламенті з осені 2021 року та впродовж зими 2022 року. Його ухвалення очікується на початку весни 2022 року, що дозволить запланованим змінам набутти чинності у квітні 2022 року.

Важлива частина змін відбудеться на локальних рівнях охорони здоров'я, зокрема — на рівні Систем інтегрованої допомоги (Integrated care systems, ICSs)¹⁴. До складу цих систем належать надавачі послуг та замовники послуг (регіональні підрозділи NHS) за територіальним принципом, а також відповідні місцеві органи влади та інші локальні партнери. Вони працюють над спільним плануванням послуг охорони здоров'я, що надаються відповідно до потреб громади. Законопроект вводить формат двокомпонентних ICS. Вони складатимуться з Ради інтегрованої допомоги (Integrated Care Board, ICB), відповідальної за стратегічне планування та рішення щодо розподілу коштів NHS, і Партнерства з інтегрованої допомоги (Integrated Care Partnership, ICP), відповідального за об'єднання ширшого кола партнерів системи охорони здоров'я для розробки плану задоволення потреб місцевого населення у послугах охорони здоров'я та соціальної допомоги.

ICB відповідатимуть за функцію планування послуг, яка наразі виконується Групами замовлення клінічних послуг (Clinical Commissioning Groups, CCGs), а також за деякі інші функції, раніше підпорядковані NHSE. До складу ICB входить, як мінімум, Голова, Виконавчий директор та представники місцевих постачальників послуг для NHS, центрів первинної допомоги та місцевих органів влади. У процесі консультацій з місцевими партнерами системи охорони здоров'я, ICB розроблять п'ятирічний план надання послуг, що фінансуються NHS, будуть надаватися для задоволення місцевих потреб (він оновлюється щорічно). ICB відповідатимуть перед NHSE за операційні та фінансові результати надання послуг на місцях.

Партнерства з інтегрованої допомоги (ICP) працюватимуть разом з ICB як спільний орган, зосереджений на ширших послугах охорони здоров'я. До складу ICP входить представники усіх місцевих органів влади за географічним розташуванням та представники від ICB. До складу Партнерства також можуть увійти представники інших партнерів, наприклад: команди громадського здоров'я, житлово-комунальні служби та представники неурядових організацій. ICP відповідатимуть за розробку стратегії комплексної допомоги, яка визначатиме, як будуть задоволені потреби місцевого населення у послугах охорони здоров'я (базуючись на даних стратегічної оцінки потреб місцевої влади)¹⁵.

Разом ICB і ICP створюватимуть стратегічну рамку для системи¹⁶, визначаючи її пріоритети і, у випадку ICB, розподіляючи ресурси NHS для їхньої реалізації. Взаємодія цих двох органів матиме ключове значення для визначення повноважень в рамках ICS. Власне, цей взаємозв'язок визначатиме нове законодавство.

Одним із фокусів роботи ICS є те, що більша частина заходів з інтегрованої допомоги та поліпшення здоров'я плануватиметься та реалізовуватиметься у мікрорегіонах в межах ICS, які часто називають «місцевостями, мікрорайонами» (places) та «прилеглими околицями, кварталами» (neighbourhoods). На відміну від багатьох попередніх спроб реформування NHS, новий законопроект не намагається насаджувати зміни згори (top-down), натомість — визнає потребу місцевої дискреції та гнучкості.

¹⁴ Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighborhoods

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained#systems>

¹⁵ Joint Strategic Needs Assessment and joint health and wellbeing strategies explained.

<https://www.gov.uk/government/publications/joint-strategic-needs-assessment-and-joint-health-and-wellbeing-strategies-explained>

¹⁶ Integrated Care Systems: Guidance <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-systems-guidance/>



Естонія

Естонія є членом Європейського союзу з 2004 року та однією з найбагатших країн Балтійського регіону. Країна має розвинену систему охорони здоров'я, яка може належним чином обслуговувати 1,3 мільйона населення країни. Майже всі жителі Естонії охоплені медичним страхуванням. Найвищими є показники смертності від серцево-судинних та онкологічних захворювань, що характерно для країн із високим рівнем розвитку. Проте, кожен п'ятий естонець живе за межею бідності й особливо піддається ризику певних проблем зі здоров'ям, які поширені в країні¹⁷.

У Естонії відповідальним державним органом за реалізацію політики у сфері громадського здоров'я є Національний інститут розвитку охорони здоров'я, створений у 2003 році шляхом злиття трьох менших державних установ. Інститут є національним центром передового досвіду в галузі громадського здоров'я, відповідальним за прикладні дослідження та аналіз у сфері громадського здоров'я (включно із розробкою пропозицій державних політик, що стосуються управління та фінансування сфери), моніторинг та звітність сфери громадського здоров'я, координацію національних програм громадського здоров'я¹⁸.

У системі громадського здоров'я повноваження між різними гілками влади розподілені наступним чином:

- Урядовий рівень: Міністерство соціальних справ та Національний інститут розвитку охорони здоров'я.
- Районний / окружний рівень: окружні ради охорони здоров'я реалізують програми заходів громадського здоров'я. Окружна інспекція захисту здоров'я (County Health Protection Inspectorate) та Інспекція праці (Labour Inspectorate) беруть участь у реалізації програм громадського здоров'я. З 2001 року окружні лікарі не мають жодних обов'язків у сфері громадського здоров'я.
- Муніципальний рівень: з 2001 року муніципальні органи влади не несуть юридичної відповідальності за фінансування чи організацію медичної допомоги, але продовжують відігравати певну роль в управлінні лікарнями.

У 2017 році уряд Естонії розпочав кроки до розв'язання давньої проблеми фінансової стійкості системи охорони здоров'я, розширивши базу надходжень до національного страхового фонду.

Як країна з відносно низькими витратами на охорону здоров'я, Естонія переважно покладається на внески від заробітної плати населення, яке працює. Це прискорює потенційну нестабільність у фінансуванні внаслідок економічних криз та старіння населення. До старту реформи майже половина населення Естонії мала право на медичне страхування без фінансового внеску в систему. Прагнучи зменшити цю вразливість, Естонія поступово впроваджує державні трансферти від імені пенсіонерів. Однак довгострокова стійкість фінансування системи охорони здоров'я все ще не є у безпечній зоні, оскільки загальні витрати на охорону здоров'я у відсотках від ВВП суттєво не зростають¹⁹.

Аналізуючи розпочаті зміни можна побачити, що у 2018 році 99% відсотків видатків Національного медичного страхового фонду (Estonian Health Insurance Fund, EHIF) профінансовано коштом податків на оплату праці. У 2019 році відповідне співвідношення становило 90%. Попри ці поступові зміни,

¹⁷ Public health challenge: combating the top diseases in Estonia <https://borgenproject.org/top-diseases-in-estonia/>

¹⁸ Public health development in the Baltic countries (1992–2005): from problems to policy <https://academic.oup.com/eurpub/article/18/6/586/580153>

¹⁹ The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301381>



експерти прогнозують зростання річного дефіциту бюджету Національного медичного страхового фонду до 900 мільйонів євро протягом наступних 15 років, якщо Естонія буде дотримуватися нинішньої моделі фінансування охорони здоров'я²⁰.

Серед можливих змін моделі, які пропонують експерти, є відв'язування моделі фінансування охорони здоров'я від заробітних плат населення, яке працює, зростання частки, що фінансується державою або зростання внесків з кишені пацієнта.

Система медичного страхування, якою керує EHIF, охоплює близько 95% населення. Близько половини застрахованого населення — включно з дітьми, пенсіонерами та зареєстрованими безробітними — не сплачують внески, що свідчить про сильну солідарність у системі. EHIF також фінансує певні медичні послуги для незастрахованого населення, зокрема невідкладну допомогу, медичну допомогу та вакцинацію проти COVID-19, а з січня 2021 року — скринінг на рак. У 2019 році виплати з кишень пацієнтів (ООР) становили 23,9% витрат на охорону здоров'я в Естонії – значно вище середнього показника по ЄС (15,4% і більше з 20,3% у 2009 році)²¹.

Грузія

Система охорони здоров'я Грузії відійшла від системи Семашка, яка була успадкована після отримання незалежності. Зараз система дуже децентралізована і була широко приватизована в рамках реформ, запроваджених з 2007 по 2012 роки. Ці реформи характеризувались дерегуляцією та введенням ринкових механізмів. У цей період більшість державних витрат на охорону здоров'я направляється через приватні медичні страхові компанії, яким виплачуються кошти для забезпечення пільг для домогосподарств, які живуть за межею бідності. У 2010 році медичні страхові компанії претендували на те, щоб бути єдиними постачальниками медичних послуг для страхування сімей, що живуть за межею бідності в конкретному регіоні. В обмін для цього монопольного забезпечення на фіксований термін держава вимагала у страхових компаній інвестувати в оновлення лікарень та закладів первинної медичної допомоги у деяких регіонах. Це створило ряд вертикально інтегрованих комерційних покупців-постачальників на регіональному рівні²².

Інфраструктура та планування капіталу керуються принципами справедливості у наданні медичних послуг та забезпечення доступу до них, але планування в системі охорони здоров'я здійснюється набагато складніше через домінування приватних комерційних постачальників. Після широкої приватизації та децентралізації, більшість провайдерів незалежні від уряду з точки зору власності та управління. Вертикальна інтеграція фармацевтичних компаній, приватних страхових компаній і постачальників медичних послуг є незвичними в європейському контексті, адже всі ці компанії мають вплив на систему охорони здоров'я.

З 2013 року уряд Грузії намагається забезпечити універсальне покриття населення медичними послугами через чітко визначений гарантований пакет державних послуг, і зробив значний прогрес у цьому напрямку. З моменту здобуття незалежності, однією з ключових проблем, з якою стикається система охорони здоров'я, була відсутність політичної волі для визначення здоров'я населення пріоритетом для національного розвитку та збільшення фінансування галузі. Тому було впроваджено Програму універсального охоплення медичною допомогою (ПУОМД) майже всього населення, адже більшість жителів Грузії не мала такого медичного покриття до 2013 року. У цьому новому підході ринкові механізми та приватні страхові компанії відіграють менш помітну роль. Агентство соціальних послуг (АСП), яке проводить перевірку матеріального становища та доступ до соціальної допомоги

²⁰ Foresight Center predicts drastic increase in Health Insurance Fund deficit

<https://news.err.ee/1148927/foresight-center-predicts-dramatic-increase-in-health-insurance-fund-deficit>

²¹ Estonia: Country Health Profile 2021

https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/estonia-country-health-profile-2021_a6c1caa5-en?sessionid=GcW3V5EjAO0v50sGJ70yloC5.ip-10-240-5-10

²² Richardson E and Berdzuli N, «Health Systems in Transition» (2017) 19 Georgia Health system review

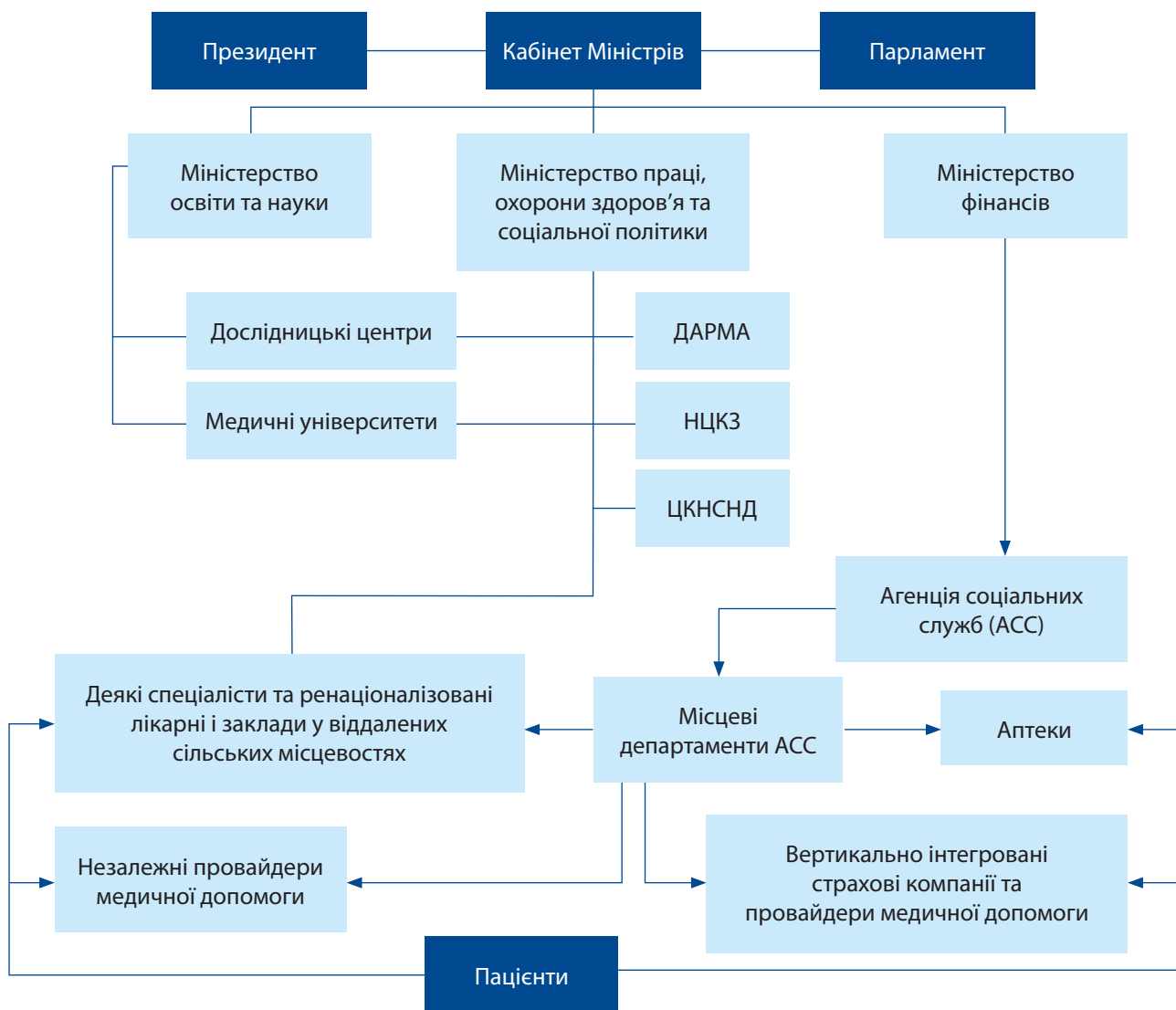
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330206/HiT-19-4-2017-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y>



програми, (наприклад, виплати по інвалідності), тепер є єдиним платником у сфері охорони здоров'я для різних рівнів фінансового державного покриття у рамках ПУОМД.

Домогосподарства з низьким рівнем доходу мають більше охоплення у рамках пакету послуг ПУОМД. Покращене покриття надається пенсіонерам, дітям віком 0–5 років та домогосподарствам, які проживають за межею бідності. Розширення охоплення населення медичними послугами стало можливим завдяки суттєвому збільшенню державного фінансування охорони здоров'я, хоч державні видатки на охорону здоров'я все ще залишаються низькими у порівнянні з більш розвиненими країнами. Збільшення рівня витрат на охорону здоров'я узгоджуються з досвідом інших країн, які перейшли до універсального охоплення населення медичними послугами. З 2014 року ПУОМД постійно витрачала більше коштів, ніж це було заплановано. Багато в чому це сталося завдяки тому, що швидко зростав попит на медичні послуги серед тих, хто був раніше не застрахований або не мав покриття для певних втручань.

○ Рисунок 1.1. Організація системи охорони здоров'я Грузії (ВООЗ, 2017).



НЦКЗ – Національний центр контролю захворювань

ДАРМА – Державна агенція з регуляції медичних активностей

ЦКНСНД – Центр координації надзвичайних ситуацій та невідкладної допомоги Грузії



Державний бюджет охорони здоров'я покриває програми системи громадського здоров'я населення. Адміністрування цих програм є основною функцією Національного центру контролю захворювань та громадського здоров'я (НЦКЗ). НЦКЗ – це мережа з дев'яти регіональних центрів громадського здоров'я, в яких працює близько 400 співробітників.

НЦКЗ реалізує 10 вертикальних державних програм охорони та зміцнення здоров'я, що охоплює:

- раннє виявлення та скринінг захворювань
- імунізація
- епідеміологічний нагляд
- безпека крові
- профілактика професійних захворювань
- лікування туберкульозу
- лікування ВІЛ/СНІДу
- здоров'я матері та дитини
- зміцнення здоров'я
- лікування гепатиту С.

Останні зусилля в системі громадського здоров'я зосереджені на посиленні профілактичної допомоги та лікування інфекційних захворювань, зокрема гепатиту С, ВІЛ та туберкульозу.

Як і у багатьох країнах Європи, службам, що відповідають за вакцинацію довелося мати справу з проблемами довіри громадськості, але в Грузії їм також довелося подолати системні слабкості базової інфраструктури (забезпечення холодкових ланцюгів, якості вакцин тощо).

Втручанням, які спрямовані на усунення факторів ризику неінфекційних захворювань, приділено менше уваги, але повне впровадження Рамкової конвенції з боротьби проти тютюну зараз є політичним пріоритетом для держави. Це важливий крок, адже у Грузії — один із найвищих показників куріння у світі.

Бразилія

Децентралізована, універсальна система охорони здоров'я Бразилії фінансується шляхом податкових надходжень, внесків федеральних, державних і муніципальних урядів. Адмініструванням та наданням допомоги займаються муніципалітети або штати. Усі мешканці та відвідувачі, у тому числі особи без документів, можуть отримати доступ до безкоштовних комплексних послуг, включаючи первинну, спеціалізовану амбулаторну, психіатричну та стаціонарну допомогу, а також оплату ліків за рецептом. Для отримання медичних послуг не потрібно подавати спеціальну заявку. Не існує розподілу витрат на послуги охорони здоров'я. Майже 25% населення, переважно із середнім і вищим доходом, мають приватне медичне страхування. Витрати на приватне медичне страхування, а також покупки, пов'язані зі здоров'ям, кваліфікуються як податкові знижки²³.

Міністерство охорони здоров'я відповідає за національну координацію діяльності системи охорони здоров'я, включаючи розробку політики, планування, фінансування, аудит та контроль. Обов'язки уряду включають регіональне управління, координацію стратегічних програм (наприклад, забезпечення дорогими ліками) та надання спеціалізованих послуг, які не були децентралізовані для муніципалітетів. Департаменти охорони здоров'я в 5 570 муніципалітетах переважно займаються управлінням системою охорони здоров'я на місцевому рівні, включаючи співфінансування, координацію програм охорони здоров'я та надання медичних послуг.

Участь громади в системі охорони здоров'я гарантується конституцією на всіх рівнях влади. Ради охорони здоров'я та конференції з питань охорони здоров'я складаються з 50% членів громади, 25% постачальників медичних послуг і 25% керівників системи охорони здоров'я. Ці ради та конференції відповідають за обговорення політики охорони здоров'я та моніторинг її виконання.

²³ Tikkanen R and others, «Brazil | Commonwealth Fund», June 5, 2020

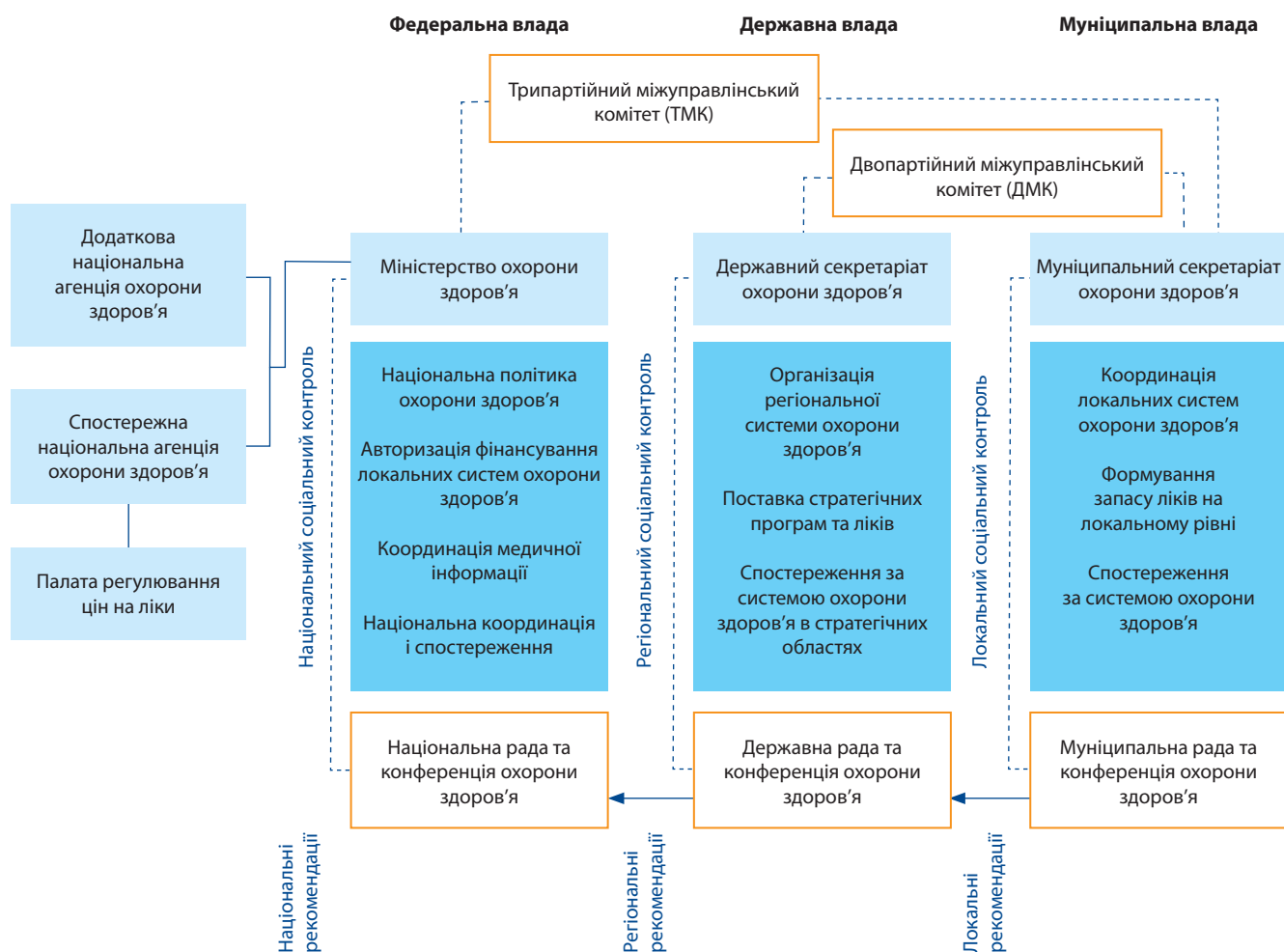
<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>



У 2019 році Бразилія виділила 9,6% свого ВВП на охорону здоров'я, у порівнянні з 8,3% у 2000 році²⁴. Враховуючи стан економічного розвитку Бразилії, загальна частка є відносно високою – і вище середнього за ОЕСР (8,8%). Але поки Бразилія загалом витрачає на охорону здоров'я більше, ніж багато інших країн, вона значною мірою залежить від фінансування з приватних джерел. У 2019 році державні витрати на охорону здоров'я становили лише 3,9% ВВП (41% усіх медичних витрат), набагато нижча частка, ніж у більшості країн ОЕСР (6,6% у середньому). Федеральний уряд, штати та муніципалітети поділяють відповідальність за фінансування та управління системою охорони здоров'я, а часті зміни правил фінансування були нормою з моменту її створення. За останні десятиліття ці зміни призвели до більшого залучення штатів та муніципалітетів у фінансуванні системи охорони здоров'я.

Через старіння населення і пов'язане з цим збільшення кількості хворих на хронічні захворювання, бразильська система фінансування охорони здоров'я зіткнеться з дедалі більшим тиском, щоб забезпечити потреби в медичній допомозі в майбутньому. Не беручи до уваги будь-які структурні зриви, спричинені пандемією COVID-19, модель прогнозування витрат на охорону здоров'я ОЕСР передбачає, що витрати на охорону здоров'я в Бразилії зростуть з 9,6% у 2019 році до 12,6% ВВП до 2040 року за базовим сценарієм з аналогічною політикою; це 3,1 відсотка збільшення балів є більш вираженим, ніж у більшості країн ОЕСР.

Рисунок 1.2. Організація системи охорони здоров'я Бразилії (Tikkanen R and others, 2020)



²⁴ OECD, «OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021 | En | OECD», 2021

<https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021-146d0dea-en.htm>



1.1.3. Огляд урядових практик у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції у референтних країнах

Для надання якісної та ефективної допомоги, а також для оцінки прогресу у подоланні епідемії ВІЛ, у багатьох країнах світу використовують принцип «каскаду безперервної допомоги». Це модель, яка окреслює етапи виявлення та надання допомоги ЛЖВ, від початкової діагностики до досягнення вірусної супресії, а також визначає та відстежує частку ЛЖВ на кожному етапі каскаду²⁵. Усі країни, обрані для аналізу, — Велика Британія, Бразилія та Естонія — застосовують цей підхід вже досить тривалий час, тому подальший аналіз стратегій цих країн буде оцінювати інтервенції та їхній вплив на досягнення цілей підходу.

Коротко про принципи моделі:

Тестування та діагностика. Це перший крок у моделі каскаду. Індикатор для вимірювання — % людей, які живуть із ВІЛ, знають про свій статус. Основні інтервенції для досягнення цілі — розширення доступу до тестування на ВІЛ, особливо серед груп ризику.

Залучення до лікування. Щоб посилити каскад лікування, послуги, які пропонують тестування на ВІЛ, повинні бути тісно пов'язані з тими, які пропонують лікування. Основні інтервенції — вдосконалення доступу до АРТ на місцях тестування.

Формування прихильності до лікування. Досягнення невизначеного вірусного навантаження потребує постійного (та вчасного) прийому АРТ. Багато бар'єрів (побічні дії, складнощі в отриманні ліків, стигма тощо), які можуть впливати на відмову чи нерегулярність прийому терапії, шкодять формуванню прихильності до лікування та, відповідно, досягнення супресії вірусу. Індикатор для вимірювання прогресу — % людей, які знали свій ВІЛ-статус, отримують лікування. Основні інтервенції — розширення та спрощення доступу до АРТ (розширення мережі точок видачі терапії), закупівля більш сучасних ліків з простими схемами прийому (1 раз на день), впровадження програм підтримки соціальних служб тощо.

Досягнення невизначеного вірусного навантаження. Метою лікування ВІЛ та останнім етапом каскаду є досягнення невизначеного вірусного навантаження ЛЖВ. Індикатор — % людей, які отримували АРТ, досягли вірусної супресії. Інтервенції для досягнення цілі — підтримка сформованої прихильності до АРТ серед ЛЖВ.

Велика Британія

В країні стратегія протидії ВІЛ є досить успішною. З 2014 по 2019 роки відбулося скорочення виявлених випадків ВІЛ на 35%. За оцінками, у 2019 році 94% ЛЖВ знали про свій діагноз, 98% тих, хто був діагностований, отримували АРТ, а 97% тих, хто отримував АРТ, досягли вірусної супресії. Фактично досягнуто цілей Fast Track.

Уряд прагне до 2030 року знизити до нуля кількість нових випадків ВІЛ-інфекції, СНІДу та смертності, пов'язаної з ними. Для цього прийнято стратегію, основними напрямками якої є діяльність у чотирьох основних темах: запобігання новим випадкам інфікування, розширення можливостей системи тестування на ВІЛ, ефективне лікування та збереження прихильності до лікування, зокрема через втілення заходів, спрямованих на покращення здоров'я та якості життя ЛЖВ. Загалом стратегія передбачає повну елімінацію нових випадків ВІЛ-інфекції до 2030 року²⁶.

²⁵ The HIV Treatment Cascade <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/treatment/cascade>

²⁶ Towards Zero: the HIV Action Plan for England - 2022 to 2025

<https://www.gov.uk/government/publications/towards-zero-the-hiv-action-plan-for-england-2022-to-2025/towards-zero-an-action-plan-towards-ending-hiv-transmission-aids-and-hiv-related-deaths-in-england-2022-to-2025>



Конкретні індикатори, які заплановано досягти через впровадження стратегії на проміжному етапі до 2025 року²⁷:

- скоротити кількість людей, які вперше отримують діагноз ВІЛ з 2 860 у 2019 році до менше ніж 600 у 2025 році;
- скоротити кількість людей з діагнозом СНІД протягом трьох місяців після встановлення діагнозу ВІЛ з 219 до менше ніж 110;
- скоротити смертність від ВІЛ/СНІДу в Англії з 230 у 2019 році до менше ніж 115 смертей у 2025 році.

○ Тестування

У 2008 році Британська асоціація сексуального здоров'я та ВІЛ (BASHH), Британська асоціація з ВІЛ (BHIVA) та Британське інфекційне товариство (BIS) розробили національні рекомендації щодо тестування. Відповідно до них тестування на ВІЛ рекомендовано забезпечувати у службах сексуального здоров'я (Sexual Health Services — SHS), а також розширювати мережу на інші заклади, орієнтовані на регіони з високим (понад 2 випадки на 1000 населення) і надзвичайно високим рівнем поширення ВІЛ (понад 5 випадків на 1000 населення).

Загалом безкоштовне та конфіденційне тестування на ВІЛ доступне для всіх, незалежно від імміграційного статусу чи статусу проживання. Саме служби сексуального здоров'я є основними локаціями для тестування на ВІЛ. Станом на 2019 рік 65% людей, які відвідали служби, пройшли тестування на ВІЛ. Цей показник планують удосконалювати через підтримки впровадження принципу «Opt-out» HIV testing, що означає, що кожен відвідувач служби буде обов'язково протестований на ВІЛ, якщо самотійно від цього не відмовиться.

Рекомендації NICE (Національного інституту здоров'я та досконалості допомоги) у 2016 році передбачали тестування на ВІЛ на первинному та вторинному рівні медичної допомоги, враховуючи показники локального поширення та концентрації ключових груп²⁸.

За цими рекомендаціями тестування на ВІЛ пропонують²⁹:

- під час госпіталізації або відвідування відділення невідкладної допомоги в районах з надзвичайно високим рівнем поширення ВІЛ;
- під час здачі аналізу крові у разі госпіталізації або відвідування відділення невідкладної допомоги в районах з високою поширеністю ВІЛ;
- людям, які відвідують лікарню загальної практики в районах з високою або надзвичайно високою поширеністю ВІЛ, якщо вони не проходили тест на ВІЛ протягом останніх 12 місяців;
- людям, у яких нещодавно виявлено потенційний індикатор наявності ВІЛ-інфекції (наприклад, захворювання, що передається статевим шляхом);
- людям із груп ризику (наприклад, чоловікам, які мають секс з чоловіками).

Тестування забезпечують також на рівні полової допомоги у всіх медичних закладах Національної служби здоров'я (National Health Service — NHS). Тестування на ВІЛ стало звичною практикою для вагітних, а охоплення в останні роки становить 99%. Завдяки цьому, тестуванням охоплено значну частину жінок репродуктивного віку, зокрема мінімізовано рівень вертикальної передачі вірусу (від матері до дитини). Наразі цей показник становить менше ніж 0,5%³⁰.

²⁷ How England Will End New Cases of HIV. Final Report & Recommendations

<https://www.hivcommission.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/HIV-Commission-Full-Report-online-final-pages.pdf>

²⁸ How England Will End New Cases of HIV. Final Report & Recommendations

<https://www.hivcommission.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/HIV-Commission-Full-Report-online-final-pages.pdf>

²⁹ HIV Testing in England: 2017 report

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/759270/HIV_testing_in_England_2017_report.pdf

³⁰ How England Will End New Cases of HIV. Final Report & Recommendations

<https://www.hivcommission.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/HIV-Commission-Full-Report-online-final-pages.pdf>



Важливою частиною підходу ефективного виявлення недіагностованих випадків ВІЛ є впровадження стратегії «сповіщення партнера». У разі виявлення позитивного діагнозу під час тестування, медичні працівники можуть сконтактувати партнерів людини (сексуальних, чи тих, з ким ділили приладдя для ін'єкційних наркотиків) для повідомлення про їхній контакт з вірусом та запрошенням на тестування. Людина, яка отримує сповіщення, лише дізнається про свій контакт з вірусом без повідомлення про особу, з якою міг трапитися такий контакт.

У 2019 році 1 705 людей відвідали служби сексуального здоров'я для проходження тесту на ВІЛ в результаті сповіщення партнера із загальним позитивним виявленням вірусу у 4,6%. Це у 30 разів більше, ніж позитивність тестування на ВІЛ у спеціалізованих службах сексуального здоров'я загалом (0,2%). Підхід «сповіщення партнера» є економічно ефективною інтервенцією у порівнянні із загальною політикою тестування. Через те, що нових випадків ВІЛ стає все менше, сповіщення партнерів стане більш цінним у зусиллях щодо ефективного відстеження людей, які, можливо, мали контакт з ВІЛ, і не підозрюють про нього³¹. Тому у стратегії його виділено як окремий напрямок.

Крім цього, в Англії переважна більшість місцевих органів врядування (97%) пропонують послугу самотестування — надсилання наборів для тестування поштою, а також онлайн-сервіси для оцінки ризику ВІЛ-інфекції. У найближчий рік планується досягти 100% покриття цими видами послуг.

○ Своєчасність направлення на лікування

За рекомендаціями профільних організацій, щонайменше 90% людей з діагнозом ВІЛ повинні почати отримувати лікування через 2 тижні після встановлення діагнозу. У 2019 році 78% дорослих в Англії, у яких у 2019 році вперше діагностували ВІЛ, були направлені до фахівців протягом одного місяця. У 2019 році 320 осіб не отримали такого скерування вчасно. У новій стратегії до 2030 року цю кількість планується зменшити до нуля. Успішне перенаправлення нововиявлених випадків ВІЛ було найвищим серед тих людей, які робили тестування та отримали позитивний результат в інфекційних відділеннях (98%), і найнижчим (75%) у тих, хто дізнався про діагноз у службах переливання крові, в'язницях, у разі використання набору для самотестування та в аптеках³².

○ Доступ до АРТ та прихильність до прийому терапії серед ЛЖВ

У 2019 році Велика Британія показала високі показники покриття АРТ. 98% людей, які зверталися по медичну допомогу у сфері ВІЛ, отримували лікування. Покриття терапією однаково високе незалежно від цільової групи і фактично є незмінним протягом останніх трьох років. Показники пригнічення вірусу у тих, хто отримує АРТ, складають 97%, за винятком вікової групи 15 до 24 роки, де цей показник складає 91%. З 2018 року він зріс на 4%³³.

○ Зменшення стигми та дискримінації ЛЖВ

У стратегії до 2030 року запланована низка заходів для покращення боротьби з дискримінацією ЛЖВ. У Великій Британії доступність підтримки ЛЖВ, психосоціальних послуг та послуг з психічного здоров'я відрізняється у межах країни та надається через низку різних моделей. Ефективними вважається принцип «рівний рівному», коли допомога та підтримка надається особою, яка вважається рівною.

³¹ How England Will End New Cases of HIV. Final Report & Recommendations

<https://www.hivcommission.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/HIV-Commission-Full-Report-online-final-pages.pdf>

³² Towards Zero: the HIV Action Plan for England - 2022 to 2025

<https://www.gov.uk/government/publications/towards-zero-the-hiv-action-plan-for-england-2022-to-2025/towards-zero-an-action-plan-towards-ending-hiv-transmission-aids-and-hiv-related-deaths-in-england-2022-to-2025>

³³ HIV in the United Kingdom: Towards Zero HIV transmissions by 2030. 2019 report

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/965765/HIV_in_the_UK_2019_towards_zero_HIV_transmissions_by_2030.pdf



Такий підхід сприяє кращим результатам лікування та загалом покращенню добробуту ЛЖВ. Тому однією з цілей уряду є покращити інвестиції саме у такі моделі підтримки, особливо у районах з високою та дуже високою поширеністю ВІЛ-інфекції.

Крім цього, у стратегії заплановані заходи на покращення обізнаності про шляхи передачі та лікування ВІЛ. Особливо про принцип U=U (undetectable equals untransmittable), що означає, що ЛЖВ з вірусною супресією не передає вірус. У Великій Британії, опитування Positive Voices показало (Англія і Шотландія), що 14% ЛЖВ зазнали дискримінації від медичних працівників під час отримання послуг в закладах Національної служби здоров'я протягом одного року, а 11% відмовили у наданні тих чи інших послуг. Це свідчить про необхідність оновлення знань та розуміння передачі ВІЛ та принципу U=U серед працівників системи охорони здоров'я³⁴.

○ Профілактика

Національна програма профілактики ВІЛ-інфекції на 2021–2024 роки передбачає низку заходів на національному та місцевому рівнях, аби запобігти поширенню інфекції. На виконання програми передбачено понад 3,5 мільйона фунтів стерлінгів протягом цих років.

Головними є кампанії соціального маркетингу, які вже довели свою ефективність у країні. Вони передбачають збільшення обсягів тестування, зменшення стигми та поширення інформації про ВІЛ серед груп ризику.

Використання презервативів продемонструвало високу ефективність у припиненні передачі у «реальних умовах» (70–80% для гетеросексуальних пар та 70–92% для гомосексуальних партнерств). У країні діють програми поширення презервативів, які показують високу ефективність серед груп високого ризику, наприклад, молоді віком 16–19 років, представників етнічних меншин та ін.

Зростає роль біомедичних втручань на рівні профілактики, зокрема використання препаратів до або одразу після контакту з вірусом. Тривають дослідження використання вакцин у попередженні та лікуванні ВІЛ.

Уряд все більше інвестує у використання АРТ для доконтактної профілактики. Найбільшу ефективність продемонструвало використання емтрицитабіну та тенофовіру, особливо серед ключових груп.

Використовують АРТ і для постконтактної профілактики (протягом 24 годин після ризикованого контакту). Для цього ліки постачають до усіх відділень невідкладних станів у лікарнях, центрів для жертв сексуального насильства та у кабінети прийому спеціалістів з сексуального здоров'я.

Стратегія профілактики є досить ефективною у досягненні основної цілі — зниження темпів передачі вірусу, що можна оцінити через зменшення нововиявлених випадків ВІЛ. Загальна кількість людей, що вперше отримали діагноз ВІЛ, зменшилася до 3 770 у 2019 році, що на 35% менше, ніж у 2014 році, коли було зареєстровано 5 790 нових діагнозів.

Зниження кількості нових діагнозів ВІЛ в Англії значною мірою було обумовлено скороченням виявлення серед ключових груп (особливо чоловіків, що мають секс з чоловіками та бісексуальних партнерств), які становили 41% від усіх нових діагнозів у 2019 році³⁵.

³⁴ HIV Stigma and Testing: Can Global initiative help push the agenda?

<https://www.eurotest.org/Portals/0/HepHIV%202019%20stigma%20Azad%20Revised%20%281%29.pdf>

³⁵ Towards Zero: the HIV Action Plan for England — 2022 to 2025

<https://www.gov.uk/government/publications/towards-zero-the-hiv-action-plan-for-england-2022-to-2025/towards-zero-an-action-plan-towards-ending-hiv-transmission-aids-and-hiv-related-deaths-in-england-2022-to-2025>



○ Показники 2020 року та вплив пандемії на подолання епідемії ВІЛ-інфекції

У 2020 році через пандемію COVID-19 обсяг тестування на ВІЛ у службах сексуального здоров'я знизився на 30% у порівнянні з попереднім роком. Хоча не у всіх групах падіння показника було однаковим. Наприклад, серед чоловіків, які мають секс з чоловіками, та бісексуальні контакти, рівень тестування залишився все одно високим. Майже половина (47%) людей, які тестувалися у 2020 році, зробили це онлайн³⁶.

Менше людей також отримали необхідну медичну допомогу. За оцінками, лише в Англії від 5 до 7 тисяч ЛЖВ не зверталися по допомогу (онлайн чи безпосередньо у заклади). Це вдвічі більше, ніж у 2019 році. Водночас загалом збільшився показник консультування телефоном та онлайн.

Також не проводилася достатня кількість аналізів на визначення вірусного навантаження та рівня CD4-клітин. В Англії дані про ці аналізи зменшилися на 19% та 11% у період з 2019 по 2020 роки відповідно. Частково це було пов'язано з меншою кількістю аналізів, що проводяться в амбулаторних умовах. Основна причина — нестача і перерозподіл персоналу та введення епідемічних обмежень. Дані для Шотландії за 2020 рік взагалі недоступні.

Брак даних може негативно вплинути на оцінку виявлення частки ЛЖВ, що має невизначений рівень вірусу в крові (тобто не передає вірус). Адже всі особи, для яких у 2020 році були відсутні дані про вірусне навантаження, можуть бути віднесені до тих, що зберігають трансмісивність. Якщо це так, то у 2020 році близько 20% ЛЖВ в Англії (19 800 людей) можуть передавати вірус³⁷.

Естонія

Протидія ВІЛ-інфекції/СНІДу в Естонії розпочалася понад 20 років тому. Наприкінці 1980-х років було впроваджено біологічний нагляд за поширенням ВІЛ та відкриті перші анонімні консультаційні центри СНІДу. На основі стратегії профілактики, розробленої Естонською асоціацією «АнтиСНІД», у 1992 роках була розроблена та прийнята перша Національна програма профілактики СНІДу на 1992–1996 роки. Друга Національна програма з профілактики ВІЛ/СНІДу — «Національний план дій для Профілактика ВІЛ/СНІДу та інших захворювань, що передаються статевим шляхом» реалізовувався у 1997–2001 роках. У 2002–2006 роках прийнято третю стратегію. Усі ці три програми фінансувалися з державного бюджету та координувалися Міністерством соціальної політики країни.

У 2006–2015 роках основним документом була Національна стратегія з ВІЛ та СНІДу, а згодом — Національний план охорони здоров'я на 2009–2020 роки³⁷. До 2020 року план передбачав посилення інтегрованого підходу надання послуг профілактики та лікування для ключових груп. Він фактично зібрав стратегії та документи, які раніше існували окремо, зокрема Національну стратегію з ВІЛ та СНІДу, Національну стратегію профілактики застосування наркотичних речовин та Національну стратегію запобігання туберкульозу, аби покращити показники по всіх напрямках, та впровадити всеохопний підхід до ключових груп.

У 2017 році було затверджено новий національний план на 2017–2025 роки³⁹. Одна з його основних цілей — зменшити кількість нових інфекцій щонайменше у два рази. Естонія має один найвищих

³⁶ HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1037215/hiv-2021-report.pdf

³⁷ HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1037215/hiv-2021-report.pdf

³⁸ HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for Global AIDS Response Progress Reporting 2016 https://www.unaids.org/sites/default/files/EST_narrative_report_2016.pdf

³⁹ National HIV Action Plan 2017 - 2025, Estonia https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/national_hiv_action_plan_2017-2025.pdf



рівнів нових випадків ВІЛ у Європейському Союзі (ЄС) з 2001 року. Про серйозність ситуації свідчить той факт, що кількість нових випадків ВІЛ на 100 тис. населення за рік у 2015 році в чотири рази перевищила середній показник по ЄС. У 2020 році у 29 країнах ЄС було зафіксовано 3,7 нововиявлених випадків ВІЛ на 100 тис. населення. У цей же рік в Естонії показник становив з 10,8 на 100 тис. населення⁴⁰.

○ Тестування

Тестування на ВІЛ в країні є добровільним і може проводитися лише за інформованою згодою особи (як у випадку з усіма медичними послугами). Тестування на ВІЛ завжди було децентралізованим. Будь-який лікар в Естонії (лікар загальної практики або вузькопрофільний фахівець) може рекомендувати тестування на ВІЛ на основі клінічних показань, оцінки ризику або на запит пацієнта. У 2012 році Міністерство охорони здоров'я розробило рекомендації щодо тестування та консультування, ініційованого провайдером медичних послуг.

Основними групами, яким рекомендовано тестування на ВІЛ, є вагітні жінки, ув'язнені, люди, у яких виявлено хворобу, що передається статевим шляхом, туберкульоз, вірусні гепатити та інші. Рекомендація тестування також охоплює ключові групи людей, які вживали чи вживають ін'єкційні наркотики, мають ризиковану сексуальну поведінку (включаючи статевих партнерів, які мали кілька статевих партнерів, або статевих партнерів, які вживали ін'єкційні наркотики тощо).

У деяких регіонах, де зафіксований вищий рівень захворюваності на ВІЛ, наприклад, у місті Таллінн чи Північно-Східна частина Естонії — регулярне тестування на ВІЛ рекомендовано всім пацієнтам у віці 16-49 років.

Тестування на ВІЛ проводять лише заклади охорони здоров'я (включаючи центри сімейної медицини та медичні служби в'язниці). Забір крові та експрес-тестування може проводити тільки медичний персонал: медсестри, акушерки, лаборанти або лікарі. Експрес-тести дуже рідко використовуються в закладах охорони здоров'я загального профілю; вони доступні на анонімних сайтах НСТ і молодіжних консультаційних центрах. Немедичний персонал не може проводити тестування на ВІЛ, але може брати участь у консультуванні.

Тестування в громаді (наприклад, у програмах обміну голочок і шприців чи у центрах для працівників секс-індустрії) проводиться у співпраці з місцевими організаціями охорони здоров'я. Тут зазвичай використовують швидке тестування на ВІЛ. Тести / набори для самотестування на ВІЛ можна придбати в аптеках з грудня 2016 року.

З 2016 року тестування на ВІЛ є безкоштовним для всіх людей, у тому числі для тих, хто не має медичного страхування (для них витрати покриваються безпосередньо з державного бюджету). Люди віком 19-24 роки можуть також безкоштовно пройти тест на ВІЛ у молодіжних консультативних центрах⁴¹.

○ Медичний супровід людей, які живуть з ВІЛ

Медичні послуги, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, включаючи видачу АРТ, надаються у спеціалізованих відділеннях як стаціонарних, так і амбулаторних інфекційних закладів. Інфекційні відділення входять до складу загальних, центральних та обласних лікарень, розташованих у п'яти великих містах. Усі ці послуги також доступні у в'язницях через співпрацю з лікарями на місцях.

Пацієнти з позитивним тестом на ВІЛ направляються до лікаря-інфекціоніста для подальшої діагностики, консультування та відстеження контактів. Офіційне направлення не потрібне (на відміну від

⁴⁰ HIV/AIDS surveillance in Europe: 2021

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2021-Annual_HIV_Report_0.pdf

⁴¹ HIV in Estonia. Narrative report for Global AIDS Monitoring 2017

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EST_2017_countryreport.pdf



прийомів до інших спеціалістів, для яких потрібне направлення лікаря загальної практики). Медичні послуги, пов'язані з ВІЛ, є безкоштовними для всіх пацієнтів. Пацієнти, які отримують АРТ, зазвичай повинні відвідувати лікарню раз на місяць, щоб отримати місячний запас препаратів. Estonian Society for Infectious Disease (ESID) розробила рекомендації щодо ведення пацієнтів з ВІЛ та моніторингу прихильності прийому АРТ.

У лікарнях працюють соціальні працівники та психологи, які консультують ЛЖВ. У найбільшому інфекційному відділенні столиці Таллінна також існує комбінована програма замісного лікування для людей, що вживають ін'єкційні наркотики, де пацієнти щодня отримують АРТ та метадон. Такий підхід покращує показники прихильності до лікування (регулярний прийом АРТ) серед груп ризику⁴².

○ Доступ до АРТ

В Естонії АРТ фінансується виключно з державного бюджету, а загальний бюджет на лікування збільшувався щороку з 12 мільйонів євро у 2013 році до майже 15,5 млн євро у 2020 році⁴³. В країні існує система державних закупівель та постачання АРТ, якою керують Міністерство соціальної політики та Національне управління охорони здоров'я (National Health Board). Загалом система державних закупівель працює належним чином, без повідомлень про нестачі. Прогнозування потреби в АРТ препаратах базується на оцінках споживання терапії за попередній рік. Однак деякі АРТ-препарати першої лінії (за рекомендацією ВООЗ) використовують не завжди, передусім через брак фінансування для забезпечення усіх ЛЖВ саме такими препаратами⁴⁴.

○ Робота з групами ризику поширення ВІЛ

Одна з найбільш цільових та численних груп в Естонії, які мають високий рівень поширення ВІЛ та високі ризики пов'язані з іншими інфекційними хворобами, — це люди, які вживають ін'єкційні наркотики. Велика частина національних заходів у протидії ВІЛ в Естонії спрямовані саме на цю когорту населення. У 2005 році оціночна кількість людей, які вживають ін'єкційні наркотики, складала майже 14 тисяч. Поступово їхня кількість зменшується: у 2017 році їх було близько 9 тисяч. Основною метою послуг зменшення шкоди вживання наркотиків є зниження ризиків, які можуть з ним бути пов'язані, включаючи передачу ВІЛ та вірусних гепатитів.

Для цього впроваджена низка програм. Одна з них — програма обміну голоч та шприців, яка була започаткована ще в 1997 році. Послуги з обміну надаються в основному в Таллінні та його околицях, а також у Північно-Східній Естонії (загалом дев'ять організацій). У 2016 році центри обміну відвідали близько 5 700 людей, було видано 2 мільйони безкоштовних шприців, понад 255 тисяч безкоштовних презервативів. Центри також відповідальні за належну утилізацією шприців та голоч⁴⁵.

Крім цього у таких центрах пропонують наступні послуги:

- консультування (психологічне, соціальне та юридичне консультування, консультування «рівний — рівному»);
- консультування щодо ризиків, наприклад, про безпечне використання голоч та шприців та запобігання передозуванням;

⁴² HIV in Estonia. Narrative report for Global AIDS Monitoring 2017

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EST_2017_countryreport.pdf

⁴³ National HIV Action Plan 2017 - 2025, Estonia

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/national_hiv_action_plan_2017-2025.pdf

⁴⁴ HIV/AIDS treatment and care in Estonia. Evaluation report, June 2014

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255671/HIVAIDS-treatment-and-care-in-Estonia.pdf

⁴⁵ HIV in Estonia. Narrative report for Global AIDS Monitoring 2017

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EST_2017_countryreport.pdf



- надання препарату налоксону у разі передозування опіоїдними наркотичними речовинами та навчання близьких людей навичкам домедичної допомоги у разі передозування;
- надання гігієнічних послуг, пральні та одягу;
- раннє виявлення інфекцій (наприклад, тестування на ВІЛ) і подальше скерування у системі для отримання лікування;
- направлення на лікування та реабілітацію залежностей;
- запобігання небажаній вагітності у жінок, які вживають наркотики.

У 2017 році робота центрів показала такі результати: збільшення рівня знання про статус серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики, близько 90% з цієї групи людей скористалися послугами зменшення ризиків через програми обміну, загалом зменшилося повторне використання шприців та голочок. У стратегії до 2025 року заплановано досягнення фіксування поширеності ВІЛ на рівні 55% від когорти та збільшити рівень знання про ВІЛ-статус до 95%⁴⁶. З розширенням комплексних послуг зі зменшення шкоди вживання зменшилася кількість виявлення нових інфекцій на 61% по всій країні та на 97% — серед людей, які вживають наркотики⁴⁷.

Однією з особливостей підходу у протидії ВІЛ у ключових групах в Естонії є впровадження інтегрованого підходу. Він передусім передбачає поєднання послуг отримання замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та видачі АРТ⁴⁸. Однак, також охоплює тестування та подальше спрямування для отримання лікування інших інфекційних хвороб — туберкульозу та вірусних гепатитів.

Бразилія

Бразилія почала активну боротьбу з епідемією ВІЛ/СНІДу у 1990-х роках. Попри велику кількість населення та значне поширення вірусу, країна змогла впровадити низку заходів для подолання епідемії ВІЛ/СНІДу, що зробили її досвідом прикладом історії успіху. Ці заходи включали передусім раннє реагування на епідемію, розвиток універсальної та безоплатної системи охорони здоров'я, інвестиції в розробку генеричних препаратів та обов'язкове їхнє ліцензування, зниження цін на препарати АРТ шляхом перемовин з фармвиробниками⁴⁹. Щоб прискорити зусилля щодо припинення епідемії СНІДу, Бразилія прийняла цілі 90–90–90 і 95–95–95 у 2014 році⁵⁰.

На сьогодні зусилля для досягнення цих цілей включають розширення доступу до профілактики, діагностики та лікування; боротьба зі стигмою та дискримінацією; і впровадження стратегії для дотримання прав людини, особливо серед ключових груп населення, які постраждали від епідемії ВІЛ/СНІДу. Основна частина впровадження дій для боротьби з епідемією мобілізована через Єдину систему охорони здоров'я (Sistema Único de Saúde – SUS) зі значним залученням неурядових організацій для більш ефективної роботи з ключовими групами⁵¹. Стратегія країни загалом зосереджена на принципі каскаду безперервної допомоги⁵².

⁴⁶ National HIV Action Plan 2017 - 2025, Estonia

https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/national_hiv_action_plan_2017-2025.pdf

⁴⁷ 2021 UNAIDS Global AIDS Update — Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS, UNAIDS: <https://reliefweb.int/report/world/2021-unaid-global-aids-update-confronting-inequalities-lessons-pandemic-responses-40>

⁴⁸ HIV/AIDS treatment and care in Estonia. Evaluation report, June 2014

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255671/HIVAIDS-treatment-and-care-in-Estonia.pdf

⁴⁹ Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country? AIDS Research and Therapy volume 16, 14 August 2019 <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0234-2>

⁵⁰ The Brazilian Response to HIV and AIDS, Global AIDS Response Progress Reporting (GARPP), 2015

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf

⁵¹ Decline in reported AIDS cases in Brazil after implementation of the test and treat initiative. Pereira GF, Sabido M, Caruso A, Benzaken AS, BMC Infect Dis, 2019; 19: 579. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6610808/>

⁵² HPEPFAR. Western Hemisphere: Central America & Asia. Regional Operational Plan ROP 2020. Strategic Direction Summary. April 2020 <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/10/ROP2020-Central-America-Brazil-Region-SDS-FINAL.pdf>



Фінансування боротьби з епідемією стабільне і постійно зростає. Країни Бразилії (та загалом Центральної Америки) є серед лідерів щодо інвестування у національні заходи. За даними UNAIDS за 2019 рік, Бразилія фінансує понад 99% дій коштом національних ресурсів, що покриває фактично кожний етап в моделі каскаду. У 2019 році фінансування складало майже 410 млн доларів США на рік⁵³. Найбільше коштів національний уряд спрямовує на закупівлю АРТ (з річного бюджету це приблизно 302 мільйони доларів США), наборів для швидкого тестування на ВІЛ, закупівлі реагентів для проведення лабораторного тестування на визначення вірусного навантаження⁵⁴.

Водночас забезпечення АРТ в Бразилії сягнуло настільки високого рівня, що країна постачає терапію у сусідні країни — Аргентину, Еквадор, Сальвадор, Ямаїку, Парагвай, Уругвай та інші⁵⁵.

За останні два роки Міністерство охорони здоров'я Бразилії покращило організаційну структуру, яка підтримує національну програму протидії ВІЛ. У травні 2019 року, враховуючи тягар туберкульозу та ВІЛ-інфекції, було створено Департамент хронічних захворювань та інфекцій, що передаються статевим шляхом, який курує національні програми з ВІЛ, туберкульозу та інших інфекційних хвороб. Під час пандемії COVID-19 відділ зокрема посилено займався забезпеченням та підтримкою доступу до АРТ та інших видів терапії (наприклад, PrEP або доконтактної профілактики). Ця діяльність була ефективною, адже за даними Міністерства охорони Бразилії, кількість людей, які отримували АРТ під час пандемії не зменшилася і залишалася сталою (на вересень 2020 року становила 709 000 людей)⁵⁶.

○ Тестування та діагностика

У 2017 році 84% ЛЖВ у Бразилії, знали про свій статус, у 2019 — 88%⁵⁷. Успіх у системі тестування країни зумовлений кількома передумовами. Одна з них – децентралізація послуг з тестування на ВІЛ (а також вірусні гепатити), зокрема стимулювання використання експрес-тестів на первинному рівні медичної допомоги.

З 2005 року Міністерство охорони здоров'я поширює швидкі тести через Єдину систему охорони здоров'я (Sistema Único de Saúde – SUS) у всіх регіонах Бразилії. Вони були доступні в місцях, де звичайні лабораторні дослідження неможливі, а також були спрямовані на покращення доступу до тестування для ключових груп населення⁵⁸.

З 2011 року швидке тестування стало доступним на первинному рівні медичної допомоги, що розширило доступ до тестування та призвело до збільшення виявлення ВІЛ, що проводяться на рівні ПМСД. З 2013 року нові настанови та рекомендації також підтримують надання допомоги людям з ВІЛ/СНІДом на первинному рівні⁵⁹.

Наступний етап в стратегії тестування та діагностики було надання широкого доступу населенню до самостійного тестування на ВІЛ. Його впровадження почалося у 2015 році. Бразилія була однією з

⁵³ Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country? *AIDS Research and Therapy* volume 16, 14 August 2019

<https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0234-2>

⁵⁴ PEPFAR. Western Hemisphere: Central America & Asia. Regional Operational Plan ROP 2020. Strategic Direction Summary. April 2020 <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/10/ROP2020-Central-America-Brazil-Region-SDS-FINAL.pdf>

⁵⁵ Brazil sustains HIV response during the COVID-19 pandemic. February, 2021

[https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018\(21\)00003-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanhiv/article/PIIS2352-3018(21)00003-5/fulltext)

⁵⁶ Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19 <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>

⁵⁷ HIV and AIDS in Brazil, 2020 <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/brazil>

⁵⁸ The Brazilian Response to HIV and AIDS, Global AIDS Response Progress Reporting (GARPP), 2015

https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf

⁵⁹ HIV/AIDS management at the primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System? 2018

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49508/v42e1512018_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y



перших 40 країн, які запровадили практику самотестування. Самотестування можна також було зробити за допомогою використання онлайн-платформ для оцінки ризиків ВІЛ та поширення наборів для самостійного проведення тестів⁶⁰.

Були також запроваджені стратегії підвищення рівня тестування серед ключових груп, в основному людей, що вживають ін'єкційні наркотики, чоловіки, що мають секс з чоловіками. Ефективніше тестування забезпечувалося через навчання неурядових організацій. У 2013 році щонайменше 40 неурядових організацій, які мали працювати саме з групами ризику, пройшли навчання з експрес-тестування на ВІЛ⁶¹. Такий підхід сприяв підвищенню ранньої діагностики ВІЛ серед ключових груп через зручність використання послуги та зменшення стигми через уникнення потреби звертатися у медичних заклад, що може бути бар'єром до тестування⁶². Разом з навчанням впроваджувалися також інформаційні кампанії, направлені підвищити прихильність людей з ключових груп пройти тестування⁶³.

○ Розширення доступу до АРТ

У 2013 році Бразилія стала однією з перших країн, яка надала доступ до АРТ усім ЛЖВ, незалежно від рівня CD4 клітин (на той момент поширеною була практика забезпечення АРТ людям, які мають показник CD4 <350). Це трапилося раніше на два роки від появи рекомендації ВООЗ у 2015 році забезпечувати АРТ для всіх новоявлених випадків ВІЛ якнайшвидше⁶⁴.

Після розширення доступу до терапії, відсоток ЛЖВ, які приймали АРТ, збільшився з 44% у 2012 році до 55% у 2015 році. Розширення доступу до АРТ допомогло досягти цілі 90% пацієнтів, які отримують АРТ до 2020 року (94% ЛЖВ мають доступ до АРТ)⁶⁵.

Покращення доступу до терапії зокрема забезпечувався за допомогою місцевого виробництва ліків. У Бразилії воно розпочалося ще в першій половині 1990-х років.

У 1993 році невелика приватна лабораторія Microbiológica була першою місцевою фірмою, яка змогла синтезувати зидовудин — найбільш ефективний препарат на той час, а в 1994 році LAFEPRE стала першою державною лабораторією, яка постачала АРТ на національному рівні⁶⁶.

Проте з часом збільшення кількості пацієнтів, що потребують лікування, та включення новітніх запатентованих препаратів до національних програм створили фінансові проблеми для уряду країни. Щоб розв'язувати проблему уряд сфокусувався на двох напрямках щодо забезпечення АРТ: місцевому виробництві незапатентованих препаратів переважно в державних лабораторіях, аби зменшити ціну, та використання окремої практики ліцензування таких препаратів. Загалом основна політика покращення доступу орієнтувалася на зниження цін для місцевого виробництва препаратів⁶⁷.

⁶⁰ Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story' – can others do it? 3 February 2004

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1046/j.1365-3156.2003.01188.x>

⁶¹ Benzaken, A., Pereira, G., Costa, L., Tanuri, A., Santos, A. and Soares, M., 2019. Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?. [online] BMC. <https://bit.ly/34v4dHk>

⁶² Pascom, A et al (2016) 'Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil' Bull World Health Organ, Aug 1; 94(8): 626–630 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969986/>

⁶³ The Brazilian Response to HIV and AIDS, Global AIDS Response Progress Reporting (GARPP), 2015 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf

⁶⁴ Benzaken, A., Pereira, G., Costa, L., Tanuri, A., Santos, A. and Soares, M., 2019. Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?. [online] BMC. <https://bit.ly/33d9ym0>

⁶⁵ HIV and AIDS in Brazil, 2020 <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/brazil>

⁶⁶ Urias, E., 2019. The potential synergies between industrial and health policies for access to medicines: insights from the Brazilian policy of universal access to HIV/AIDS treatment. [online] Taylor & Francis Online. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2157930X.2019.1567964>

⁶⁷ Chaves, G., Hasenclever, L., Osorio-de-Castro, C. and Oliveira, M., 2015. Strategies for price reduction of HIV medicines under a monopoly situation in Brazil. [online] SciELO Brazil. Available at: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DmLdYsvnyLLdvfXMSj69Bnn/?lang=en>



○ Профілактика

Бразилія почала пропонувати доконтактну профілактику (PrEP) для ключових груп (транслюдей, чоловіків, що мають секс з чоловіками, дискордантних пар — в яких один партнер має позитивний статус та визначений рівень вірусу в крові) у січні 2018 року. На перший рік програми Міністерство охорони здоров'я інвестувало 2,7 мільйона доларів США, щоб задовольнити попит на 3,6 мільйона таблеток. Під час впровадження Системою громадського здоров'я Бразилії PrEP було роздано принаймні один раз більш ніж 8 тисячі людей. Із загальної кількості людей, які отримували PrEP у 2018 році, 83% були чоловіки, які мають секс з чоловіками, і 41% були віком 18-29 років⁶⁸.

Кількість послуг, які пропонують PrEP, постійно зростає: за останні 3 роки 26 764 особи почали приймати PrEP (8 108 осіб у 2018 році, 8 536 осіб у 2019 році та 10 120 осіб до жовтня 2020 року)⁶⁹. Через пандемію COVID-19 звична практика видачі PrEP (через візит та безпосереднє спілкування з фахівцем) потребувала змін через впровадження епідемічних заходів. Аби вирішити проблему, було впроваджено практику призначення PrEP із застосуванням телемедицини з подальшим надсиланням препаратів поштою. У Бразилії зберігається високий попит на PrEP та інші послуги з профілактики ВІЛ. Запровадження комплексних платформ телемедицини спростило процедуру ініціації PrEP (початку прийому препарату), а також дозволило підтримувати безперервність прийому PrEP під час епідемічних обмежень⁷⁰.

1.1.4. Огляд урядових практик протидії туберкульозу у референтних країнах

Велика Британія

У Великій Британії один із найвищих показників захворюваності на туберкульоз серед країн Західної Європи. Зусилля уряду та системи громадського здоров'я спрямовані на боротьбу із цим викликом. У підвищеній зоні ризику знаходяться певні групи населення, такі як мігранти, групи етнічних меншин, а також люди з соціальними факторами ризику (безпритульність, споживання наркотичних засобів або люди з історією ув'язнення).

Поточні стратегії протидії туберкульозу на національному рівні насамперед спрямовані на ранню діагностику та лікування для запобігання його поширенню. Водночас на локальному рівні застосовуються індивідуальні заходи та реалізуються локальні програми, сплановані на основі визначених потреб громади. До впровадження стратегічних ініціатив по протидії туберкульозу, відповідні виконавчі органи влади та агенції користувалися точковими ініціативами та програмами, спрямованими на роботу із групами ризику⁷¹.

Зокрема, значна частина випадків туберкульозу у Великій Британії (близько 75%) припадає на людей, народжених за кордоном. У квітні 2014 року уряд Великої Британії запустив «План впровадження

⁶⁸ Urias, E., 2019. *The potential synergies between industrial and health policies for access to medicines: insights from the Brazilian policy of universal access to HIV/AIDS treatment.* [online] Taylor & Francis Online. Available at: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2157930X.2019.1567964>

⁶⁹ Brazil Scorecard HIV Prevention 2020

<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2020/12/Brazil-Scorecard-HIV-prevention-2020-Final-v1m-002.pdf>

⁷⁰ Dourado, I., Magno, L., Soares, F., Massa, P., Nunn, A., Dalal, S. and Grangeiro, A., 2020. *Adapting to the COVID-19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil.* [online] Springer Link. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02927-w>

⁷¹ Dourado, I., Magno, L., Soares, F., Massa, P., Nunn, A., Dalal, S. and Grangeiro, A., 2020. *Adapting to the COVID-19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil.* [online] Springer Link. Available at: <https://www.local.gov.uk/publications/tackling-tuberculosis-local-governments-public-health-role>



програми відшкодування витрат NHS для іноземців та мігрантів» (Cost Recovery Program, CRP)⁷². Цей план впроваджував зміни у політиці відшкодування витрат «платних» пацієнтів (переважно іноземців). З моменту старту CRP суттєво зросла затримка в лікуванні туберкульозу серед пацієнтів, які народилися поза межами Великої Британії. Серед пацієнтів, які не народилися у Великій Британії, середній час лікування збільшився з 69 днів до 89 днів.

У 2015 році PHE і NHSE запустили Спільну стратегію протидії туберкульозу для Англії на 2015-2020⁷³ роки у відповідь на високі показники захворюваності на туберкульоз. Стратегія мала на меті досягти щорічного зниження захворюваності на туберкульоз, зменшення нерівності у доступі до послуг охорони здоров'я, та працювати над ліквідацією туберкульозу як проблеми громадського здоров'я.

Усі активності стратегії були сфокусовані за десятьма напрямками:

1. Покращення доступу до послуг та забезпечення ранньої діагностики;
2. Забезпечення універсального доступу до якісної діагностики;
3. Поліпшення послуг із лікування та догляду;
4. Забезпечення комплексного відстеження контактів;
5. Покращення сприйняття вакцинації БЦЖ;
6. Зменшення кількості випадків мультирезистентного туберкульозу;
7. Протидія туберкульозу у груп населення з обмеженим доступом до послуг охорони здоров'я;
8. Систематичне впровадження скринінгу на латентний туберкульоз для виявлення нових випадків;
9. Посилення нагляду та моніторингу;
10. Забезпечення відповідного кадрового ресурсу для протидії туберкульозу.

Протягом 5 років впровадження Стратегії, захворюваність на туберкульоз у Великій Британії знизилася на 29% — з 11,9 на 100 000 населення у 2014 році (до початку Стратегії) до 8,4 на 100 000 у 2019 році. Однак у 2019 році в Англії вперше зросли випадки туберкульозу (на 2,4% у порівнянні з 2018 роком). Надалі кількість зареєстрованих випадків туберкульозу зменшилася з 8,4 на 100 000 у 2019 році до 7,3 на 100 000 у 2020 році. Проте зважаючи на початок пандемії COVID-19, ці значення навряд чи відображають справжнє зниження тягаря захворювання, а скоріше є наслідком відкладених звернень за послугами охорони здоров'я⁷⁴.

Досягнення цих результатів стало можливим завдяки послідовній реалізації заходів Стратегії впродовж 5 років, зокрема (але не виключно):

1. Створено 7 міжвідомчих Рад з контролю за туберкульозом, що стали платформами для зацікавлених сторін з планування та розробки заходів для задоволення місцевих потреб у відповідних послугах охорони здоров'я (наприклад: розроблено місцеві маршрути пацієнтів, пропілотовано шляхи кластерного дослідження секвенування геному та запровадження нагляду над когортою хворих на ТБ тощо).
2. Оновлено національні клінічні настанови щодо туберкульозу та опис специфікацій для планування і надання послуг протитуберкульозної допомоги.
3. Посилено спроможність медичних кадрів, зокрема протитуберкульозних медсестер.

⁷² Potter, J., Burman, M., Tweed, C., Vaghela, D., Kunst, H., Swinglehurst, D. and Griffiths, C., 2020. The NHS visitor and migrant cost recovery programme – a threat to health?. [online] PMC, US National Library of Medicine, National Institutes of Health. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7169002/>

⁷³ Collaborative TB Strategy for England, 2015 to 2020, End of programme report, Public Health England https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/971925/Collaborative_TB_Strategy_for_England_2015-2020_End_of_Programme_Report.pdf

⁷⁴ Tuberculosis in England, 2021 Report, UK Health Security Agency https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1030165/TB_annual-report-2021.pdf



4. Підготовлено літературу та інструменти для підвищення обізнаності щодо туберкульозу (наприклад, онлайн-модулі електронного навчання для сімейних лікарів, набір слайдів для медсестер, анімаційні ролики та нові листівки про туберкульоз тощо).
5. Розпочато та продовжується реалізація програми тестування та лікування нової латентної туберкульозної інфекції серед мігрантів (фінансується NHSE&I).
6. Створено інформаційний ресурс для підтримки протидії туберкульозу у групах населення з обмеженим доступом до послуг охорони здоров'я (запущено у 2017 році та оновлено у 2019 році).
7. Реорганізовано Клінічну консультативну службу Британського торакального товариства.
8. Запроваджено стратегічні інноваційні ініціативи (наприклад, надання житла чи створення фонду для безпритульних людей з туберкульозом у Лондоні).

Суттєва частина відповідальності за усунення ширших соціальних детермінантів захворюваності на туберкульоз та надання послуг охорони здоров'я громаді лежить на місцевій владі. Багато дій, необхідних для ліквідації туберкульозу, потребують інтегрованих зусиль локальних підрозділів національних агенцій та місцевої влади. У 2019 році було проведено Національне точкове дослідження поширеності соціальних потреб хворих на туберкульоз. Результати дослідження були використані надалі для розробки нової національної системи епідагляду за туберкульозом та поліпшення надання послуг пацієнтам із соціальними потребами. У 2019 році було проведено опитування зацікавлених сторін для збору інформації та розробки майбутнього Плану дій проти туберкульозу на період після 2020 року.

План дій проти туберкульозу для Великої Британії на 2021–2026 рр.⁷⁵ був презентований новоствореною UKHSA спільно з NHSE у липні 2021 року. План дій визначає програму роботи, яка дозволить щорічно зменшувати захворюваність та поширення туберкульозу в країні з акцентом на дорожній карті відновлення протитуберкульозних послуг після впливу пандемії COVID-19. Підрозділ туберкульозу UKHSA проводитиме подальший аналіз даних за 2020 та 2021 роки щодо впливу COVID-19 на виявлення нових випадків туберкульозу та лікування наявних, а також продовжить моніторинг даних щодо цілей елімінації ВООЗ на 2035 рік.

Усі активності плану сфокусовані навколо 5 пріоритетів:

1. Відновлення після COVID-19 – розуміння впливу пандемії та звітування про нього
2. Запобігання туберкульозу
3. Виявлення туберкульозу
4. Контроль захворюваності на туберкульоз
5. Розвиток спроможності кадрового ресурсу

Естонія

Естонія є однією з 18 країн з високим пріоритетом протидії туберкульозу Європейському регіоні ВООЗ. Країна наближається до фази низької захворюваності.

Після здобуття незалежності від Радянського Союзу захворюваність на туберкульоз в Естонії не знижувалася до 2000 року. Перше зниження вказаного показника відбулося через два роки після впровадження Національної програми протидії туберкульозу у 1998 році. Протягом перших 5 років програми (1998–2003 рр.) відбулося кілька змін. Фінансова підтримка країнами Скандинавії всіх країн Балтії у протидії туберкульозу спочатку зняла певне навантаження на лікування; однак до 2002 року більшість фінансування здійснювалося коштом державного бюджету Естонії, а не шляхом залучення коштів із зовнішніх джерел.

⁷⁵ TB Action Plan for England, 2021 to 2026, UK Health Security Agency

https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/998158/TB_Action_Plan_2021_to_2026.pdf



У результаті впроваджених політик, захворюваність на туберкульоз серед двох груп населення, які були найбільш схильні до зараження через контакти з інфікованими (люди, які перебувають у місцях позбавлення волі та діти) зменшилася, як і кількість смертей від туберкульозу. Проте головною проблемою в країні залишився контроль над захворюваністю серед споживачів психоактивних речовин (алкоголю та наркотичних засобів), на яку припадає приблизно 83% (50–60% чоловіків і 15–20% жінок) нових випадків у країні у 2017 році, і це майже втричі більше, ніж в інших країнах Балтії⁷⁶.

У 2019 році в Естонії було зареєстровано 151 випадок туберкульозу. Наймолодшому хворому, інфікованому від матері, був 1 рік; найстаршому — 97 років⁷⁷.

Поширення позалегенових форм туберкульозу зумовлено цілим спектром факторів ризику, серед яких найбільшу роль відіграють соціально-демографічні фактори та спосіб життя, а саме: низький рівень освіти, безробіття, бідність, безпритульність, історія ув'язнення, тютюнопаління, зловживання алкоголем та незаконними наркотиками⁷⁸.

Залежно від штаму, лікування туберкульозу може тривати від шести місяців до двох років і є гарантованим для всіх людей в Естонії. Лікування коштує 20 000 — 30 000 євро, але самим пацієнтам за нього платити не потрібно.

Смертність від туберкульозу в Естонії знаходиться на низькому рівні, але загалом хвороба створює значний тягар для системи охорони здоров'я країни. Естонія має один із найвищих у світі показників мультирезистентного туберкульозу. Багато в чому туберкульоз в країні пов'язаний з проблемою ВІЛ: поширеність ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ в Естонії є однією з найвищих у Європі.

За даними ВООЗ, зі зниженням захворюваності виникнуть нові проблеми. Оскільки проблема зменшується в масштабах, політичні та фінансові зобов'язання також можуть зменшитися – чого уряд Естонії має уникати, якщо країна хоче подолати хворобу. У найближчому майбутньому очікується дефіцит лікарів, медсестер та лабораторій через еміграцію, вибір альтернативної професії та вихід на пенсію. Крім того, в країні ще немає офіційно визнаної національної референс-лабораторії⁷⁹.

Проте Естонія досягла сприятливих умов для протидії туберкульозу: існують політичні зобов'язання; діє Національна протитуберкульозна програма з оптимальним лікуванням; послуги з туберкульозу надаються кваліфікованим персоналом; існують успішні приклади закупівлі та раціонального використання ліків; мережа лабораторій із забезпеченням якості та швидким тестуванням добре функціонує; протитуберкульозні служби інтегровані з іншими медичними послугами; а система фінансування протидії туберкульозу забезпечує загальне охоплення та доступ для всього населення, незалежно від правового та страхового статусу.

Окрім політичної волі, фахівці з туберкульозу вказують на інші причини успіху Естонії: заборону продажу ліків проти туберкульозу в аптеках, щоб зменшити зловживання ними; щорічне навчання всього фізично-лікарського персоналу міжнародними експертами; також країна забезпечила достатню кількість дефіцитних ліків, необхідних для протидії мультирезистентному туберкульозу.

⁷⁶ Balakrishnan, V., 2019. Managing tuberculosis in the Baltic states. [online] *The Lancet*. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(19\)30219-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30219-X/fulltext)

⁷⁷ Estonia approaching low tuberculosis burden country status, ERR, 2020 <https://news.err.ee/1101629/estonia-approaching-low-tuberculosis-burden-country-status>

⁷⁸ Rahu, K., Viiklepp, P., Villand, K., Pehme, L., Rahu, M., 1 January 2019, Respiratory tuberculosis incidence and mortality in Estonia: 30-year trends and sociodemographic determinants, [online] *Ingenta connect*/ Available at: <https://www.ingentaconnect.com/content/iuatld/ijtld/2019/00000023/00000001/art00017#>

⁷⁹ Estonia tuberculosis country brief, WHO, 2016 https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/335532/EST_TB_Brief_0223-AM-edits-D1-17-03-17.pdf



Грузія

Туберкульоз залишається важливою проблемою системи охорони здоров'я Грузії. Попри значний прогрес у впровадженні заходів протидії туберкульозу протягом останнього десятиліття, країна стикається з низкою важливих проблем, які вимагають подальшої активізації та раціоналізації зусиль для ефективного контролю над епідемією шляхом забезпечення загального доступу до профілактики, діагностики та лікування всіх форм захворювання, а також забезпечення ефективної інтеграції та управління інтервенціями для протидії туберкульозу у рамках загальної системи охорони здоров'я.

Уряд Грузії прагне виділяти більше фінансових та інших ресурсів для ефективної протидії туберкульозу. При розробці Національного стратегічного плану протидії туберкульозу керувалися Національною стратегією протидії туберкульозу на 2016-2020 роки. На основі середньострокового огляду даних за 2016 рік вказана стратегія була переглянута. Було визначено нові цілі та пріоритети Національного стратегічного плану протидії туберкульозу на період 2019-2022 років⁸⁰. Щоб чітко проілюструвати прогрес у досягненні цілей Стратегії припинення туберкульозу, включено оцінку захворюваності на туберкульоз у 2015 році (99 на 100 000) та смертності (5 на 100 000) як базову лінію для впливу та вибраних показників результатів. Розрахований план заходів був розроблений на цей чотирирічний період реалізації.

Правова база протидії туберкульозу у Грузії складається з набору законів і нормативних актів, які закріплюють право громадян Грузії на отримання якісних медичних послуг у середовищі без дискримінації, де захищені всі основні права та свободи людини. Конституція Грузії та перелічені нижче закони керують національною протидією туберкульозу і чітко визначають зобов'язання уряду в цій сфері:

- Закон Грузії про охорону здоров'я;
- Закон Грузії про медичну діяльність;
- Закон Грузії про права пацієнта;
- Закон Грузії про протидію туберкульозу.

Міністерство внутрішньо переміщених осіб з окупованих територій, праці, охорони здоров'я та соціальних питань Грузії відповідно до Закону Грузії про охорону здоров'я визначено основним органом, який відповідальний за керівництво, розробку та впровадження Національної стратегії профілактики та протидії туберкульозу.

Грузинський національний координаційний механізм (НКМ) з питань туберкульозу, ВІЛ/СНІДу та малярії є органом високого рівня, якому доручено сприяти горизонтальним зв'язкам та спільному управлінню програмами протидії хворобам. НКМ включає представників різних державних установ, агенцій міжнародної технічної допомоги, а також громадських організацій. Особливо важливою функцією НКМ є нагляд за реалізацією підтримки від Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією.

У грудні 2015 року був прийнятий Закон Грузії про протидії туберкульозу. Він визначає основні принципи протидії та зобов'язання держави щодо забезпечення постійного доступу до діагностики та лікування. Також наголошується на обов'язках пацієнтів, оскільки дотримання призначених схем лікування є критичним для цілей громадського здоров'я.

Відповідно до Закону Грузії про державний бюджет, розмір фінансування Державної програми проти туберкульозу визначається щорічно на послуги з діагностики та лікування, які надаються групам високого ризику та людям, які хворіють на туберкульоз.

Угода про асоціацію між Європейським Союзом (ЄС) та Грузією вимагає від країни покращити контроль над інфекційними захворюваннями, включаючи туберкульоз. Щоб виконати ці вимоги, уряд

⁸⁰ National Strategy for Tuberculosis Control in Georgia 2019-2022

<http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/National-Strategy-for-Tuberculosis-Control-in-Georgia-2019-2022.pdf>



Грузії докладає додаткових зусиль для посилення системи епідеміологічного нагляду за туберкульозом. Сстійкість до протимікробних препаратів є глобальною загрозою, і Уряд Грузії вважає своїм першочерговим зобов'язанням запобігти зростанню цього показника.

Попри значний прогрес, якого було досягнуто за останні роки, тягар туберкульозу, особливо його стійких до ліків форм, залишається високим у Грузії. За даними ВООЗ, у 2016 році захворюваність на туберкульоз становила 92 на 100 000 населення, що значно вище, ніж у середньому для Європейського регіону ВООЗ (32,6 на 100 000 населення). Приблизний рівень смертності у 2016 році становив 4,8 на 100 000 населення (без урахування випадків ко-інфекції туберкульозу/ВІЛ).

Послуги з контролю за поширенням туберкульозу у Грузії зазнали суттєвих змін за останнє десятиліття і надаються як державними, так і приватними закладами охорони здоров'я. Кількість протитуберкульозних лабораторій було скорочено та інтегровано в мережу лабораторій громадського здоров'я під управлінням НЦКЗ. Наразі до них входять шість регіональних лабораторних станцій спостереження в Ахалцихе, Горі, Озургеті, Поті, Телаві та Зугдіді та дві зональні діагностичні лабораторії у Батумі та Кутаїсі. Вся мережа контролюється Національною референтною лабораторією туберкульозу при Національному центрі туберкульозу та легеневих захворювань у Тбілісі.

Надання медичної допомоги, пов'язаної з туберкульозом у Грузії інтегровано в загальну систему надання медичних послуг, які були реорганізовані та реструктуризовані шляхом приватизації з 2012 року. Послуги з туберкульозу надаються спеціалізованими протитуберкульозними відділеннями, а також підрозділами первинної медико-санітарної допомоги (ПМД). Всього на районному та обласному рівнях функціонує 69 амбулаторних спеціалізованих протитуберкульозних відділень, які організаційно входять до приватних медичних закладів. Крім того, у державному секторі функціонують шість спеціалізованих протитуберкульозних стаціонарних закладів.

Цілі протидії туберкульозу у Грузії до 2022 року:

1. Розрахунковий рівень смертності від туберкульозу зменшити щонайменше на 35% (очікувана базова смертність у 2015 р. — 5 на 100 тис. населення);
2. Розрахунковий рівень захворюваності на туберкульоз знижений щонайменше на 20% (оцінка захворюваності на 2015 р. — 99 на 100 тис. населення);
3. Частка МР-ТБ становить менше ніж 12% серед нових випадків і менш як 35% серед випадків, які були проліковані раніше;
4. Забезпечено загальний доступ до діагностики та лікування всіх форм туберкульозу, включаючи МР/ХР-ТБ:
 - діагностовано щонайменше 90% випадків МР-ТБ;
 - принаймні 75% усіх зареєстрованих випадків МР-ТБ успішно виліковуються.

○ Завдання Національного стратегічного плану:

1. Забезпечити загальний доступ до ранньої та якісної діагностики всіх форм туберкульозу, включаючи МР/ХР-ТБ.

Стратегічні інтервенції для виконання завдання включають:

- 1) підтримку розгортання швидкого молекулярне тестування на районному рівні;
 - 2) впровадження рекомендованої ВООЗ діагностики в референс-лабораторії;
 - 3) покращення дослідження контактів, скринінгу та активного виявлення випадків провайдерми первинної медичної допомоги та ОГС;
 - 4) підтримка рутинної роботи лабораторної служби.
2. Забезпечити загальний доступ до якісного лікування всіх форм туберкульозу, включаючи МР/ХР-ТБ з відповідною підтримкою пацієнтів.



Стратегічні інтервенції для виконання завдання включають:

- 1) забезпечення безперебійного постачання якісних протитуберкульозних препаратів та ефективним контролем їх прийому;
 - 2) забезпечення належної підтримки пацієнта задля прихильності до лікування;
 - 3) забезпечення належного моніторингу лікування, лікування побічних реакцій та супутніх захворювань;
 - 4) поліпшення інфекційного контролю;
 - 5) профілактичне лікування та вакцинація проти туберкульозу;
 - 6) підтримка діяльності установ, які займаються лікуванням туберкульозу.
3. Створити сприятливі умови та системи для ефективної протидії туберкульозу

Стратегічні інтервенції для виконання завдання включають:

- 1) посилення ключових функцій і процесів у системі охорони здоров'я для протидії туберкульозу;
- 2) нагляд, моніторинг та оцінка Національної програми протидії туберкульозу;
- 3) підтримка адвокації, комунікації, соціальної мобілізації та залучення громадянського суспільства до протидії туберкульозу;
- 4) дослідження пріоритетних питань протидії туберкульозу.

○ Фінансування заходів протидії туберкульозу

Державне фінансування

Загальні витрати на охорону здоров'я (з усіх джерел) становили 2,79 млрд ларі (близько 1,4 млрд дол. США) у 2016 р. З них, попри тенденцію до зниження (з 66,9% у 2013 році до 56,9% у 2016 році) прямі виплати з власної кишені пацієнтами / домогосподарствами були найбільшою часткою в оплаті медичних послуг, далі йдуть державний бюджет (38%), приватне медичне страхування (6%), інші внутрішні джерела (2,4%) та зовнішня допомога (1,1%).

Що стосується загальних державних видатків у сфері охорони здоров'я, то спостерігається значне і постійне зростання державного фінансування охорони здоров'я протягом останніх років; між 2012 і 2016 роками цей рівень зріс з 450,3 млн ларі до 1,06 млрд ларі (збільшення у 2,3 раза).

Загальні витрати, безпосередньо пов'язані з протидією туберкульозу у Грузії (з усіх джерел) збільшилися з 21,4 мільйона ларі у 2012 році до 29,9 мільйона ларі у 2016 році (39%). Державне фінансування збільшилося з 10,9 млн ларі у 2012 році до 13,68 млн ларі у 2016 році (51% від загальних витрат на протидію туберкульозу). За період з 2012 по 2016 рр. сума платежів з власної кишені пацієнтами/домогосподарствами зменшилася вдвічі, а її частка зменшилася менше ніж на одну третину від рівня 2012 року.

Державні витрати на послуги з туберкульозу на один випадок туберкульозу (усі форми) зросли з 2 194 ларі у 2012 році до 4 569 ларі у 2016 році (в еквіваленті доларів США від 1 329 до 1 942, 656). Найбільша частка коштів витрачається на лікувальні послуги; у цій категорії витрати на стаціонарне лікування все ще переважають над витратами на амбулаторну допомогу. За статтями найбільша частка коштів витрачається на заробітну плату персоналу, далі йдуть непрямі витрати, харчування для стаціонарних пацієнтів, а також лабораторно-діагностичних послуг.

Зовнішнє фінансування

Зовнішня фінансова підтримка протидії туберкульозу у Грузії була значною та внесла важливий внесок у зміцнення Національного плану протидії туберкульозу. Проте за останні п'ять років (2012-2016 роки) зменшилася кількість програм та проєктів матеріально-технічної допомоги, а також розмір внесків



зовнішнього фінансування на протидію туберкульозу. Головними міжнародними партнерами у сфері протидії туберкульозу є Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (TGF), Уряд Сполучених Штатів/USAID, ВООЗ та Лікари без кордонів (MSF) Франція.

Частка прямих зовнішніх внесків у загальних розрахункових асигнуваннях на протидію туберкульозу у країні знизилася з 47% у 2012 році до 38% у 2015 році з подальшим збільшенням до 47% у 2016 році. Глобальний фонд був основним зовнішнім джерелом фінансування, на його частку припадає 58% загального обсягу підтримки міжнародного фінансування у сфері протидії туберкульозу у 2012-2016 рр. Щодо характеру допомоги, більша частина зовнішньої підтримки, пов'язаної з туберкульозом, у 2016 році (56%) була спрямована на постачання медичних товарів (препарати проти туберкульозу та інші медичні витратні матеріали), за якими слідують різноманітні допоміжні засоби, класифіковані під управління, адміністрування та фінансування системи охорони здоров'я (28%).

1.1.5. Висновки та рекомендації огляду

Висновки огляду успішних практик подолання епідемії ВІЛ-інфекції у Великій Британії, Естонії та Бразилії

Країни, обрані для аналізу, протягом останньої декади продемонстрували значний прогрес у подоланні поширення ВІЛ-інфекції. Успіх їхніх стратегій обумовлений різними факторами — від значного інвестування коштів для виконання національних стратегій до цільового впровадження інтервенцій серед ключових груп з високим ризиком поширення ВІЛ. Пандемія COVID-19 поставила під загрозу швидкість виконання цілей Fast Track, водночас дані за останні два роки (2020-2021) недоступні для всіх країн. Це наразі дещо ускладнює об'єктивну оцінку впливу пандемії на прогрес подолання ВІЛ-інфекції як у цих країнах, так і глобально.

Велика Британія

Велика Британія на шляху до повної ліквідації нових випадків ВІЛ-інфекцій до 2030 року. Цілі 90-90-90 наразі навіть перевиконані і станом на 2020 рік становлять 94-98-97, тому є високі шанси досягнення цілі 2030 року. Стратегія країни направлена не лише на максимальне виявлення випадків, але й їхнє раннє виявлення, аби забезпечити вчасне лікування АРТ, знизити рівень поширення вірусу та зменшити смертність внаслідок причин зумовлених ВІЛ та СНІДом (через виявлення вірусу на пізніх стадіях).

Досягти прогресу зокрема вдалося через такі заходи:

Впровадження всеохопної системи тестування на ВІЛ. Тестування доступне здебільшого у службах сексуального здоров'я, також впроваджується на первинному спеціалізованому рівнях у районах високого та надзвичайно високого поширення ВІЛ-інфекції, у відділеннях невідкладної допомоги, через доступ до наборів для самостійного тестування та оцінки ризиків мати ВІЛ (онлайн) та таргетно серед ключових груп. Крім цього впроваджується принцип «сповіщення партнера» для відстеження та сповіщення контактів ВІЛ-інфікованої людини. В найближчі роки стратегія пропонує розширити локації для тестування та збільшити залучення медичних закладів NHS у цей процес.

Підтримка своєчасного скерування вперше виявлених випадків ВІЛ для отримання АРТ та іншого необхідного догляду. Основна мета в найближчі роки знизити до нуля кількість людей, які не отримують необхідної допомоги після виявлення ВІЛ-інфекції.

Впровадження ефективних програм профілактики поширення ВІЛ-інфекції. Це втілюється з допомогою Національної програми профілактики ВІЛ через забезпечення доступу до препаратів доконтактної профілактики — найбільш ефективного способу запобігання ВІЛ-інфекції, особливо у групах



високого ризику поширення ВІЛ (наприклад, серед чоловіків, які мають секс з чоловіками). Програма також передбачає значне залучення фінансування, аби постійно збільшувати доступ до цих препаратів.

Запобігання ВІЛ серед людей, які пережили сексуальне насильство чи мали ризикований контакт через забезпечення постконтактної терапії у найбільш поширених локаціях надання допомоги, зокрема у відділеннях невідкладної допомоги.

Естонія

Серед аналізованих країн, стратегія Естонії найбільше зосереджена на групах високого ризику поширення ВІЛ. У цьому напрямку продемонстровані успішні результати. Досягти прогресу зокрема вдалося через такі заходи:

Цільова робота з групами ризику поширення ВІЛ. Особливу увагу в країні приділяють людям, які вживають ін'єкційні наркотики, та ув'язненим.

Впровадження інтегрованого підходу до надання послуг профілактики та лікування для ключових груп, що передбачає забезпечення цілісного підходу до діагностики та надання послуг представникам цих груп. Серед успішних прикладів:

- Програма центрів обміну голками та шприців (зменшення ризиків поширення ВІЛ, зменшення ризиків шкоди вживання, тестування на ВІЛ та інші інфекційні хвороби, підтримка);
- Поєднання послуг отримання замісної підтримувальної терапії (ЗПТ) та видачі АРТ, що дозволяє покращувати прихильність до прийому АРТ та відповідно досягнення невизначеного вірусного навантаження.

Бразилія

Бразилія є країною, досвід якої у подоланні ВІЛ, вважається успішним. У країні спостерігається високий рівень доступу до антиретровірусних препаратів, широко розповсюджене тестування на ВІЛ, особливо серед ключових груп, також працює програма профілактики передачі ВІЛ через поширення препаратів доконтактної профілактики та високий рівень забезпечення цими препаратами. Досягти прогресу зокрема вдалося через такі заходи:

Забезпечення сталого фінансування подолання епідемії ВІЛ та його щорічне збільшення. Заходи протидії ВІЛ визнано одним з пріоритетів у роботі уряду, що підтверджує факт виділення значної частки фінансування стратегії коштом національних ресурсів (майже 99% усіх дій). Водночас фінансування діяльності подолання епідемії ВІЛ постійно зростає, фактично від початку 1990-х років, що забезпечує безперервність втілення стратегій, й відповідно — їхню ефективність.

Забезпечення широкого доступу до тестування на ВІЛ для загального населення та ключових груп, які мають високі ризики поширення ВІЛ. Серед основних заходів у цьому напрямку: включення первинного рівня медичної допомоги до проведення тестування, надання доступу до наборів самотестування на ВІЛ, навчання і залучення неурядових організацій для покращення охоплення тестуванням ключових груп.

Раннє розширення доступу до АРТ. Бразилія стала однією з перших країн, яка надала доступ до АРТ усім ЛЖВ, незалежно від рівня CD4 клітин. Це допомогло розпочати лікування значно раніше, відповідно ефективно знижувати ризики передачі ВІЛ-інфекції через досягнення ЛЖВ вірусної супресії.

Міське виробництво АРТ дозволило покрити потребу в АРТ та знизити ціни на ці препарати. Завдяки цьому вдалося забезпечити ранній доступ до лікування. Крім цього, Бразилія частково забезпечує АРТ деякі країни Центральної Америки.



Впровадження програм профілактики ВІЛ, особливо у ключових групах. Бразилія почала пропонувати доконтактну профілактику (PrEP) ще у січні 2018 року.

Забезпечення безперервності доступу до препаратів для лікування та профілактики ВІЛ під час пандемії COVID-19. Під час впровадження обмежень використовувалася телемедицина (для консультування) та надсилання препаратів поштою.

Висновки огляду успішних практик протидії туберкульозу у Великій Британії, Естонії та Грузії

Країни, які були обрані для аналізу, демонструють різний рівень досягнення прогресу у протидії поширенню туберкульозу. Велика Британія та Естонія досягли значних успіхів у протидії вказаній хворобі. У цих країнах зменшуються показники захворюваності та смертності, проводиться активна робота щодо профілактики нових випадків інфікування, активно оновлюються та імплементуються протоколи лікування, фінансування протидії туберкульозу знаходиться на достатньому рівні. Водночас у Грузії показники захворюваності та смертності все ще є набагато вищими ніж у середньому для Європейського регіону ВООЗ. Це потребує подальшої консолідації зусиль уряду країни та координації на всіх ланках лікувального процесу.

Велика Британія

Основна частка випадків захворювання на туберкульоз (близько 75%) реєструється серед іноземців та мігрантів. Тому велика увага приділяється іноземцям та мігрантам. Поточні стратегії подолання хвороби імплементуються на національному та локальному рівнях. Завдяки впровадженню Стратегії протидії туберкульозу для Англії на 2015–2020 вдалося досягти значного зниження захворюваності. У липні 2021 року було прийнято План дій проти туберкульозу для Великої Британії на 2021–2026. Які заходи впроваджуються в країні на досягнення цілей стратегії:

Покращення доступу до послуг та забезпечення ранньої та якісної діагностики. Розпочато та продовжується реалізація програми тестування та лікування нової латентної туберкульозної інфекції серед мігрантів.

Посилення нагляду та моніторингу. У 2019 році проведено Національне точкове дослідження поширеності соціальних потреб хворих на туберкульозу за результатами якого дослідження було розроблено нову національну систему епіднагляду за туберкульозом та поліпшення надання послуг пацієнтам із соціальними потребами.

Посилення кадрового потенціалу та спроможності мережі, зокрема через організацію тренінгових програм, взаємодію з місцевими спільнотами для подолання туберкульозу серед залученого персоналу. Також розроблено онлайн-модулі електронного навчання для сімейних лікарів.

Впроваджено **стратегічні інноваційні ініціативи**, наприклад, надання житла чи створення фонду для безпритульних людей з туберкульозом у Лондоні.

Естонія

Завдяки активній роботі уряду країна наближається до фази низької захворюваності у протидії туберкульозу, проте залишається однією з країн, з найбільшим поширенням МР-ТБ (мультирезистентного туберкульозу).

Естонія постійно **вдосконалює доступ по лікування та покращує його ефективність.** Зокрема впроваджує сучасні протоколи лікування, проводить закупівлю ліків, зокрема, для лікування МР-ТБ, та забезпечує їх раціональне використання. Введено заборону продажу препаратів проти туберкульозу в



аптеках, щоб зменшити зловживання ними. Водночас країна забезпечує загальне охоплення та доступ до лікування для всього населення, незалежно від правового та страхового статусу.

Також уряд країни оновлює **медичну інфраструктуру** та інвестує в її розвиток задля протидії туберкульозу. Сучасна мережа лабораторій, яка проводить якісне та швидке тестування на добре функціонує, попри відсутність у країні офіційно визнаної національної референс-лабораторії. Протитуберкульозні служби інтегровані з іншими медичними послугами, що забезпечує супровід пацієнта на всіх етапах надання медичної допомоги.

Велика увага приділяється **навчанню медичних кадрів**. Послуги з лікування та діагностики туберкульозу надаються кваліфікованими фахівцями, для всього фтизіатричного персоналу проводяться щорічні тренінги та навчальні курси за участю міжнародних експертів. Водночас за прогнозами експертів, у найближчому майбутньому може очікуватися дефіцит лікарів та медсестер через еміграцію, вибір альтернативної професії та вихід на пенсію. Саме тому країна повинна розробити ефективну кадрову політику, спрямовану на забезпечення пацієнтів та медичної системи достатньою кількістю висококваліфікованих медичних працівників.

Грузія

Країна все ще на шляху до зменшення рівнів захворюваності та смертності від туберкульозу. За останні роки **проведено оптимізацію мережі протитуберкульозних лабораторій** та інтегровано її в мережу лабораторій громадського здоров'я під управлінням НЦКЗ.

Послуги з туберкульозу надаються спеціалізованими протитуберкульозними відділеннями, а також підрозділами первинної медико-санітарної допомоги (ПМД), що забезпечує можливість **ширшого охоплення населення** та доступ до діагностики та лікування через більшу кількість точок надання медичної допомоги.

Країна розробила **Національний стратегічний план на 2019-2022 роки**, який передбачає забезпечення загального доступу до ранньої та якісної діагностики та лікування всіх форм туберкульозу, включаючи МР/ХР-ТБ, а також створення сприятливих умов та системи для ефективної протидії туберкульозу. У зв'язку з тим, що вказаний план зараз перебуває на стадії реалізації, неможливо оцінити ефективність обраної стратегії щодо подолання туберкульозу в Грузії.

Рекомендації на основі огляду успішних практик подолання епідемії ВІЛ та протидії туберкульозу у країнах, обраних для аналізу

Щодо стратегії подолання епідемії ВІЛ-інфекції:

Застосування практик проаналізованих країн у контексті досвіду України можуть суттєво прискорити виконання цілей Fast Track та загалом покращити ефективність діагностики, якість надання медичної допомоги ЛЖВ та якість їхнього життя.

Для кращого виявлення випадків ВІЛ-інфекції необхідно розширювати мережу тестування на ВІЛ. За прикладом проаналізованих країн, варто більше залучати до цього процесу первинну ланку медичної допомоги. Ефективним також може бути проведення тестування на ВІЛ у відділеннях невідкладної допомоги, а також ширше залучення до тестування загальної популяції у регіонах високого поширення ВІЛ-інфекції. З метою виявлення випадків серед груп ризику, також рекомендовано залучати до цього процесу неурядові (чи інші організації), які залучені у роботу з представниками груп ризику. Для цього може бути розроблена окрема програма для навчання співробітників організацій.

Варто розглянути більш інтенсивне впровадження та розширення практик інтегрованого підходу для груп ризику поширення ВІЛ. Це передусім передбачає вдосконалення підходів до тестування (наприклад, розширення опцій для обов'язкового тестування у закладах, де працюють фахівці з сексуального



здоров'я). З іншого боку — необхідна інтеграція допомоги для вже виявлених випадків ВІЛ серед груп ризику. Це, наприклад, поєднання отримання кількох послуг одночасно (як у випадку видачі АРТ під час отримання ЗПТ серед людей, які вживають ін'єкційні наркотики).

Для підвищення ефективності лікування, важливо зменшувати час між встановленням діагнозу та початком прийому АРТ. Варто збільшувати обізнаність медичного персоналу будь-якого рівня про важливість швидкого переходу до лікування (прийому АРТ) після позитивного тесту та за будь-якого рівня CD4-клітин, а також покращувати знання про маршрут пацієнта у разі отримання позитивного тесту на ВІЛ.

Аби зберегти прихильність ЛЖВ до регулярного прийому АРТ, важливо покращувати доступ до препаратів з найбільш простими схемами (наприклад, прийом лише одна таблетка раз на день) та покращити систему інформування про можливі побічні дії препаратів. Особливо важливо забезпечувати такими препаратами ЛЖВ з груп ризику, та усіх пацієнтів, яким може бути складно дотримуватися більш складної схеми лікування, що надалі може спричиняти відмову від нього.

Не менш важливим є розширення доступу до найбільш сучасних препаратів профілактики ВІЛ (доконтактної профілактики) особливо серед груп високого ризику поширення інфекції. Варто впроваджувати більше освітніх та комунікаційних інструментів для поширення знання як серед загальної популяції, так і серед груп ризику про наявність такої терапії, яка ефективно здатна попередити ВІЛ-інфекцію. До цього процесу також варто активно залучати первинну ланку медичної допомоги.

Зокрема важливо поширювати обізнаність медичних працівників усіх рівнів та загальної популяції про можливість отримання АРТ для постконтактної профілактики. Варто зробити доступними ці препарати серед людей, які мають високий ризик поширення ВІЛ (та не приймають доконтактну профілактику), а також у відділеннях невідкладної допомоги, куди можуть бути доставлені пацієнти, які могли мати високий ризик контакту з ВІЛ (наприклад, жертви насильства).

Усі вищевказані інтервенції будуть малоефективними без роботи у сфері зменшення стигми та дискримінації діагнозу ВІЛ-інфекції як такого та людей, які її мають, як серед медичних працівників, так і загальної популяції. Варто взяти за приклад досвід Великої Британії, яка на національному рівні впроваджує заходи зменшення дискримінації та збільшення обізнаності про ВІЛ серед працівників системи охорони здоров'я.

Щодо стратегії протидії туберкульозу

Однією з рекомендацій, які можуть бути запропоновані після аналізу міжнародних практик подолання туберкульозу, є забезпечення імунопрофілактики. Станом на сьогодні єдина вакцина доступна для широкого застосування БЦЖ, яка, переважно, забезпечує захист від легеневих форм туберкульозу.

Додатково необхідно посилити спроможності первинної ланки медичної допомоги для скринінгу на туберкульоз осіб із груп ризику, та подальшого амбулаторного лікування. Це допоможе наблизити медичну допомогу до пацієнта та забезпечити більшу прихильність до лікування. Завдяки впровадженню індикаторів якості роботи сімейних лікарів вказаний процес може бути більш контрольованим.

Ще одним кроком до подолання туберкульозу повинна стати боротьба з антибіотикорезистентністю. Неконтрольоване споживання антибактеріальних препаратів може бути знижено завдяки широкому впровадженню електронного рецепта, а також чіткому дотриманню оновлених стандартів лікування туберкульозу. Контроль за дотриманням ефективного призначення антибактеріальних препаратів також може здійснюватися шляхом впровадження індикаторів якості роботи медичних працівників.

Як свідчить міжнародна практика, подальша інтеграція протитуберкульозних закладів в загальну мережу надання медичної допомоги також забезпечує доступність медичної допомоги пацієнтам з туберкульозом та дозволяє підвищити якість надання медичної допомоги. Надання медичних послуг пацієнтам у багатопрофільних закладах дозволяє залучати спеціалістів різного профілю до процесу лікування у разі загострення супутніх захворювань, а також робить лікування економічно ефективним.



Додатково необхідно проводити активну роботу з лікарями та медичними сестрами щодо оновлених стандартів лікування та діагностики туберкульозу шляхом провадження широкої інформаційної кампанії, проведення тренінгів, семінарів, воркшопів за участі міжнародних експертів. Вказані активності повинні бути інтегровані в систему безперервного професійного розвитку для заохочення медичних працівників брати активну участь у таких типах заходів.

1.2. ДОСВІД УКРАЇНИ У СФЕРІ ЗАПОБІГАННЯ ТА ПРОТИДІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ, ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ ТА ЗАЛЕЖНОСТЕЙ В РОЗРІЗІ РЕФОРМИ СИСТЕМИ ФІНАНСУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

1.2.1. Національне законодавство у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням Запобігання виникненню та поширенню інфекційних хвороб в Україні регулюється двома основними законами.

Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб»⁸¹ визначає правові, організаційні та фінансові засади діяльності органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування, підприємств, установ та організацій, спрямованої на запобігання виникненню і поширенню інфекційних хвороб людини, локалізацію та ліквідацію їх спалахів та епідемій, встановлює права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері захисту населення від інфекційних хвороб.

Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення»⁸² регулює суспільні відносини, які виникають у сфері забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя, визначає відповідні права і обов'язки державних органів, підприємств, установ, організацій та громадян, встановлює порядок організації державної санітарно-епідеміологічної служби і здійснення державного санітарно-епідеміологічного нагляду в Україні.

Водночас в Україні ухвалена у 2019 році та діє Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року⁸³, метою якої визначено подолання епідемій ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів шляхом створення та функціонування ефективних, інноваційних, гнучких систем надання якісних і доступних послуг профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки, що базуються на правах та потребах людини і пацієнта. Визначені стратегічні та оперативні цілі окремо для протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України, яким ухвалена Стратегія, доручено, зокрема, Міністерству охорони здоров'я України, забезпечити розроблення трирічних планів заходів з її реалізації. Проєкт розпорядження Кабінету Міністрів України «Про затвердження Плану заходів на 2021–2023 роки щодо реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» був розроблений, винесений на громадське обговорення, але не був затверджений.

⁸¹ Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>

⁸² Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII

<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>

⁸³ Розпорядження КМУ «Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» від 27 листопада 2019 р. № 1415-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>



Основні нормативно-правові документи у сфері протидії туберкульозу

Правові, організаційні та фінансові засади діяльності, спрямованої на протидію виникненню та поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз, і права, обов'язки та відповідальність юридичних і фізичних осіб у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, визначено і встановлено Законом України «Про протидію захворювання на туберкульоз»⁸⁴ (далі – Закон).

Виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу забезпечується медичними працівниками відповідно до стандарту медичної допомоги (Стаття 9 зазначеного Закону). Стандарти охорони здоров'я при туберкульозі затверджені **наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25 лютого 2020 р.** № 530, до яких внесені зміни наказом МОЗ України від 6 листопада 2021 р № 2161⁸⁵.

З метою своєчасного виявлення хворих на туберкульоз і осіб, інфікованих мікобактеріями туберкульозу, та запобігання поширенню цього захворювання здійснюються обов'язкові профілактичні медичні огляди на туберкульоз (частина 2 статті 9 Закону). На виконання вимоги зазначеної норми Міністерством охорони здоров'я України наказом від 15 травня 2014 р. № 327⁸⁶ затверджений, зокрема, Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів на туберкульоз, який деталізує особливості проведення таких профілактичних медичних оглядів.

Медична допомога хворим на туберкульоз надається амбулаторно або в умовах стаціонару протитуберкульозного закладу відповідно до галузевих стандартів медичної допомоги та стандарту інфекційного контролю за захворюванням на туберкульоз, повноваження щодо затвердження якого покладено на Міністерство охорони здоров'я України (стаття 10 Закону).

Стандарт інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз затверджений наказом від 1 лютого 2019 р. № 28787 Міністерством охорони здоров'я України.

Також особливості вжиття спеціальних заходів профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, у тому числі туберкульозу, визначені Основами законодавства України про охорону здоров'я⁸⁸.

У 2019 році з метою удосконалення протитуберкульозної медичної допомоги в Україні Кабінет Міністрів України схвалив Державну стратегію розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню⁸⁹. Для реалізації зазначеної Державної стратегії Кабінет Міністрів України затвердив план заходів на 2020-2023 роки⁹⁰.

⁸⁴ Закон України «Про протидію захворювання на туберкульоз» від 05 липня 2001 р. №2586-III <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>

⁸⁵ Наказ МОЗ України «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі» від 6 жовтня 2021 р. № 2161 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-06102021--2161-pro-vnesennja-zmin-do-standartiv--ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-pri-tuberkulozi>

⁸⁶ Наказ МОЗ України «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу» від 15 травня 2014 р. № 327 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0576-14#Text>

⁸⁷ Наказ МОЗ України «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз» від 1 лютого 2019 р. № 287 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19#Text>

⁸⁸ Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>

⁸⁹ Розпорядження КМУ «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» від 27 листопада 2019 р. № 1414-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>

⁹⁰ Розпорядження КМУ «Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки» від 18 листопада 2020 р. № 1463-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1463-2020-p#Text>



Відповідно до цього плану заходів до 2023 року, зокрема, мають бути утворені 27 регіональних фтизіопульмонологічних центрів шляхом реорганізації (злиття) регіональних протитуберкульозних закладів в єдиний такий заклад в регіоні, а також введення у регіональних фтизіопульмонологічних центрах посад районних фтизіатрів залежно від епідемічної ситуації для організації лікування пацієнтів з туберкульозом в амбулаторних умовах. Це не стосується протитуберкульозних закладів, що підпорядковуються Міністерству юстиції України.

Станом на початок 2022 року реорганізація регіональних протитуберкульозних закладів завершена, відповідно, створені регіональні фтизіопульмонологічні центри, які у 2021 році уклали договори про медичне обслуговування населення з НСЗУ за пакетом медичних послуг «Лікування дорослих та дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах».

Процедура організації обов'язкового профілактичного медичного огляду, обстеження та лікування хворих на туберкульоз осіб, взятих під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань, закладами охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби та протитуберкульозними закладами в адміністративно-територіальних одиницях, на території яких розташовані відповідні установи виконання покарань та слідчі ізолятори Державної кримінально-виконавчої служби визначена у Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи тим, які тримаються в установах виконання покарань, затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 25 червня 2014 року № 205⁹¹.

Медична допомога хворим на туберкульоз іноземцям та особам без громадянства надається нарівні з громадянами України (стаття 19 Закону). При цьому на Міністерство охорони здоров'я України покладено повноваження щодо визначення порядку виявлення хворих на туберкульоз іммігрантів, водночас станом на сьогодні дане питання не врегульовано.

Основні нормативно-правові документи у сфері протидії ВІЛ/СНІД

Порядок правового регулювання діяльності у сфері профілактики, лікування, догляду і підтримки, необхідних для забезпечення ефективної протидії поширенню хвороби, зумовленої вірусом імунодефіциту людини, та відповідні заходи щодо правового і соціального захисту людей, які живуть з ВІЛ визначає Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ»⁹² (далі – Закон).

Безоплатне тестування з метою виявлення ВІЛ, відповідне до-тестове і післятестове консультування, підготовка і видача висновку про результати такого тестування може здійснюватися медичними закладами незалежно від форми власності та підпорядкування, службами соціальної підтримки та іншими організаціями, що працюють у сфері протидії поширенню хвороб, зумовлених ВІЛ, мають відповідну ліцензію на здійснення такого виду діяльності та акредитовану в установленому законодавством порядку медичну лабораторію (частина 4 статті 6 Закону).

Послідовності дій під час проведення тестування на ВІЛ визначена у Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію та забезпечення якості досліджень, затвердженому Міністерством охорони здоров'я України⁹³.

⁹¹ Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань» від 25 червня 2014 року № 205 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/205-2014-%D0%BF#Text>

⁹² Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12 грудня 1991 р. 1972-XII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>

⁹³ Наказ МОЗ України «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 05 квітня 2019 р. № 794 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0698-19#Text>



При цьому механізм встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції громадянам України визначено Порядком встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України⁹⁴.

Реєстрація, ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, здійснення медичного нагляду за зазначеними особами забезпечуються відповідними закладами охорони здоров'я державної та комунальної форми власності, визначеними спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань (стаття 9 Закону). Механізм обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення медичного нагляду за такими особами визначені Порядком ведення обліку людей, які живуть з ВІЛ, та здійснення медичного нагляду за ними, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 р. № 585.

Надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, здійснюється у порядку, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 р. № 585. При цьому медична допомога ВІЛ-інфікованим дітям, дітям, народженим ВІЛ-інфікованими жінками, та ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам надається відповідно до Інструкції про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини⁹⁵.

Іноземці та особи без громадянства, які постійно проживають в Україні, особи, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, інші іноземці та особи без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, мають право на проведення тестування з метою виявлення ВІЛ з одержанням кваліфікованої консультації до і після проведення тестування (стаття 6 Закону).

Механізм встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції іноземцям та особам без громадянства, які постійно проживають в Україні, особам, які звернулися за наданням статусу біженця та яким надано статус біженця в Україні, іншим іноземцям та особам без громадянства, які на законних підставах тимчасово перебувають на території України, визначено Порядком встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2013 р. № 585.

Окремі питання у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу були врегульовані указами Президента України.

Для забезпечення виконання Кабінетом Міністрів України функцій Національного координатора з виконання програм Глобального фонду для боротьби із СНІДом, туберкульозом та малярією в Україні у 2007 році була утворена Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу⁹⁶. Поряд з цим, було утворено регіональні ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу.

Для врегулювання окремих питань у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу Міністерством охорони здоров'я України було затверджено ряд протоколів та стандартів:

- Наказ МОЗ України від 05.02.2021 № 189 «Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції»⁹⁷;
- Наказ МОЗ України від 31.12.2014 № 1039 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)»⁹⁸;

⁹⁴ Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ» від 10 липня 2013 р. № 585 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-13#Text>

⁹⁵ Спільний наказ «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» від 23 листопада 2007 р. № 740/1030/4154/321/614а <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text>

⁹⁶ Постанова КМУ «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 11 липня 2007 р. № 926 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/926-2007-n#Text>

⁹⁷ Наказ МОЗ України «Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції» від 05 лютого 2021 р. № 189 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0189282-21#Text>

⁹⁸ Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)» від 31 грудня 2014 р. № 1039 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1039282-14#Text>



- Наказ МОЗ України від 24.02.2015 № 92 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям»⁹⁹;
- Наказ МОЗ України від 05.06.2019 № 1292 «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції»¹⁰⁰;
- Наказ МОЗ України від 05.11.2013 № 955 «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків»¹⁰¹.

Основні нормативно-правові документи у сфері протидії вірусним гепатитам

Для врегулювання окремих питань у сфері протидії вірусним гепатитам Міністерством охорони здоров'я України було затверджено ряд протоколів та стандартів:

- Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дорослих», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 р. № 51¹⁰²;
- Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит С у дітей», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 р. № 50¹⁰³;
- Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дорослих», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 р. № 49¹⁰⁴;
- Стандарти медичної допомоги «Вірусний гепатит В у дітей», затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України від 15 січня 2021 р. № 48¹⁰⁵.

Основні нормативно-правові документи з питань наркозалежності

Систему постановки діагнозу психічних та поведінкових розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин визначає Закон України «Про психіатричну допомогу»¹⁰⁶.

⁹⁹ Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям» від 24 лютого 2015 р. № 92

https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_92_nakaz_vil_dity.pdf

¹⁰⁰ Наказ МОЗ України «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції» від 5 червня 2019 р. № 1292

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1292-pro-zatverdzhennja-novogo-klinichnogo-protokolu-iz-zastosuvannja-antiretrovirusnih-preparativ-dlja-likuvannja-ta-profilaktiki-vil-infekcii>

¹⁰¹ Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» від 5 листопада 2013 р. № 955 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>

¹⁰² Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих» від 15 січня 2021 № 51

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--51-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-c-u-doroslih>

¹⁰³ Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дітей» від 15 січня 2021 № 50

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--50-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-c-u-ditej>

¹⁰⁴ Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дорослих» від 15 січня 2021 № 49

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--49-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-v-u-doroslih>

¹⁰⁵ Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дітей» від 15 січня 2021 № 48

<https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--48-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-v-u-ditej>

¹⁰⁶ Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489-III <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>



Своєю чергою, систему заходів в Україні, спрямованих проти незаконного обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживання ними визначає Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними»¹⁰⁷. Цим же законом встановлені заходи протидії незаконному вживанню наркотичних засобів або психотропних речовин, зокрема, медичний огляд та медичне обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами, добровільне та примусове лікування осіб, хворих на наркоманію (розділ III Закону).

Національні цілі щодо охоплення лікуванням замісною підтримувальною терапією визначені у Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Порядок проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами, визначено спільним наказом МОЗ України та МВС України¹⁰⁸.

Загальні питання обігу наркотичних лікарських засобів, регулювання обсягів зберігання лікарських засобів у закладах охорони здоров'я або аптечних закладах, видача лікарських засобів для самостійного прийому визначається Порядком придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я¹⁰⁹.

Стандарти медичної допомоги при психічних та поведінкових розладах внаслідок вживання опіоїдів затверджені наказом МОЗ України¹¹⁰.

Водночас проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів у закладах охорони здоров'я незалежно від форм власності та організаційно-правової форми діяльності, що одержали відповідну ліцензію, визначає Порядок проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів, затверджений відповідним наказом МОЗ України¹¹¹.

1.2.2. Національне законодавство у розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я

У 2018 році в Україні розпочалися зміни у системі фінансування охорони здоров'я, які регулюються Законом України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (далі – Закон 2168)¹¹².

¹⁰⁷ Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 р. № 62/95-ВР <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>

¹⁰⁸ Спільний наказ МОЗ України та МВС України «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» від 16.06.1998 р. № 158/417 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0482-98#Text>

¹⁰⁹ Постанова КМУ «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 13 травня 2013 року № 333 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>

¹¹⁰ Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів» від 09.11.2020 р. № 2555 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>

¹¹¹ Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» від 27.03.2012 № 200 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>

¹¹² Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. № 2168-VIII <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>



Законом 2168, зокрема, запроваджено поняття програми державних гарантій медичного обслуговування населення (далі – програма медичних гарантій), під якою розуміється програма, що визначає перелік та обсяг медичних послуг (включаючи медичні вироби) та лікарських засобів, повну оплату надання яких пацієнтам держава гарантує коштом Державного бюджету України.

Центральним органом виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, та єдиного закупівельника медичних послуг для населення в Україні Законом 2168 визначено Національну службу здоров'я України, що була створена постановою Кабінету Міністрів України¹¹³.

На всій території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг та лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій (стаття 10 Закону 2168). До тарифів можуть застосовуватись коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є також єдиними для всієї території України. Методика розрахунку тарифів та коригувальних коефіцієнтів затверджується Міністерством охорони здоров'я за погодженням з Міністерством фінансів України. Наразі така Методика затверджена наказом Міністерства охорони здоров'я України¹¹⁴.

При цьому надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій та, відповідно, отримання коштів з Державного бюджету України за фактично надані медичні послуги, відбувається на підставі договору про медичне обслуговування населення, який укладається між НСЗУ та надавачем медичних послуг.

Державні та комунальні заклади охорони здоров'я для укладення договорів із НСЗУ мають здійснити реорганізацію у казенні та комунальні некомерційні підприємства. Задля цього у 2017 році Верховною Радою України було внесено зміни до деяких законодавчих актів України, зокрема, Господарського кодексу України, щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я. Ці зміни також надали можливість та отримати достатній рівень самостійності для надання ефективного і своєчасного медичного забезпечення населення.

Оплата за надані медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, внесених надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я.

Надавачами медичних послуг у такому випадку виступають заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи — підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики (пункт 1 статті 2 Закону 2168). Водночас для того, аби укласти договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, надавач медичних послуг має відповідати вимогам, які визначаються Кабінетом Міністрів України.

Програма медичних гарантій затверджується Верховною Радою України у складі закону про Державний бюджет України на відповідний рік (частина 5 статті 4 Закону 2168). Водночас дію зазначеного абзацу було зупинено на 2020 та 2021 роки. Натомість протягом цих років реалізація державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій здійснюється у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України, про що містяться відповідні норми у законах України «Про Державний бюджет України на 2020 рік» (стаття 22) та «Про Державний бюджет України на 2021 рік» (стаття 19).

Програма медичних гарантій містити медичні послуги та лікарські засоби, пов'язані із наданням:

- 1) екстреної медичної допомоги;
- 2) первинної медичної допомоги;

¹¹³ Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 року № 1101 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>

¹¹⁴ Наказ МОЗ «Про затвердження Методики розрахунку тарифів» від 19 грудня 2019 р. № 2559 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text>



- 3) вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги;
- 4) третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- 5) паліативної медичної допомоги;
- 6) реабілітації у сфері охорони здоров'я;
- 7) медичної допомоги дітям до 16 років;
- 8) медичної допомоги у зв'язку з вагітністю та пологами.

Розробляє проєкт програми медичних гарантій НСЗУ (стаття 7 Закону 2168). Окрім того, НСЗУ, відповідно до своїх повноважень розробляє проєкти опису медичних послуг або груп медичних послуг, у тому числі у разі потреби, їх склад, кількісні та якісні характеристики (далі — специфікація), та умов щодо наявності необхідного для надання послуг медичного обладнання та персоналу, можливості залучення до надання медичних послуг підрядників та умови надання відповідних медичних послуг або груп медичних послуг (далі — умови закупівлі), які під час підписання договорів про медичне обслуговування населення є його невід'ємними частинами. Такі специфікації та умови закупівлі підлягають погодженню Міністерством охорони здоров'я України.

У 2020 році порядок та особливості реалізації програми медичних гарантій в Україні було визначено постановою Кабінету Міністрів України від 5 лютого 2020 року № 65 «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році»¹¹⁵.

В межах надання медичних послуг людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями в 2020 році були запроваджені такі пакети медичних послуг:

- Лікування дорослих та дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах;
- Діагностика, лікування та супровід осіб з ВІЛ;
- Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

Пацієнти із вірусними гепатитами можуть отримувати медичні послуги за програмою медичних гарантій у загальному порядку.

Зазначені вище пакети медичних послуг також діяли у I кварталі 2021 року.

Швидкі тести на ВІЛ та вірусні гепатити були доступні у 2020 році у пакеті медичних послуг «Первинна медична допомога».

У II-IV кварталі 2021 року порядок та особливості реалізації програми медичних гарантій в Україні було визначено постановою Кабінету Міністрів України¹¹⁶.

До Програми медичних гарантій у 2021 році ввійшли такі пакети послуг:

- Лікування дорослих та дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах
- Супровід і лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги
- Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ (та підозрою на ВІЛ)
- Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії.

¹¹⁵ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 5 лютого 2020 р. № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>

¹¹⁶ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-п <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>



1.2.3. Повноваження основних стейкхолдерів у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням у розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я

Міністерство охорони здоров'я України

До запровадження змін у системі фінансування охорони здоров'я в Україні Міністерство охорони здоров'я виконувало важливу фінансову функцію, оскільки кошти із Державного бюджету виділялися по-статейно та згодом перерозподілялися між адміністративно-територіальними одиницями без прив'язки до якісних та кількісних показників у питаннях забезпечення населення медичною допомогою.

Окрім того, у підпорядкуванні МОЗу до реформи знаходилося близько 300 закладів, серед яких, зокрема, були заклади охорони здоров'я. Усі вони також фінансувались МОЗ коштом Державного бюджету.

Запровадження реформи дало змогу МОЗу переглянути свої функції та позбутись невластивих. Водночас у зв'язку із системними змінами у системі охорони здоров'я у МОЗ з'явилися і нові повноваження.

Так, відповідальність за розробку проєкту програми медичних гарантій покладено на НСЗУ. Окрім того, НСЗУ відповідно до своїх повноважень розробляє проєкти опису медичних послуг або груп медичних послуг, у тому числі у разі потреби, їх склад, кількісні та якісні характеристики та умов щодо наявності необхідного для надання послуг медичного обладнання та персоналу, можливості залучення до надання медичних послуг підрядників та умови надання відповідних медичних послуг або груп медичних послуг, які під час підписання договорів про медичне обслуговування населення є його невід'ємними частинами. Такі специфікації та умови закупівлі підлягають погодженню Міністерством охорони здоров'я України.

Окрім того, із запровадженням електронної системи охорони здоров'я на МОЗ покладено функції володільця відомостей Реєстру медичних спеціалістів, Реєстру суб'єктів господарювання у сфері охорони здоров'я, Реєстру медичних висновків та Національного реєстру донорів крові та компонентів крові, а також осіб, яким заборонено виконувати донорську функцію.

Додатково, на МОЗ покладено функції із затвердження або розробки необхідних нормативно-правових актів у сфері надання медичних послуг та ведення електронної системи охорони здоров'я.

Центр громадського здоров'я МОЗ України

Центр громадського здоров'я утворено у 2015 році шляхом злиття певних державних підприємств, установ, організацій, які були визначені МОЗ, а також ті, що передані МОЗ за переліком, визначеним Державною санітарно-епідеміологічною службою, для забезпечення здійснення функцій у сфері епідеміологічного нагляду (спостереження). ЦГЗ відповідає за реалізацію політики зі збереження та зміцнення здоров'я населення шляхом популяризації прихильності до профілактики та лікування соціально небезпечних хвороб, а також пропаганду здорового способу життя серед населення. Для реалізації функцій ЦГЗ в адміністративно-територіальних одиницях утворено регіональні центри громадського здоров'я, власниками яких є органи місцевого самоврядування.

Окрім того, ЦГЗ покликаний координувати розбудову регіональних систем громадського здоров'я та надавати необхідну підтримку регіонам у цьому питанні. З 1 липня 2021 року у регіонах працюють центри контролю та профілактики хвороб, які були створені шляхом об'єднання лабораторних центрів МОЗ та обласних центрів громадського здоров'я.

Початок реформи фінансування сфери охорони здоров'я підсилив спроможність ЦГЗ, завдяки чому, зокрема, було запроваджено довгострокове планування закупівель необхідних вакцин, забезпечено лікуванням осіб, хворих на туберкульоз або ВІЛ.



Національна служба здоров'я України

Для реалізації запланованих змін у системі охорони здоров'я Кабінетом Міністрів України було утворено Національну службу здоров'я України (далі – НСЗУ) як центральний орган виконавчої влади, який реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, та єдиного закупівельника медичних послуг для населення в Україні.

НСЗУ укладає договори із закладами охорони здоров'я та здійснює закупівлю медичних послуг для населення за відповідними видами медичної допомоги. Окрім того, до безпосередніх повноважень НСЗУ належить контроль за виконанням укладених договорів та оплата за фактично надані медичні послуги.

НСЗУ має у своєму складі міжрегіональні департаменти (Східний, Західний, Північний, Південний та Центральний), які є структурними підрозділами НСЗУ. Вони сприяють тому, щоб усі заклади охорони здоров'я у межах їх територіальної підпорядкованості автономізувались, були забезпечені відповідними технічними можливостями (наявність комп'ютерів, підключення до електронної системи охорони здоров'я) та мали змогу укласти договір з НСЗУ.

Місцеві державні адміністрації

Повноваження місцевих державних адміністрацій визначено Законом України «Про місцеві державні адміністрації». Повноваження окремих структурних підрозділів місцевої державної адміністрації конкретизовані у положенні про такий структурний підрозділ, розробленому на основі типового положення про структурні підрозділи місцевої державної адміністрації, затвердженого Кабінетом Міністрів України¹¹⁷.

Проаналізувавши зміни у законодавстві, яке встановлює повноваження місцевих державних адміністрацій, що відбулись після прийняття у 2017 році закону про автономізацію закладів охорони здоров'я, можна зробити певні висновки.

У зв'язку зі зміною підходу до фінансування системи охорони здоров'я, комунальні та державні заклади охорони здоров'я здійснили реорганізацію та втратили статус бюджетних установ. Відповідно, повноваження місцевих державних адміністрацій у сфері охорони здоров'я дещо звузились, а саме:

- залучення місцевих державних адміністрацій до бюджетного процесу щодо фінансування первинної медичної допомоги не вимагається, оскільки оплата первинної медичної допомоги здійснюється за договорами про медичне обслуговування за програмою медичних гарантій;
- перехід до реімбурсації вартості лікарських засобів за програмою «Доступні ліки» за договорами з аптечними закладами не вимагає адміністрування і розподілу коштів з боку місцевих державних адміністрацій;
- внаслідок автономізації комунальні некомерційні підприємства планують свою діяльність самостійно і не залежать від місцевих державних адміністрацій з питань охорони здоров'я, оскільки заклади охорони здоров'я є підзвітними лише власнику та НСЗУ.

Власником комунального закладу охорони здоров'я наразі може бути орган місцевого самоврядування, що передбачено Законом України «Про місцеве самоврядування в Україні».

Також до статті 22 Закону України «Про місцеві державні адміністрації» було внесено зміни¹¹⁸ (див. порівняльну таблицю):

¹¹⁷ Постанова Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2012 р. № 887 «Про затвердження Типового положення про структурний підрозділ місцевої державної адміністрації», <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/887-2012-%D0%BF#Text>

¹¹⁸ Підпункт четвертий пункту 4 Розділу X «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про повну загальну середню освіту» від 16.01.2020 № 463-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>



○ Таблиця 1.3. Зміни до статті Закону України «Про місцеві державні адміністрації»

Попередня редакція	Нова редакція
Стаття 22. Повноваження в галузі науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, материнства і дитинства, сім'ї та молоді:	
3. виконує програми щодо обов'язковості повної загальної середньої освіти, здійснює загальне керівництво закладами науки, освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення	3. може здійснювати функції засновника щодо наукових установ, закладів освіти, охорони здоров'я, культури, фізкультури і спорту, що належать до сфери її управління, їх матеріально-фінансове забезпечення

Органи місцевого самоврядування

Органи місцевого самоврядування до реформи децентралізації та системних змін у фінансуванні системи охорони здоров'я мали обмежені можливості у питанні впливу на систему охорони здоров'я. Політика у сфері охорони здоров'я формувалась на рівні центрального органу виконавчої влади (МОЗ) та передавалась на місця для виконання у вигляді певних заходів чи завдань.

Децентралізація надала можливість органам місцевого самоврядування бути фінансово самостійними, зокрема, у питанні реалізації політики у сфері охорони здоров'я. Окрім того, більше можливостей органам місцевого самоврядування додала й медична реформа. Так, після зміни механізму фінансування системи охорони здоров'я медичні заклади тепер не підпорядковані МОЗ, оскільки, автономізувавшись, вони перейшли у власність місцевих громад. Відтак, органи місцевого самоврядування самостійно приймають рішення щодо кадрового забезпечення та розвитку мережі закладів охорони здоров'я у межах своєї територіальної громади.

В питанні фінансування органи місцевої влади мають право фінансувати свої заклади охорони здоров'я з місцевих бюджетів, оскільки ця сфера є однією із пріоритетних. Окрім того, органи місцевого самоврядування можуть допомагати залучати додаткові кошти для своїх закладів охорони здоров'я, зокрема, кошти міжнародної технічної допомоги або ж кошти благодійних та інших організацій.

Фінансовий аспект

Відповідно до Конституції України кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування. Медична допомога надається безоплатно.

Правило безоплатності, визначене Конституцією України, реалізується шляхом виділення МОЗ коштів із Державного бюджету на сферу охорони здоров'я.

До початку реформи фінансування системи охорони здоров'я кошти виділені МОЗ, згодом розподілялися між регіонами, а їх використання делегувалося місцевій владі. При цьому МОЗ були встановлені нормативи витрачання таких коштів та чітку структуру фінансування окремих закладів охорони здоров'я. При цьому приватні заклади охорони здоров'я були відокремленими у питанні фінансування. Виділені закладам охорони здоров'я кошти Державного бюджету витрачались на підтримку мережі закладів охорони здоров'я, а не на закупівлю медичних послуг.

Після зміни підходу до фінансування закладів охорони здоров'я кошти з Державного бюджету виділяються щороку НСЗУ централізовано для оплати закладам охорони здоров'я за фактично надані медичні послуги.

Так, для всієї території України встановлюються єдині тарифи оплати надання медичних послуг та лікарських засобів, які надаються пацієнтам за програмою медичних гарантій. До тарифів можуть застосовуватись коригувальні коефіцієнти, розміри та підстави застосування яких є також єдиними для



всієї території України. При цьому надання медичних послуг у рамках програми медичних гарантій та, відповідно, отримання коштів з Державного бюджету України за фактично надані медичні послуги, відбувається на підставі договору про медичне обслуговування населення, який укладається між НСЗУ та надавачем медичних послуг. Оплата за надані медичні послуги та лікарські засоби за програмою медичних гарантій здійснюється на підставі інформації та документів, внесених надавачем медичних послуг до електронної системи охорони здоров'я. Надавачами медичних послуг у такому випадку виступають заклади охорони здоров'я усіх форм власності та фізичні особи — підприємці, які одержали ліцензію на провадження господарської діяльності з медичної практики. Водночас для того, аби укласти договір про медичне обслуговування населення з НСЗУ, надавач медичних послуг має відповідати вимогам, які визначаються Кабінетом Міністрів України.

Перехід від історичного фінансування лікарень до бюджетів медичних закладів, які значною мірою базуються на надходженнях від оплати за пролікований випадок та інших платежів за послуги від НСЗУ, може потребувати зменшення витрат на рівні закладу або ж розширення надання послуг для уникнення фіскального дефіциту¹¹⁹.

1.2.4. Поточний стан справ у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням в розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я

Туберкульоз

Для реалізації Стратегії ліквідації туберкульозу (End TB Strategy) Україна повинна досягнути до 2035 року зниження показника захворюваності на туберкульоз на 90% у порівнянні з 2015 роком — з 70,5 до 7,1 на 100 тис. населення. Наразі, за даними ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», з 2016 року в Україні спостерігається тенденція до зменшення показників захворюваності та смертності на туберкульоз, а саме:

- захворювання на туберкульоз — з 67,7 випадку (на 100 тис. населення) у 2016 році до 42,2 випадку (на 100 тис. населення) у 2020 році;
- смертність від туберкульозу — з 9,5 випадків (на 100 тис. населення) у 2016 році до 7,0 випадків (на 100 тис. населення) у 2020 році¹²⁰.

Водночас за даними Глобального звіту ВООЗ з туберкульозу, у 2020 році Україна знаходилася серед 16 країн з найбільшим падінням реєстрації нових випадків туберкульозу у світі у порівнянні з 2019 роком. Кількість уперше зареєстрованих випадків туберкульозу у 2020 році (17 593 випадки) на 29,8% менше показника 2019 року (60,1 на 100 тис. населення)¹²¹.

Таке зниження може бути наслідком недовиявлення туберкульозу через пандемію COVID-19. Інші наслідки пандемії в сфері лікування туберкульозу: обмеження доступу до діагностики та лікування ТБ та зниження глобальних витрат на послуги з діагностики, лікування та профілактики ТБ. Очікується, що такі наслідки пандемії призведуть до підвищення показників смертності від ТБ у 2021 році та підвищенню рівня захворюваності у 2022 році¹²².

¹¹⁹ Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019, 2019 рік https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf

¹²⁰ Статистика з туберкульозу, Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

¹²¹ Global Tuberculosis report 2021, WHO <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

¹²² Статистика з туберкульозу, Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

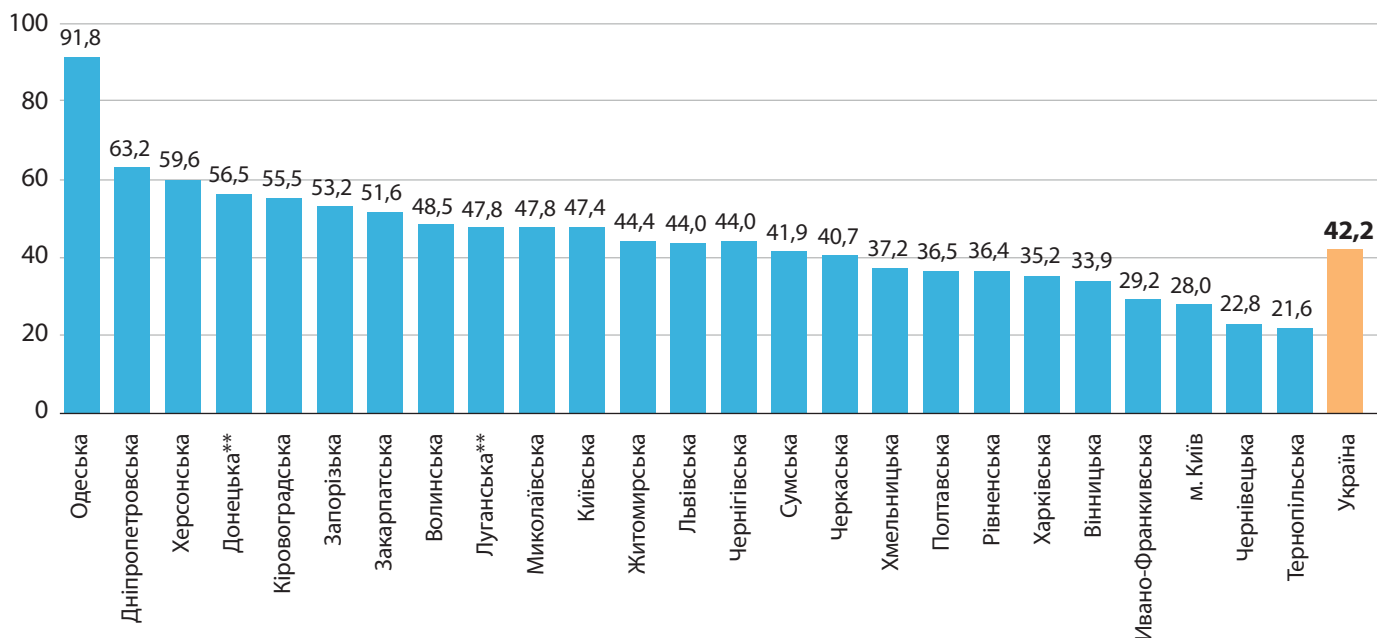


Таке зниження може бути наслідком недовиявлення туберкульозу через пандемію COVID-19. Інші наслідки пандемії в сфері лікування туберкульозу: обмеження доступу до діагностики та лікування ТБ та зниження глобальних витрат на послуги з діагностики, лікування та профілактики ТБ¹²³. Очікується, що такі наслідки пандемії призведуть до підвищення показників смертності від ТБ у 2021 році та підвищенню рівня захворюваності у 2022 році¹²⁴.

Серед цільових регіонів дослідження найвищий показник захворюваності на ТБ у 2020 році був зареєстрований в Одеській області (91,8 на 100 тис. населення), а найнижчий — у м. Києві (28,0 на 100 тис. населення)¹²⁵.

Рисунок 1.3. Захворюваність на ТБ в Україні

Включно з новими випадками та рецидивами, 2020*



* На 100 000 населення, ** Контрольована Україною територія

Джерело: Центр громадського здоров'я

У розрізі показника ефективності лікування нових випадків ТБ і рецидивів захворювання, в Україні він підвищується кожного року і становить 79,2% (2019 рік)¹²⁶.

За оцінкою ЦГЗ покращення результатів лікування було обумовлене здебільшого скороченням кількості випадків, втрачених для подальшого спостереження (5,3%), а також випадків невдачі лікування (6,1%) або летальних наслідків (9,3%)¹²⁷.

¹²³ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2020 рік

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf

¹²⁴ Global Tuberculosis report 2021, WHO <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037021>

¹²⁵ Статистика з туберкульозу, Центр громадського здоров'я МОЗ України

<https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>

¹²⁶ Профіль країни щодо протидії туберкульозу, Україна, 2020 рік, ВООЗ

https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs_entity_type=%22country%22&lan=%22RU%22&iso2=%22UA%22

¹²⁷ Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2020 рік

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf



Водночас, основними бар'єрами ефективності лікування є:

- висока питома вага пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ у структурі загальної захворюваності на ТБ, що є причиною підвищення частоти виникнення випадків гострих прогресуючих форм ТБ;
- пізнє виявлення хворих на ТБ на рівні закладів первинної ланки;
- недоліки організації лікування мало доступних для органів охорони здоров'я верств населення;
- обмежені можливості щодо організації моніторингу та управління побічними реакціями на антимікобактеріальними препаратами (АМБП);
- недостатній рівень обізнаності населення щодо ТБ.

Відповідно до звіту Рахункової палати про результати ефективності використання коштів державного бюджету, затримка поставок лікарських засобів у 2020 році, зокрема перші поставки за Бюджетною програмою «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» за КПКВК 2301040 були здійснені 03.12.2020, спричинило відтермінування постачання лікарських засобів та медичних виробів до кінцевого споживача. Водночас, через внесення за рекомендацією ВООЗ змін до схем лікування хворих на туберкульоз та запровадження обмежень у зв'язку з пандемією COVID-19 існує ризик невикористання до завершення терміну придатності деяких лікарських засобів¹²⁸.

За оцінкою ВООЗ у 2021 році національний бюджет на протидію туберкульозу складає 133 млн дол. Основні джерела фінансування: внутрішньодержавне — 49%, міжнародне — 36%, недофінансування — 15%¹²⁹.

Іншими передумовами переходу на фінансування в рамках Програми медичних гарантій у сфері протидії туберкульозу були:

- оптимізація закладів з урахуванням епідеміологічної ситуації;
- створення єдиного фтизіопульмонологічного центру для координації заходів протидії туберкульозу на регіональному рівні;
- введення у регіональних фтизіопульмонологічних центрах посад районних фтизіатрів залежно від епідемічної ситуації для організації лікування пацієнтів з туберкульозом в амбулаторних умовах;
- необхідність скорочення середньої тривалості стаціонарного лікування, яка станом на 2020 рік становила в середньому 82,8 серед дорослих (в більшості країн світу цей показник в середньому складає 2 тижні, а потім пацієнта переводять на амбулаторне лікування)¹³⁰;
- необхідність приведення матеріально-технічної бази регіональних фтизіопульмонологічних центрів вимогам інфекційного контролю.

З квітня 2020 року НСЗУ запровадила пакет медичних послуг для лікування туберкульозу «Лікування дорослих та дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах».

До обсягу медичних послуг за договором в рамках пакету було включено:

- медичну допомогу пацієнтам із діагнозом А15-А19 «Туберкульоз»;
- встановлення діагнозу туберкульоз (ТБ);

¹²⁸ Звіт Рахункової палати про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2020 році Міністерству охорони здоров'я України для здійснення публічних закупівель за бюджетними програмами «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» та «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями»
http://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/33-2_2021/Zvit_33-2_2021.pdf

¹²⁹ Профіль країни щодо протидії туберкульозу, Україна, 2020 рік, ВООЗ
https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs_entity_type=%22country%22&lan=%22RU%22&iso2=%22UA%22

¹³⁰ Як лікуватимуть туберкульоз в Україні: факти та міфи, МОЗ України, 2 березня 2020 р.
<https://www.kmu.gov.ua/news/yak-likuvatimut-tuberkuloz-v-ukrayini-fakti-ta-mifi>



- визначення тактики лікування пацієнта та призначення протитуберкульозних препаратів, корекцію лікування з урахуванням чутливості / резистентності мікроорганізмів до медикаментів, побічних реакцій, наявності супутньої патології, індивідуальних особливостей пацієнта;
- формування плану лікування та спостереження за пацієнтом;
- моніторинг лікування;
- виявлення, діагностика та лікування супутніх захворювань з моніторингом дотримання рекомендацій лікаря, або переведення пацієнта в інші профільні заклади для їх лікування;
- координацію заходів з профілактики та виявлення ТБ;
- скеровування пацієнта до інших закладів, установ, організацій з метою отримання інших послуг¹³¹.

У 2021 році до обсягу медичних послуг зазначеного пакету було додатково виокремлено:

- проведення необхідних лабораторних досліджень для підтвердження діагнозу та моніторингу лікування;
- проведення необхідних інструментальних досліджень;
- своєчасне знеболення на всіх етапах діагностики та лікування: обов'язкове анестезіологічне забезпечення під час виконання всіх інвазивних діагностичних та лікувальних процедур;
- медична реабілітація пацієнтів з туберкульозом при проходженні лікування в умовах стаціонару;
- харчування пацієнтів в умовах стаціонару¹³².

Тариф за зазначеним пакетом є однаковим для амбулаторних випадків та лікування у стаціонарі. Це може мотивувати надавачів медичних послуг зменшувати тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі та розвивати амбулаторний рівень надання медичної допомоги таким пацієнтам, що відповідає сучасним міжнародним підходам у лікуванні туберкульозу.

У 2020 році тариф за пакетом встановлювався як глобальна ставка на 9 місяців, що розрахована на основі капітаційної ставки: яка становить 20 633,68 грн і до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти в залежності від надання послуг з / без хірургічних втручань. З 1 вересня 2020 року до тарифу застосовувався також коригувальний коефіцієнт на готовність лікувати мультирезистентний туберкульоз та здійснювати координацію заходів з профілактики та виявлення мультирезистентного туберкульозу на регіональному рівні¹³³.

У 2021 році тариф збільшився та визначався як глобальна ставка для кожного надавача медичних послуг, яка розраховується як добуток кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати зазначені медичні послуги, та 1/12 капітаційної ставки, яка становить 40 302 грн на рік, до якої застосовуються коригувальні коефіцієнти за лікування лікарсько-чутливого або лікарсько-стійкого туберкульозу¹³⁴.

Кількість закладів, які були законтрактовані на зазначений пакет послуг, відрізнялася у 2020 та 2021 роках. Це пов'язано з тим, що деякі регіони досі знаходилися в процесі реорганізації (злиття) регіональних протитуберкульозних закладів в єдиний заклад в регіоні.

¹³¹ Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2020 <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020>

¹³² Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2021 <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>

¹³³ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 5 лютого 2020 р. № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>

¹³⁴ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-н <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>



○ Таблиця 1.4. Законтрактовані медичні заклади у розрізі цільових регіонів, 2020-2021¹³⁵

Область	Кількість надавачів		Суми оплат, грн	
	2020	2021	2020	2021
Вінницька	1	1	25 403 381	38 560 644
Дніпропетровська	3	1	100 849 127	150 221 232
Донецька	2	1	49 862 937	67 253 814
Запорізька	1	1	48 940 139	57 604 230
Київська	3	1	18 892 305	57 042 684
м.Київ	5	1	81 230 853	60 501 105
Львівська	1	1	35 066 100	67 019 103
Миколаївська	1	1	34 838 193	42 513 903
Одеська	1	1	90 415 368	148 317 543
Херсонська	1	1	39 638 294	43 299 801
Черкаська	1	1	15 371 179	24 667 470

Всього у 2020 році в Україні за зазначеним пакетом було законтрактовано 48 медичних закладів на суму 915 877 339 грн; у 2021 році — 25 медичних закладів на суму 1 195 158 888 грн. Зі збільшенням тарифу за пакетом та процесом реорганізації регіональних протитуберкульозних закладів у 2021 році всі цільові регіони отримали більші суми оплат (окрім м.Київ).

Роль первинної ланки у лікуванні туберкульозу

У 2021 році було впроваджено пакет «Супровід і лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги», за яким пацієнт з туберкульозом має можливість отримувати медичну допомогу у лікаря первинної ланки, з яким у нього підписана декларація, після отриманого лікування у закладі за пакетом «Лікування дорослих та дітей із туберкульозом у стаціонарних та амбулаторних умовах». Ключовим у впровадженні зазначеного пакету є розширення доступу до медичних послуг та формування прихильності до лікування у пацієнта.

Надавач послуг ПМД, який уклав договір з НСЗУ за пакетом «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги», має, у тому числі забезпечити доставку протитуберкульозних препаратів, планування та управління ними, відповідно до призначених схем лікування хворим на туберкульоз з метою безперервності лікування та врешті ефективного результату. Водночас станом на кінець серпня 2021 року, згідно з інформацією НСЗУ, серед 2131 надавача послуг первинної медичної допомоги лише 434 заклади (20,37%) уклали договори для супроводу та лікування туберкульозу, що обмежує доступ пацієнтів з підтвердженим діагнозом до амбулаторного лікування¹³⁶.

¹³⁵ Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, аналітичні панелі (дашборди), сайт НСЗУ <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>

¹³⁶ НСЗУ: Особливий фокус Програми медичних гарантій — на діагностику та лікування інфекційних захворювань, зокрема — туберкульозу, сайт НСЗУ <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-osoblivij-fokus-programi-medichnih-garantij-na-diagnostiku-ta-likuvannya-infekcijnih-zahvoryuvan-zokrema-tuberkulozu>



○ Таблиця 1.5. Законтрактовані медичні заклади у розрізі цільових регіонів у 2021 році¹³⁷

Область	Кількість надавачів	Суми оплат, грн
Вінницька	19	570 013,25
Дніпропетровська	43	6 211 563,25
Донецька	28	810 425,75
Запорізька	35	625 658
Київська	13	438 931,5
Львівська	30	668 167,5
Миколаївська	31	1 857 827,75
Одеська	15	209 984
Херсонська	18	336 941,5
Черкаська	20	315 608

Дніпропетровська область мала найбільшу кількість законтракованих надавачів (43) на суму 6 211 563,25 грн.

Обсяг медичних послуг за цим пакетом:

- динамічне спостереження за станом здоров'я пацієнтів з діагнозом туберкульоз (ТБ) на амбулаторному етапі;
- проведення лабораторних досліджень;
- проведення інструментальних обстежень;
- забір та транспортування біоматеріалу для виконання бактеріологічних досліджень;
- визначення спільно з пацієнтом/пацієнткою амбулаторної моделі лікування під безпосереднім наглядом за прийомом протитуберкульозних препаратів (відео-DOT, DOT по місцю надання послуг, DOT вдома тощо) лікування ТБ враховуючи рекомендації лікаря-фтизіатра та інших лікарів;
- контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів, призначених лікарем-фтизіатром (під безпосереднім наглядом та/або з використанням інших сучасних засобів контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів);
- формування прихильності до лікування у пацієнта/пацієнтки;
- дотримання тактики дій при виявленні побічної реакції лікарського засобу, з повідомленням про кожний такий випадок лікаря-фтизіатра, яким призначено відповідне лікування;
- первинна оцінка слуху, гостроти зору та симптомів полінейропатії;
- оцінка та корекція нутриційного статусу;
- направлення пацієнтів з ТБ для надання вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги для діагностики, лікування супутніх захворювань, що загострилися на фоні ТБ, або отримання інших медичних послуг, в тому числі медичної реабілітації;
- проведення індивідуальної профілактичної роботи з хворими на ТБ, спрямованої на навчання санітарно-гігієнічним навичкам та зниження ймовірності передачі мікобактерій туберкульозу іншим особам¹³⁸.

¹³⁷ Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, аналітичні панелі (дашборди), сайт НСЗУ <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>

¹³⁸ Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2021 <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>



Тариф визначається як капітаційна ставка на місяць, яка становить 775 грн, та має коригувальні коефіцієнти у залежності від того, чи продовжує пацієнт лікування або ж досяг результату «вилікуваний» і «лікування завершено» за даними ЕСОЗ¹³⁹.

Також всі надавачі медичних послуг, які уклали договір з НСЗУ за напрямом «Первинна медична допомога», відповідають специфікаціям та умовам закупівлі медичних послуг за цим напрямом. Відповідно до обсягу медичних послуг, який надавач зобов'язується надавати за договором, передбачено зокрема такі пункти:

- профілактика, діагностика та раннє виявлення соціально-небезпечних хвороб (ВІЛ, туберкульоз (в тому числі латентна туберкульозна інфекція), гепатити, інфекції, що передаються статевим шляхом тощо);
- обстеження контактних щодо туберкульозу осіб та видача направлення для надання вторинної (спеціалізованої) та/ або третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги;
- взаємодія з лікарем-фтизіатром та/або лікарем-фтизіатром дитячим щодо діагностики та лікування пацієнтів із туберкульозом.

Алгоритм дій лікаря ПМД передбачає, що люди, які є контактними з хворими на активний туберкульоз, будь-якої вікової групи, мають бути опитані на наявність симптомів, які можуть свідчити про захворювання на туберкульоз; лікар ПМД має провести огляд пацієнта, зібрати анамнез життя, анамнез захворювання, здійснити відповідну діагностику та диференційну діагностику; коли в перелік лабораторно-інструментальних обстежень не входять необхідні обстеження, що надаються на первинному рівні, лікар ПМД може виписати направлення на їх проведення на амбулаторному рівні пакет («Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах»), а пацієнт визначить найбільш зручний для нього заклад охорони здоров'я, що уклав договір з НСЗУ за цим напрямом, та пройде безоплатно такі обстеження.

Що стосується пацієнтів, яким ще не встановлено діагноз туберкульоз, або пацієнтам із латентною туберкульозною інфекцією, то такі пацієнти також можуть спостерігатися під наглядом лікаря-фтизіатра в межах амбулаторного пакету медичних послуг «Профілактика, діагностика, спостереження, лікування та реабілітація пацієнтів в амбулаторних умовах», та перебувають під наглядом свого сімейного лікаря в межах пакету медичних послуг «Первинна медична допомога».

Додатково варто зазначити, що надавачі ПМД взаємодіють із регіональними фтизіопульмонологічними центрами у питанні координації останніми заходів протитуберкульозної медичної допомоги населенню за територіальним принципом.

Не менш важливим у наданні комплексної допомоги хворим на туберкульоз є взаємодія надавачів медичних послуг, зокрема ПМД, із центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, службами у справах дітей, територіальними центрами соціального обслуговування населення, іншими надавачами соціальних послуг, у тому числі неурядовими та благодійними організаціями, правоохоронними органами, підприємствами, установами та організаціями, засобами масової інформації, органами місцевого самоврядування на території обслуговування в інтересах своєчасного та ефективного надання допомоги пацієнтам.

ВІЛ

Враховуючи глобальний досвід, для вимірювання прогресу у подоланні епідемії ВІЛ-інфекції в Україні використовується каскад безперервної допомоги, який складається з оцінки послідовних етапів надання допомоги у зв'язку із ВІЛ (профілактика-діагностика-лікування), де відповідною точкою для послідовного аналізу є взята за 100% оціночна чисельність ЛЖВ. Ці цілі (Fast Track «90-90-90») були

¹³⁹ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-н <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>



анонсовані у 2014 році для досягнення у 2020 році¹⁴⁰. Зазначені цільові показники додатково зафіксовані у Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Стратегічною ціллю 1 Зменшення захворюваності на ВІЛ-інфекцію та зниження смертності від хвороб, зумовлених СНІДом зазначеної Державної стратегії також передбачено досягнення інших індикаторів, а саме:

- зниження рівня смертності від хвороб, зумовлених СНІДом, на 100 000 населення, від показника смертності за підсумками 2015 року (цільовий показник на 2020 рік — на 20%);
- частота передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини (цільовий показник на 2020 рік — $\leq 2\%$);
- охоплення представників кожної з ключових груп населення комплексними послугами з профілактики, від оціночного числа (цільовий показник на 2020 рік — 70%);
- охоплення замісною підтримувальною терапією, від оціночного числа осіб, що вживають опіоїди ін'єкційно та мають залежність (цільовий показник на 2020 рік — 5,5%)¹⁴¹.

Згідно з Інформаційним бюлетенем № 52 «ВІЛ-інфекція в Україні» від 2021 року¹⁴² у 2020 році 69% ЛЖВ знали про свій статус (257 548 осіб). Водночас, 83% ЛЖВ, які знають свій статус, отримували лікування (АРТ) (146 488 осіб). Цей показник збільшився вдвічі порівняно з 2013 роком (42%).

Пригнічення вірусу є ключовим у моделі 90-90-90 та в Україні складає 94% від всіх, хто отримує лікування. Однак, лише 53% всіх ЛЖВ досягли вірусного пригнічення.

Серед 120 тисяч людей з трансмісивними рівнями ВІЛ в Україні переважну більшість становлять люди з недиагностованою ВІЛ-інфекцією (67%). За оцінкою даних, наданих країнами Європи та Центральної Азії, основними шляхи зменшення кількості людей з трансмісивними рівнями вірусу є швидке та постійне розширення доступу до лікування, широке впровадження комбінованої профілактики, зокрема збільшення тестування на ВІЛ.

За оцінкою експертів, через карантинні обмеження та перепрофілювання частини медичних закладів для надання медичної допомоги хворим на COVID-19 з початку пандемії спостерігається зниження доступу до медичних послуг, пов'язаних з ВІЛ¹⁴³. Насамперед, це стосується обстеження на ВІЛ: кількість тестувань у 2020 році зменшилася до близько 2 млн осіб (при середньому показнику — 2,5 млн осіб на рік).

Серед цільових регіонів найвищий показник охоплення тестуванням на ВІЛ-інфекцію на 100 тисяч населення у 2020 році спостерігався у м.Київ (7 078), Одеській (6 785), Херсонській (6 711), Черкаській (6 711) та Дніпропетровській (6 673) областях. Найнижчий показник був у Київській області та знаходився на рівні 3 131 на 100 тисяч населення.

Швидкі тести для обстеження на ВІЛ-інфекцію найактивніше застосовувалися в таких цільових регіонах — Донецька (56%), Одеська (51%) та Миколаївська (51%) області.

Загалом в Україні показник захворюваності на ВІЛ-інфекції у 2020 році складав 41,1 на 100 тисяч населення: найвищий показник серед цільових регіонів був зафіксований в Одеській області (150,9).

¹⁴⁰ Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030, UNAIDS website

https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report

¹⁴¹ Розпорядження КМУ «Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» від 27 листопада 2019 р. № 1415-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>

¹⁴² ВІЛ-інфекція в Україні, інформаційний бюлетень №52, ЦГЗ 2021

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf

¹⁴³ Звіт «Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2021 року», ЦГЗ 2021

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsyi_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2021.pdf



Важливою залишається роль громадських організацій у наданні комплексних послуг для скорочення числа нових випадків інфікування ВІЛ та збільшення кількості ЛЖВ, які охоплені диспансерним спостереженням та АРТ¹⁴⁴.

У 2020 році було запроваджено пакет Діагностика, лікування та супровід осіб із ВІЛ. Тариф за пакетом встановлювався як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги особам із ВІЛ, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1 500,05 гривні¹⁴⁵.

Обсяг медичних послуг за пакетом у 2020 році включав:

- надання послуг із тестування на вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), зокрема дотестове інформування, тестування на наявність ВІЛ-інфекції, отримання результату тестування, післятестове консультування, зв'язок з послугами профілактики та/або лікування, консультування щодо важливості залучення партнерів ВІЛ-позитивної людини до послуг із тестування на ВІЛ;
- взяття під медичний нагляд, проведення ідентифікаційного етапу, призначення антиретровірусної терапії (АРТ) та профілактики опортуністичних інфекцій та здійснення клінічного моніторингу перебігу ВІЛ-інфекції, ефективності АРТ та наявності побічних реакцій лікарських засобів;
- супровід дітей, народжених від ВІЛ позитивних матерів у віці до 18 місяців¹⁴⁶.

У II-IV кварталах 2021 року тариф за пакетом збільшився та визначався протягом періоду з 1 квітня по 30 вересня 2021 року як глобальна ставка на місяць, яка розраховується як добуток кількості пацієнтів, яким надавач медичних послуг готовий надати зазначені медичні послуги, та 1/12 капітаційної ставки, яка становить 3 168 гривень на рік, із заокругленням до двох знаків після коми¹⁴⁷.

При цьому, фактична вартість зазначених медичних послуг на місяць відповідно до договору, а саме протягом періоду з 1 жовтня по 31 грудня 2021 року розраховується як добуток 1/12 капітаційної ставки із заокругленням до двох знаків після коми та кількості пацієнтів, які отримують медичні послуги за відповідним пакетом.

Разом з тим, оплата за надання медичних послуг за вказаним напрямом здійснюється за осіб, яким встановлено діагноз ВІЛ та відповідно, які отримують лікування антиретровірусними препаратами; дітей у віці до 18 місяців, що народилися від ВІЛ-позитивних матерів; осіб, які отримують доконтактну профілактику антиретровірусними препаратами та які не інфіковані ВІЛ, але мають високий ризик інфікування та осіб, у яких стався контакт з ризиком інфікування ВІЛ, яким не пізніше 72 годин після контакту, призначено проведення постконтактної профілактики (28 днів) антиретровірусними препаратами.

Водночас, враховуючи той факт, що пацієнти, які проходять лікування чи профілактику ВІЛ, можуть здійснювати візити рідше 1 разу на місяць, з метою коректного включення кількості пролікованих пацієнтів до фінансового звіту, врахування та здійснення оплати за капітаційною ставкою за таких пацієнтів, при аналізі електронних медичних записів також можуть враховуватися взаємодії з типом «Консультація пацієнта засобами зв'язку».

Національною службою охорони здоров'я у жовтні 2021 року впроваджено в промислову діяльність модуль чутливих даних, який забезпечує ведення особливо чутливих нозологій таких, як ВІЛ-інфекція/

¹⁴⁴ ВІЛ-інфекція в Україні, інформаційний бюлетень №52, ЦГЗ 2021

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf

¹⁴⁵ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 5 лютого 2020 р. № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>

¹⁴⁶ Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2020

<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmq-2021/likar-2020>

¹⁴⁷ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-н <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>



СНІД та психічні розлади, в медичних інформаційних системах, що пройшли тестування та підключені до ЕСОЗ.

Роль ПМД у виявленні та лікуванні ВІЛ

Медичну допомогу пацієнтам з ВІЛ на рівні ПМД відповідно до клінічних протоколів можна поділити на шість частин.

Безпосередньо організація надання ПМД, що включає в себе:

- консультування та тестування за ініціативи медичного працівника у тому числі представників уразливих груп ризику;
- організація консультації фтизіатра для ВІЛ-інфікованих пацієнтів з дотриманням правил інфекційного контролю;
- забезпечення супроводу пацієнтів з позитивним результатом на ВІЛ-інфекцію, встановленим за допомогою серологічних методів шляхом проведення імуноферментного аналізу або швидких тестів для взяття під медичний нагляд лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД;
- організація моніторингу лікування хворих (АРТ);
- забезпечення супроводу пацієнтів, які приймають антиретровірусну терапію за призначенням лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД;
- проведення контрольованого лікування (АРТ);
- проведення лікування опортуністичних інфекцій після призначення лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД;
- проведення профілактики ко-тримоксазолом, протигрибковими препаратами, азитроміцином опортуністичних інфекцій після призначення лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД;
- організація госпіталізації хворих на ВІЛ за необхідності (при невідкладних станах) в інші спеціалізовані медичні заклади;
- надання паліативної (хоспісної) допомоги вдома;
- участь у реабілітаційних заходах;
- забезпечення супроводу пацієнтів до програм замісної підтримувальної терапії, зменшення шкоди та інших профілактичних програм за показами;
- інформування населення з питань профілактики, виявлення та лікування ВІЛ-інфекції.

Первинна профілактика:

- організація проведення консультування та тестування на ВІЛ;
- виявлення осіб з ризикованою поведінкою, із захворюваннями, симптомами та синдромами, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- надання інформації населенню щодо симптомів ВІЛ.

Попередня діагностика:

- фізикальне обстеження: огляд, перкусія, пальпація, аускультация;
- визначення факторів ризикованої поведінки, скарг або ознак захворювань, при яких пропонуються послуги з добровільного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію;
- організація консультації фтизіатра з дотриманням правил інфекційного контролю;
- термінове скерування пацієнта до фтизіатра та/або лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД (за потреби).

Лікування:

- щомісячне скерування пацієнта до районного фтизіатра для моніторингу та корекції лікування і



кожні 1-3 місяці до лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД для диспансерного спостереження та моніторингу АРТ;

- скерування пацієнта до районного фтизіатра у разі виникнення побічних реакцій під час лікування;
- проведення профілактики ко-тримоксазолом, протигрибковими препаратами, азитроміцином опортуністичних інфекцій після призначення лікаря кабінету «Довіра» або центру СНІД.

Медикаментозне лікування:

- сімейний лікар отримує від протитуберкульозного закладу препарати, забезпечує їх належний облік та зберігання.

Подальше спостереження:

- контроль за внесенням усієї інформації до медичної документації хворого
- обов'язкова консультація фтизіатра при виявленні ВІЛ-інфекції після вилікування ТБ для визначення питання щодо призначення профілактичного курсу ізоніазидом;
- участь у реабілітаційних заходах згідно з реабілітаційною картою пацієнта.

Вірусні гепатити

Відповідно до ключових цілей Глобальної стратегії сектору охорони здоров'я ВООЗ по вірусному гепатиту на 2016-2021 роки «На шляху до ліквідації вірусних гепатитів», скорочення нових випадків хронічного вірусного гепатиту В (ВГВ) та вірусного гепатиту С (ВГС) має бути на рівні 30% у 2020 році та 90% — до 2030 року; а скорочення кількості смертей від вірусних гепатитів — на 10% у 2020 році та 65% — у 2030 році¹⁴⁸. Зазначені цілі зафіксовані в Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

Станом на 2020 рік, відповідно до оціночних даних, в Україні проживають 559 341 особа з ВГВ та 1 342 418 осіб з ВГС. Своєю чергою, станом на 1 січня 2021 року медична допомога надається 18 433 особам з ВГВ та 92 591 особі з ВГС. Всього в 2020 році 1 483 пацієнта розпочали лікування від ВГВ, 8 565 пацієнтів — від ВГС.

Закупівля лікарських засобів для лікування вірусного гепатиту здійснюється коштом державного бюджету. Відповідно до паспорту бюджетної програми в 2020 році на закупівлю лікарських засобів для лікування ВГ серед дорослих та дітей було виділено 136 237 млн грн.

З початком поширення COVID-19 виникли проблеми з набором нових пацієнтів, оскільки більшість медичних закладів, які надавали допомогу людям з ВГ, були залучені до надання медичної допомоги хворим на COVID-19. Проблема було частково вирішено розробкою та впровадженням плану децентралізації лікування.

Всього в 2020 році 1 483 пацієнта розпочали лікування від ВГВ, 8 565 пацієнтів — від ВГС.

Окремого пакету для лікування вірусних гепатитів в рамках Програми медичних гарантій не передбачено. Медична допомога в більшості випадків надається в рамках пакет Стационарна допомога дорослих та дітям без проведення хірургічних операцій.

Хворий на вірусний гепатит може отримати медичні послуги у межах програми медичних гарантій за пакетом медичних послуг «Амбулаторна вторинна (спеціалізована) та третинна (високоспеціалізована) медична допомога дорослим та дітям, включаючи медичну реабілітацію та стоматологічну допомогу»

¹⁴⁸ Звіт «Вірусні гепатити 2020», ЦГЗ 2021

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/A4_zvit_gepatit1021_online_zamina.pdf



або «Стационарна допомога дорослим та дітям без проведення хірургічних операцій». Підставою для надання медичних послуг є направлення лікаря ПМД.

Тобто, лікування та проведення тих чи інших лабораторних досліджень призначає лікар з ПМД або лікуючий лікар, що веде хворого на вірусний гепатит.

Роль ПМД у виявленні та лікуванні вірусних гепатитів

З метою проходження обстеження на вірусний гепатит пацієнту необхідно звернутись до лікаря ПМД, якому подано декларацію. У межах ПМГ у пакеті медичних послуг «Первинна медична допомога» пацієнту доступні швидкі тести на вірусні гепатити. У разі підтвердження діагнозу за допомогою швидких тестів, пацієнту варто звернутись до лікаря ПМД для проведення додаткових обстежень.

Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів

Замісна підтримувальна терапія впроваджується в Україні з 2004 року.

Станом на 1 січня 2021 року в програмі ЗПТ проходили лікування 14 868 пацієнтів, що становить 93,9% від визначеної цілі охоплення ЗПТ осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів на 2020 рік. Серед цільових регіонів дослідження найвищий відсоток виконання цілі досягли Миколаївська (117,7%), Львівська (114,3%) та Черкаська (105,9%) області¹⁴⁹.

У 2020 році в Україні спостерігався найбільший приріст набору нових пацієнтів у програму ЗПТ за всі роки набору. До лікування було залучено 2 457 нових пацієнтів. Найбільшу кількість нових пацієнтів мали Дніпропетровська (+440 осіб), Львівська (+217 осіб) та Донецька (+180 осіб) області.

З 2017 року препарати ЗПТ закуповуються коштом державного фінансування. За оцінками експертів, у 2020 році лише 7% лікарських засобів були закуплені за кошти з інших джерел (міжнародні донори, місцевий бюджет, власні кошти пацієнта).

У 2020 році 233 заклади охорони здоров'я уклали договори з НСЗУ за пакетом Лікування осіб із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів із використанням препаратів замісної підтримувальної терапії, з них: 141 заклад — обласні/районні/міські лікарні; 38 — центри первинної медико-санітарної допомоги; 31 — заклади наркологічного та психіатричного профілю; 17 — заклади, які надають допомогу людям з туберкульозом; 4 — центри профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, 2 — регіональні центри громадського здоров'я.

До обсягу медичних послуг за пакетом було включено:

- видача препаратів замісної підтримувальної терапії (ЗПТ)
- складання плану спостереження та лікування
- моніторинг лікування
- скринінг окремих психічних розладів
- скринінг на ТБ, скринінг або направлення на скринінг на ВІЛ і вірусні гепатити (ВГ) та за потреби направлення на діагностику та лікування
- консультування та інформування щодо профілактики інфікування ВІЛ, вірусних гепатитів, інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), передозувань та ризиків, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин
- переглядання плану лікування раз на квартал на початковому етапі (до 1 року) та індивідуально залежно від потреб пацієнта після одного року лікування

¹⁴⁹ Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2020 році, ЦГЗ 2021 https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/ZPT_2020_zvit.pdf



- направлення пацієнтів в інші заклади/підрозділи для надання їм спеціалізованої (вторинної), високоспеціалізованої (третинної) медичної допомоги¹⁵⁰.

Тариф за пакетом у 2020 році встановлювався як глобальна ставка на 9 місяців за готовність надати послуги, що розрахована на основі капітаційної ставки, яка становить 1 635,46 гривні¹⁵¹.

У 2021 році тариф збільшився та складав 4 082 гривні на рік. Протягом періоду з 1 жовтня по 31 грудня 2021 року тариф почав визначатися як капітаційна ставка. Ці зміни сприяли зростанню зацікавленості закладів охорони здоров'я впроваджувати дану програму¹⁵².

Після прийняття змін до наказу МОЗ України від 27.03.2012 року № 200 «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» з квітня 2021 року до впровадження програми ЗПТ змогли долучитися приватні медичні заклади. Станом на липень 2021 року 19 приватних закладів виявили такий намір.

Інші зміни до зазначеного наказу, які дозволили розширити доступ до медичних послуг людям з залежностями: дозволено впровадження ЗПТ в установах виконання покарань; додано можливість розпочати ЗПТ за рішенням не тільки лікарем-наркологом, але і лікарем-психіатром; скасовано типові положення про кабінет ЗПТ. Також додано вимогу до всіх закладів охорони здоров'я, які надають медичні послуги людям зі залежностями, звітувати до структурних підрозділів з питань охорони здоров'я.

Відповідно до статистичних даних, станом на 01 липня 2021 року послуги ЗПТ отримували 16 008 пацієнтів в державних закладах охорони здоров'я та 2 011 пацієнтів в приватних медичних центрах. За 6 місяців 2021 року в програму ЗПТ залучено 3 151 новий пацієнт.

Станом на 1 липня 2021 року послуги ЗПТ в державних медичних закладах 13 545 пацієнтів (84,6%) отримували препарат метадону гідрохлорид (таблетки), 1 951 (12,2%) — бупренорфіну гідрохлорид (таблетки сублінгвальні), 505 (3,2%) — метадону гідрохлорид (розчин оральний).

3 березня 2020 року, з метою протидії поширенню COVID-19 та безпеки пацієнтів ЗПТ та медичного персоналу, було прийнято рішення щодо переведення пацієнтів ЗПТ на прийом препаратів в рамках стаціонару на дому. Відтак, з березня 2020 року понад 80% пацієнтів отримували препарати для самостійного прийому.

Протягом 6 місяців 2021 року відсоток пацієнтів ЗПТ на самостійному прийомі залишається високим (77,5% — 12 414 осіб).

Проекти міжнародної технічної допомоги та гранти у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням

Важливу роль у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням відіграють гранти та поточні проекти (програми) міжнародної технічної допомоги (див. у таблиці). Протягом 2020-2021 року перехід на нове фінансування в рамках ПМГ та пандемія COVID-19 вплинули на заплановані активності проектів, змінивши пріоритети, зокрема на ті, що направлені на спрощення доступу до тестування, спрощення отримання лікарських засобів пацієнтами та мінімізацію ризику зараження пацієнтів з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами та залежностями.

¹⁵⁰ Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2020 <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmq-2021/likar-2020>

¹⁵¹ Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 5 лютого 2020 р. № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>

¹⁵² Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-н <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>



○ Таблиця 1.6. Активності програм (проектів) міжнародної технічної допомоги у сфері запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням у розрізі реформи системи фінансування охорони здоров'я (2021 рік)

Назва проєкту (гранту) / Партнер з розвитку, донор / бенефіціар / реципієнт	Основна діяльність
Прискорення прогресу у зменшенні тягаря туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні (2021-2023) ¹⁵³ / Глобальний фонд / Кабінет Міністрів України (національний координатор)	<ul style="list-style-type: none">• туберкульоз: виявлення та діагностика туберкульозу з лікарською стійкістю до препаратів (МЛС ТБ), лікування туберкульозу з лікарською стійкістю до препаратів (МЛС ТБ), профілактика туберкульозу• ВІЛ: заходи з профілактики для ключових груп населення (ЗПТ), для людей, які перебувають у в'язниці та інших закритих умовах, та передавання ВІЛ від матері до дитини; заходи з підтримки диференційованих послуг з тестування на ВІЛ для ключових груп; заходи, спрямовані на лікування, догляд і підтримку людей, що живуть з ВІЛ• політика та планування національних програм боротьби з хворобами• координація та управління національними програмами боротьби із захворюваннями• заходи у сфері управління та планування у сфері охорони здоров'я, управління фінансами, виробами для охорони здоров'я, лабораторними системами, інформаційними системами та системами МіО, людськими ресурсами для охорони здоров'я, зокрема медичними та соціальними працівниками• усунення бар'єрів у сфері прав людини щодо послуг, пов'язаних з ВІЛ/ТБ
Безпечні, фінансово доступні та ефективні лікарські засоби для українців (Безпечні та доступні ліки) – SAFEMed ¹⁵⁴ / USAID, Management Sciences for Health / МОЗ України / ЦГЗ	<ul style="list-style-type: none">• розширення логістичного пілотного проєкту в межах державно-приватного партнерства для лікарських засобів і супутніх продуктів, призначених для лікування та/або діагностики ТБ, ВІЛ і вірусних гепатитів (16 регіонів)• технічна підтримка у визначенні оптимальних моделей розподілу основних лікарських засобів на регіональному рівні (у процесі виконання)• створення дашбордів з візуалізацією даних та аналізом наявних запасів лікарських препаратів
HealthLink: Посилення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні ¹⁵⁵ / Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) / МОЗ України / благодійні організації, НУО, НСЗУ	<ul style="list-style-type: none">• підтримка в отриманні послуг з тестування на ВІЛ в рамках продовження роботи з субгрантерами Мережі та Альянсу громадського життя на регіональному рівні (серед них цільові області дослідження — Донецька, Дніпропетровська, Запорізька, Київська, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Черкаська)• розробка і реалізація інформаційних кампаній щодо популяризації доконтактної профілактики та АРВ-терапії• підтримка інформаційних ресурсів¹⁵⁶ про тестування на ВІЛ• проведення навчання серед медичних працівників стосовно зменшення стигми та дискримінації до ЛЖВ• підтримка у протидії пандемії COVID-19• підтримка медіа-проєкту про медичну реформу в Україні

¹⁵³ Проєкт ГФ 2021-2023, сайт ЦГЗ <https://www.phc.org.ua/en/node/2378>

¹⁵⁴ Management Sciences for Health, Ukraine, MSH website <https://msh.org/countries/ukraine/>

¹⁵⁵ Проєкт HealthLink: «Прискорення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/USAID.HEALTHLINK.PROJECT/>

¹⁵⁶ СейфБокс, Альянс громадського здоров'я, 2020 <https://oraltest.org.ua/>



Назва проекту (гранту) / Партнер з розвитку, донор / бенефіціар / реципієнт	Основна діяльність
Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні ¹⁵⁷ / Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) / МОЗ України / ЦГЗ, заклади, що надають медичну допомогу людям з ТБ, департаменти охорони здоров'я	<ul style="list-style-type: none">• транспортування зразків біоматеріалів, протитуберкульозних препаратів (серед цільових регіонів дослідження — Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Одеська, Херсонська, Черкаська, області)• організація роботи пересувних флюорографів для активного виявлення туберкульозу у пандемію COVID-19• проведення навчальних семінарів та тренінгів щодо раннього виявлення та лікування пацієнтів з ТБ• закупівля необхідного лабораторного обладнання
Інновації для подолання епідемії ВІЛ ¹⁵⁹ / Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) / МОЗ України / ЦГЗ	<ul style="list-style-type: none">• аналіз наявних електронних інструментів каскаду профілактики, діагностики та лікування ВІЛ-інфекції в Україні, а також розпочав аналіз для розробки диференційованих моделей послуг для ключових груп
Посилення спроможності лікування ВІЛ/СНІД в Україні в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS) / МОЗ України / ЦГЗ	<ul style="list-style-type: none">• технічна підтримка у перегляді пакету послуг НСЗУ для хворих на ВІЛ• проведення щоквартальних колаборативів з питань покращення якості АРТ-терапії• забезпечення роботи мультидисциплінарних команд на регіональному рівні• впровадження інформаційної кампанії з медикаментозної доконтактної профілактики ВІЛ та формування прихильності до АРТ
Підтримка системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ і системи управління/поліпшення якості лабораторій Міністерства охорони здоров'я України, покращення використання стратегічної інформації та розбудова потенціалу громадської охорони здоров'я в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД (PEPFAR) / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS) / МОЗ України / ЦГЗ	<ul style="list-style-type: none">• технічна підтримка у напрацюванні нормативно-правових актів з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД• підтримка у питанні акредитації референс-лабораторії ЦГЗ• проведення та презентація результатів досліджень, зокрема біоповедінкові інтегровані дослідження серед осіб, які вживають наркотичні речовини ін'єкційним шляхом¹⁶⁰ та чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками;• розробка та запуск дистанційних навчальних курсів з тестування на ВІЛ• технічна підтримка у затвердженні низки стандартних операційних процедур з впровадження системи епіднагляду за нещодавною ВІЛ-інфекцією, з впровадження системи епіднагляду за смертністю у зв'язку з ВІЛ та госпітального спостереження за ВІЛ-асоційованою смертністю в Україні• технічна підтримка у розробці проекту Концепції національної стратегії тестування на ВІЛ в Україні до 2030 року

¹⁵⁷ Проект USAID «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/TBControlEffortsUA/>

¹⁵⁸ Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/StopTB.Ukraine/posts/743319679569138>

¹⁵⁹ Pact Ukraine, Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/Pact-Ukraine-269030496957710>

¹⁶⁰ Презентація результатів інтегрованого біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, 21 травня 2021 р.

<https://www.phc.org.ua/news/prezentaciya-rezultativ-integrovanogo-biopovedinkovogo-doslidzhennya-sered-lyudey-yaki>



Назва проєкту (гранту) / Партнер з розвитку, донор / бенефіціар / реципієнт	Основна діяльність
Покращення якості та стійкості медикаментозного підтримувального лікування в Україні ¹⁶¹ / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) / МОЗ України / МОЗ України	<ul style="list-style-type: none">• підтримка 27 сайтів ЗПТ у 9 регіонах PEPFAR, серед них — 7 цільових областей дослідження (супровід пацієнтів на ЗПТ та АРТ, залучення нових пацієнтів, ресоціалізація, закупівля лікарських засобів тощо)• розробка онлайн-курсів із лікування опіоїдної залежності, розладів психічного здоров'я, психосоціального супроводу пацієнтів ЗПТ, надання інтегрованих послуг, медичного та психологічного супроводу пацієнтів, які завершають участь в ЗПТ• технічна підтримка у розробці нормативно-правових актів для подальшого розвитку якості та стійкості програми замісної підтримувальної терапії в Україні• підтримка пілотного проєкту проведення ЗПТ мобільними амбулаторіями• технічна підтримка у запровадженні ефективної системи моніторингу та та оцінки ЗПТ• розробка та розповсюдження інформаційних матеріалів щодо популяризації ЗПТ¹⁶² та АРТ¹⁶³
Удосконалення каскаду лікування ВІЛ для ключових груп населення шляхом диференційованого виявлення нових випадків та залучення до лікування, нарощення потенціалу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та стратегічної інформації в Україні / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) Департаменту охорони здоров'я та соціального забезпечення США (DHHS) / МОЗ України / ЦГЗ	<ul style="list-style-type: none">• використання моделі «Оптимізованого виявлення випадків ВІЛ (OCF) та розширення лікування за підтримки спільнот (CITI)» через співпрацю з неурядовими організаціями та через роботу на мобільних амбулаторіях (послуги з безкоштовного консультування та тестування на ВІЛ, вірусні гепатити, послуги з медико-соціального супроводу пацієнтів, відстеження та повернення пацієнтів з ВІЛ, які були втрачені з-під медичного нагляду)• транспортування зразків крові для обстеження на вірусне навантаження та СД4 та інші обстеження для пацієнтів з ВІЛ, підтримка з проведенням КТ та МРТ• проведення чергового раунду біоповедінкового дослідження серед секс-працівниць/працівників в Україні• проведення навчання серед медичних фахівців та представників неурядових організацій з методики проведення біоповедінкових досліджень• продовження роботи онлайн-ресурсу «Аналіз з ВІЛ в Україні»¹⁶⁴• підготовка та поширення буклету «Стратегічна інформація щодо ВІЛ/СНІДу в Україні»
ACCESS Pro: Доступ спільнот до лікування ВІЛ через зміцнення інформаційних систем та покращення доступу до послуг / Центри контролю та профілактики захворювань США (CDC) в рамках Надзвичайної ініціативи Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД — PEPFAR / МОЗ України / ЦГЗ, НСЗУ, БО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД»	<ul style="list-style-type: none">• робота над впровадження програмного забезпечення для лабораторій центрів соціально-значущих хвороб (ПЗ ЛІМС) (серед цільових регіонів дослідження — Дніпропетровська, Донецька, Миколаївська, Черкаська області)• розгортання модулів в МІС Моніторинг соціально значущих хвороб в пріоритетних регіонах PEPFAR та проведення навчання серед фахівців закладів щодо використання систем• підтримка ЦГЗ у впровадженні в промислову експлуатацію МІС СХЗ (медична інформаційна система соціально значущих хвороб)

¹⁶¹ Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я», офіційний сайт <https://aph.org.ua/uk/golovna/>

¹⁶² Інформаційний додаток для мобільних пристроїв «Замісна підтримувальна терапія» <http://zpt.org.ua/>

¹⁶³ Інформаційний портал про АРВ-терапію, сайт ЦГЗ <https://arv.phc.org.ua/>

¹⁶⁴ Аналіз ситуації з ВІЛ в Україні. Результати досліджень МБФ «Альянс громадського здоров'я» <http://hivdata.org.ua>



Назва проекту (гранту) / Партнер з розвитку, донор / бенефіціар / реципієнт	Основна діяльність
Зміцнення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні / ПРООН / МОЗ України / МОЗ України	<ul style="list-style-type: none">• організація та проведення засідань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні• технічна підтримка у підготовці документів та нормативно-правових актів• забезпечення нагляду за впровадженням грантів Глобального фонду

Основні проблеми, які вплинули на результативність програм (проектів) у 2020-2021 роках:

- карантинні обмеження у зв'язку з пандемією COVID-19;
- нерозуміння переваг від результатів запропонованих інтервенцій на регіональному рівні;
- затримка здійснення закупівель лікарських засобів та тест-систем за кошти державного бюджету.

Регіональні програми з охорони здоров'я

У більшості цільових регіонів дослідження передбачено включення заходів із запобігання та протидії деяким інфекційним захворюванням в рамках місцевих та обласних програм з охорони здоров'я, тобто можна говорити про політичну прихильність на регіональному рівні в питаннях лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів та залежностей.

Водночас, обсяги фінансування, які затверджені програмами та по факту залучені, відрізняються. Наприклад, на виконання Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2021 роки за 2018 рік було затверджено обсяг фінансування на рівні 322 336,49 тис.грн (бюджет м.Києва - 48 373,20 тис.грн, державний бюджет - 102 576,71 тис.грн, кошти інших джерел - 171 386,58 тис.грн). Однак, фактично було залучено з різних джерел 165 551,51 тис.грн (бюджет м.Києва - 9 862,9 тис.грн, отримано у вигляді лікарських засобів, витратних матеріалів та послуг з державного бюджету - 50 710,73 тис.грн, кошти інших джерел - 104 977,89 тис.грн), що складає лише 51,67% від запланованого обсягу¹⁶⁵.

Починаючи з 2020 року, частина коштів, яка була виділена на регіональні програми з охорони здоров'я в частині надання медичної допомоги людям з ВІЛ, ТБ, ВГ та залежностями була перенесена на забезпечення заходів щодо подолання та ліквідації наслідків пандемії COVID-19, а саме - забезпечення пацієнтів лікарськими засобами та виробами медичного призначення, страхування медичних працівників на випадок COVID-19, забезпечення функціонування медичних закладів, модернізацію систем забезпечення киснем тощо.

¹⁶⁵ Пояснювальна записка до звіту про хід виконання Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2021 роки за 2018 рік https://health.kyivcity.gov.ua/files/2019/2/28/VIL_ZVIT_2018.PDF



○ Таблиця 1.7. Опис регіональних програм з охорони здоров'я в цільових регіонах дослідження

Область / місто	Назва та опис програми
Вінницька область	<p>Галузева Програма «Підтримка та розвиток галузі охорони здоров'я Вінниччини» на 2021-2025 роки»¹⁶⁶</p> <p>У галузевій програмі передбачені заходи щодо подальшого розвитку телемедицини, системи екстреної медичної допомоги області, придбання сучасного діагностичного та медичного обладнання для закладів охорони здоров'я, поліпшення умов праці медичних працівників та умов перебування хворих, а також матеріально-технічне оснащення закладів.</p> <p>Серед пріоритетних напрямків програми — створення Клінічного центру інфекційних хвороб з ліжками інтенсивної терапії на базі КНП «Вінницький клінічний центр СНІДу Вінницької обласної Ради».</p> <p>Загальний бюджет програми — 391,7 млн грн, з яких 350,7 млн грн — кошти обласного бюджету, 41,1 млн грн — кошти бюджетів територіальних громад.</p>
Дніпропетровська область	<p>Обласна програма «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020-2024 роки»¹⁶⁷</p> <p>Серед завдань програми визначено забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД у Дніпропетровській області (передбачається діагностика ВІЛ-інфекції та інших соціально значущих захворювань у дорослих та дітей та забезпечення профілактики та лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань), забезпечення стратегічного керівництва у сфері громадського здоров'я.</p> <p>Показники ефективності: збільшення кількості людей, що знають свій ВІЛ-статус та свій ВГ-статус до 90%, з метою подальшого залучення до лікування; зниження на 30% рівня смертності від ускладнень ВІЛ-інфекції та хвороб, зумовлених ВІЛ.</p> <p>Фінансування зазначених заходів передбачається із коштів обласного бюджету. Запланований бюджет — 1 950 867,338 грн на 5 років.</p>
місто Запоріжжя	<p>Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2022-2024 роки»¹⁶⁸</p> <p>Серед основних заходів програми передбачено:</p> <ul style="list-style-type: none">• забезпечення закупівлі туберкуліну з метою проведення своєчасної туберкулінодіагностики дітей міста (18 487,136 тис. грн)• забезпечення продуктами дитячого харчування дітей перших років життя із малозабезпечених сімей та закупівлі адаптованих сумішей для дітей народжених від ВІЛ-інфікованих матерів (2 474,274 тис. грн) <p>Окремим заходом визначено оплату комунальних послуг та енергоносіїв комунальними закладами охорони здоров'я, які належать відповідним територіальним громадам, для забезпечення надання медичних послуг за програмою медичних гарантій медичного обслуговування населення на суму 384 590,805 тис.грн.</p> <p>Загальний обсяг фінансування складає 2 351 491,434 тис.грн і передбачений із коштів місцевого бюджету.</p>

¹⁶⁷ Галузева Програма «Підтримка та розвиток галузі охорони здоров'я Вінниччини» на 2021-2025 роки» затверджена на позачерговій сесії обласної Ради, офіційний сайт Вінницької ОДА, 27 лютого 2021 р.

<http://www.vin.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/34315-oblasna-rada-zatverdyla-prohramu-pidtrymka-ta-rozvytok-haluzi-okhorony-zdorovia-vinnychchyny-na-2021-2025-roky>

¹⁶⁸ Про обласну програму «Здоров'я населення дніпропетровщини на 2020 - 2024 роки», офіційний сайт Дніпропетровської обласної ради

<https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/%E2%84%96-535-20vi%D1%96-13-12-2019-%D1%80/>

¹⁶⁹ Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2022 - 2024 роки», затверджена рішенням Запорізької міської ради від 22 грудня 2021 р. № 41 https://zp.gov.ua/upload/content/o_1fo0meulrl8ghf7qdn1tdo1ea426l.pdf



Область / місто	Назва та опис програми
місто Київ	<p>Міська цільова програма протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017-2021 роки¹⁶⁹</p> <p>Основні напрямки програми: запобігання поширенню ВІЛ серед ключових груп населення; охоплення населення послугами з тестування на ВІЛ; залучення до системи медичного нагляду людей, які живуть з ВІЛ; охоплення людей, які живуть з ВІЛ, антиретровірусною терапією; досягнення високої ефективності лікування у людей, які живуть з ВІЛ та отримують антиретровірусну терапію; адміністрування та моніторинг виконання заходів Програми за стратегією Fast-Track.</p> <p>Основні показники програми:</p> <ul style="list-style-type: none">• 90% людей, що живуть з ВІЛ у м.Київ, знатимуть про свій ВІЛ статус;• 90% людей, які знають про свій ВІЛ статус, отримуватимуть антиретровірусне лікування;• 90% людей, які отримують лікування, матимуть ефективне лікування, що виражатиметься у не визначальному вірусному навантаженні. <p>Загальний бюджет програми — 1 460 264,65 тис.грн (державний бюджет — 273 632,7 тис.грн, місцевий бюджет — 238 734,75 тис.грн, інші джерела — 947 897,2 тис.грн).</p> <p>Міська цільова програма протидії захворювання на туберкульоз на 2017-2021 роки¹⁷⁰</p> <p>Основні напрями та заходи діяльності програми сфокусовані на систематичному скринінгу груп високого ризику щодо захворювання на туберкульоз, проведенні ранньої діагностики усіх форм туберкульозу та всеохоплюючий доступ до тестування на чутливість до ліків, зміцненні моделі комплексного надання інтегрованих послуг хворим на туберкульоз, якісному лікуванні тощо.</p> <p>Серед індикаторів програми: смертність від туберкульозу (5,2 осіб на 100 тис.населення у 2021 році) та захворюваність на туберкульоз, включно з рецидивами (46 осіб на 100 тис.населення у 2021 році).</p> <p>Фінансування зазначених заходів передбачається із коштів місцевого бюджету. Загальний бюджет програми — 48 038,9 тис.грн.</p> <p>Міська цільова програма «Здоров'я киян» на 2020-2022 роки¹⁷¹</p> <p>Серед завдань, визначених програмою, є забезпечення зниження рівня захворюваності груп епідемічного ризику на гепатит В шляхом проведення щеплень (55 955,97 тис.грн), закупівля туберкуліну для лікувально-профілактичних закладів педіатричної мережі (24 665,92 тис.грн), забезпечення етіотропним протівірусним лікуванням хворих на вірусні гепатити (держбюджет — 23 142,82 тис.грн, місцевий бюджет — 31 289,98 тис.грн). Серед переліку заходів також заплановано реконструкцію Київської міської туберкульозної лікарні №2 у Гостомелі.</p> <p>Окремо в межах заходів заплановані заходи щодо підвищення ефективності системи управління у галузі охорони здоров'я, а саме:</p> <ul style="list-style-type: none">• забезпечення безкоштовними лікарськими засобами (371 603,94 тис.грн);• забезпечення виплати медичним працівникам закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня пенсій за віком на пільгових умовах (63 522,28 тис.грн);• утримання закладів охорони здоров'я вторинного та третинного рівня (1 332 763,64 тис.грн). <p>Для реалізації зазначеної програми передбачається фінансування за рахунок коштів державного та місцевого бюджетів: 1 328 886,63 тис.грн — держбюджет, 14 535 437,88 — місцевий бюджет.</p>

¹⁶⁹ Рішення Київської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017 - 2021 роки» <https://kmr.gov.ua/sites/default/files/4810.pdf>

¹⁷⁰ Рішення Київської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017 - 2021 роки» від 8 грудня 2016 року N 537/1541 <https://ips.ligazakon.net/document/MR161489>

¹⁷¹ Розпорядження КМДА «Про схвалення проєкту міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2020 - 2022 роки» від 20 грудня 2019 № 2218 <https://health.kyivcity.gov.ua/files/2020/1/20/rozporядgenny.PDF>



Область / місто	Назва та опис програми
місто Київ	Міська цільова програма «Громадське здоров'я» на 2022-2025 роки¹⁷² Серед цілей, які визначені програмою, є профілактика, спрямована на протидію епідемії ВІЛ, туберкульозу та інших соціально-небезпечних хвороб. До програми увійшли заходи щодо діагностики та лікування туберкульозу й реалізація ініціативи FAST TRACK CITIES, виконання цілі «90-90-90» безперервного каскаду заходів із профілактики, догляду та лікування, спрямованої на протидію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, а також скринінги населення на гепатит В та С за групами ризику. Фінансування передбачається за рахунок коштів місцевого бюджету. Запланований бюджет — 834 113,1 млн грн.
Львівська область	Програма соціально-економічного та культурного розвитку Львівської області на 2021-2023 роки¹⁷³ Програма містить окремий напрям – охорона здоров'я, який передбачає, зокрема, подальше забезпечення розвитку закладів охорони здоров'я, оптимізацію та модернізацію існуючих закладів охорони здоров'я, проведення профілактики, виявлення на ранніх стадіях та лікування найбільш поширених в регіоні і соціально небезпечних хвороб. Щодо фінансування варто зазначити, що передбачається використання коштів із медичної субвенції, обласного бюджету та місцевих бюджетів. На охорону здоров'я заплановано розподілити 70 млн грн.
місто Львів	Міська програма скринінгу, профілактики та ранньої діагностики захворювань «Здоров'я львів'ян» на 2022-2024 роки¹⁷⁴ Передбачає тільки раннє виявлення захворювань, зокрема таких як гіпертонічна хвороба та інші серцево-судинні захворювання, цукровий діабет, онкозахворювання, зокрема раку молочної залози, передміхурової залози та колоректального раку шляхом організації максимального охоплення мешканців міста профілактичними оглядами, скринінговими оглядами. Очікуваний обсяг фінансування — 1,5 млн грн з місцевого бюджету.
Миколаївська область	Обласна програма розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, які належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Миколаївської області, на 2020-2022 роки¹⁷⁵ Серед завдань програми передбачено ресурсне забезпечення лікувально-діагностичного процесу та інфекційного контролю по Миколаївському регіональному фтизіопульмонологічному медичному центру (у розмірі 4 954,8 тис.грн) та розвиток паліативної допомоги та надання медичної допомоги ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД (у розмірі 748,1 тис.грн). Очікуваний обсяг фінансування — 194 029,189 тис.грн.
місто Миколаїв	Програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, міста Миколаєва на 2020-2022 роки¹⁷⁶

¹⁷² Рішення Київської міської ради «Про затвердження міської цільової програми «Громадське здоров'я» на 2022 - 2025 роки» від 7 жовтня 2021 року N 2722/2763 https://health.kyivcity.gov.ua/files/2021/12/14/07_10_2021_2722_2763.pdf

¹⁷³ Рішення Львівської обласної державної адміністрації про затвердження Програми соціально-економічного та культурного розвитку Львівщини на 2021-2023 роки <https://loda.gov.ua/news?id=58390>

¹⁷⁴ Міська програма скринінгу, профілактики та ранньої діагностики захворювань «Здоров'я львів'ян» на 2022-2024 роки <https://city-adm.lviv.ua/news/science-and-health/medicine/289281-sesiia-zatverdyla-prohramu-zdorovia-lvivian-na-2022-2024-roky>

¹⁷⁵ Рішення Миколаївської обласної ради «Про затвердження обласної Програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, які належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Миколаївської області, на 2020 - 2022 роки» від 24 грудня 2019 р. № 8 <https://www.mk-oblrada.gov.ua/UserFiles/decree/15780385135e0ef4f1201a2.pdf>

¹⁷⁶ Рішення Миколаївської міської ради «Про затвердження Програми розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, міста Миколаєва на 2020 - 2022 роки» від 20 грудня 2019 р. № 56/57 <https://mkrada.gov.ua/documents/33279.html>



Область / місто	Назва та опис програми
місто Миколаїв	<p>Програма передбачає проведення відповідних заходів щодо реалізації сталої відповіді на епідемію туберкульозу, в т.ч. хіміорезистентного, ВІЛ-інфекції/ СНІДу та вірусного гепатиту.</p> <p>В рамках цього завдання передбачається утримання та фінансування коштом коштів міського бюджету КНП ММР «Центр соціально значущих хвороб», Забезпечення надання медичної допомоги підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу» з ВІЛ-інфекції, інфекцій, що передаються статевим шляхом; проведення експрес-тестування, репродуктивного здоров'я, гендерно обумовленого насильства в відділенні «Клініка, дружна до молоді», організація проведення профілактичних флюорографічних оглядів населення, забезпечення обстеження осіб, з підозрою на туберкульоз, методом мікроскопії мазка мокротиння, забезпечення проведення туберкулінодіагностики у дітей та підлітків з груп ризику щодо захворювання на туберкульоз, проведення щорічного навчання бригад, які здійснюють туберкулінодіагностику, забезпечення закладів охорони здоров'я міста туберкуліном та туберкуліновими шприцами, забезпечення вільного доступу до безоплатного консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію населення, профілактика захворювання на вірусні гепатити В і С для представників груп підвищеного ризику, у тому числі медпрацівників (експрес — тести), прийом котримоксазолу протягом проведення протитуберкульозного лікування, забезпечення сталого функціонування кабінетів замісної підтримуючої терапії на базі лікувальних закладів міста.</p> <p>Усі заходи передбачається здійснити коштом міського бюджету.</p>
місто Одеса	<p>Міська цільова програма протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Odesa») на 2021-2023 роки¹⁷⁷</p> <p>Метою програми є збереження та розвиток ефективної міської системи протидії ВІЛ-інфекції / СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії; надання якісних і доступних соціально-медичних послуг з профілактики та діагностики ВІЛ-інфекції населенню, насамперед представникам груп підвищеного ризику, послуг із лікування, медичної допомоги, догляду і підтримки людей, які живуть з ВІЛ, та наркозалежних осіб.</p> <p>Напрямами діяльності визначено такі:</p> <p>координація та моніторинг досягнення цілей глобальної ініціативи «Fast-Track Cities» у м. Одесі;</p> <ul style="list-style-type: none">• посилення кадрового потенціалу та ресурсної бази у сфері ВІЛ-СНІДу для досягнення цілей глобальної ініціативи «Fast-Track Cities»;• запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед населення;• запобігання поширенню ВІЛ-інфекції серед осіб, віднесених до груп підвищеного ризику;• діагностика ВІЛ-інфекції та залучення людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією / СНІДом, до медичного нагляду;• протидія поширенню туберкульозу;• зменшення нових випадків вірусних гепатитів, в тому числі хронічних, та скорочення смертності, зумовленої вірусними гепатитами;• протидія поширенню наркоманії та вживанню психоактивних речовин, надання допомоги залежним та співзалежним особам. <p>На фінансування передбачено кошти бюджету Одеської міської територіальної громади в розмірі 14 443,8 тис.грн.</p>

¹⁷⁷ Рішення Одеської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Odesa») на 2021 - 2023 роки» від 03.02.2021 р. № 50-VIII <https://omr.gov.ua/ru/acts/council/182798/>



Область / місто	Назва та опис програми
Херсонська область	<p>Обласна програма розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Херсонської обласної ради на 2020-2021 роки¹⁷⁸</p> <p>Програма передбачає забезпечення співфінансування поточних видатків та оновлення матеріально-технічної бази комунальних закладів охорони здоров'я для реалізації державних гарантій медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій для третинної (спеціалізованої) медичної допомоги, у т.ч. закладів, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, ТБ, гепатитами та залежностями. Також до завдань програми включена підтримка медичних працівників обласних закладів охорони здоров'я.</p> <p>Загальний обсяг коштів з обласного бюджету на програму — 776 789,9 тис.грн.</p>
Черкаська область	<p>Обласна програма «Підтримка системи громадського здоров'я на 2020-2022 роки»¹⁷⁹</p> <p>Серед основних завдань програми — забезпечення функціонування КНП Черкаський обласний центр громадського здоров'я Черкаської обласної ради, який, зокрема, надає медичні послуги людям з ВІЛ; розвиток міжсекторальної взаємодії різних державних і громадських інститутів; проведення моніторингу, оцінювання та прогнозування в системі громадського здоров'я.</p> <p>Запланований обсяг фінансування — 194 473,448 тис.грн коштом державного та місцевого бюджетів, а також інших джерел фінансування.</p>

2. АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ СОЦІОЛОГІЧНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ

У цьому розділі представлені результати соціологічного дослідження, яке проводилося протягом травня-жовтня 2021 року в наступних регіонах: Вінницька, Дніпропетровська, Донецька, Запорізька, Київська, Львівська, Миколаївська, Одеська, Херсонська та Черкаська області.

На першому етапі проведено 50 глибинних інтерв'ю з керівниками закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями, та представниками обласних департаментів / управлінь охорони здоров'я.

На другому етапі шляхом онлайн-анкетування проведено кількісне дослідження серед представників закладів охорони здоров'я, які надають медичну допомогу людям з ВІЛ, туберкульозом, вірусними гепатитами, залежностями, а саме: лікарями первинної ланки, лікарями з надання вторинної та третинної медичної допомоги, керівниками кабінетів довіри та сайтів. Всього було заповнено 388 анкет.

2.1. ГОЛОВНІ УЗАГАЛЬНЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Оцінка респондентами впливу переходу до фінансування в межах Програми медичних гарантій (ПМГ) різниться між сферами надання допомоги. Найбільш схвально вплив реформи оцінюють у сфері вірусних гепатитів, більш нейтрально у сфері ВІЛ, скоріше негативно — у сфері ТБ та ЗПТ. Крім того, якщо у напрямках ВГ та ВІЛ чимала частка респондентів відмічала відсутність будь-яких змін з початком реформи, то у сферах ТБ та ЗПТ таких відповідей мало.

¹⁷⁸ Проєкт обласної програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Херсонської обласної ради на 2020-2021 роки

<https://khoda.gov.ua/pro%D1%94kt-oblasno%D1%97-programi%C2%A0-%C2%ABrozvitku-ta-p%D1%96dtrimki-komunalnih-zaklad%D1%96v-ohoroni-zdorov%E2%80%99ja-hersonsko%D1%97-oblasno%D1%97-radi-na-2020-2021-roki%C2%BB>

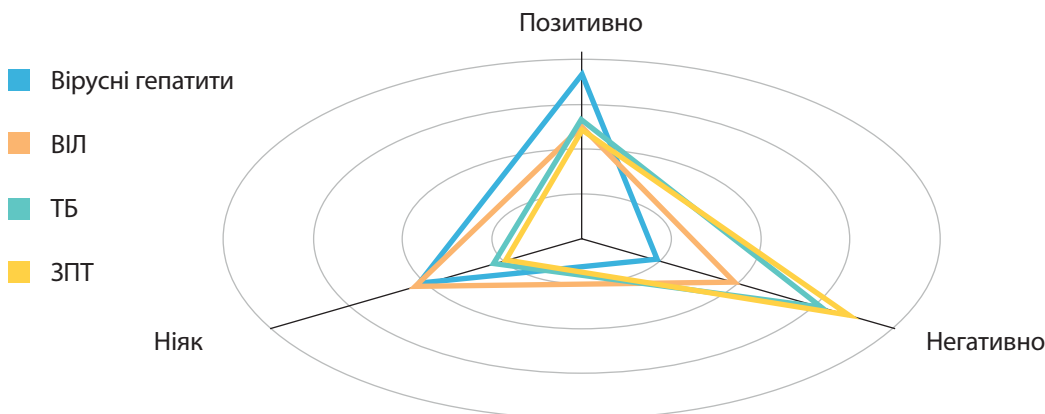
¹⁷⁹ Рішення Черкаської обласної ради «Про обласна програму «Підтримка системи громадського здоров'я на 2020-2022 роки» від 12 березня 2020 р. № 36-39/VII <https://www.oblrada.gov.ua/oblasn-programi>



Можна говорити про те, що респонденти бачать скоріше помірний або позитивний вплив змін у сферах ВГ та ВІЛ, і сильний та скоріше негативний вплив у сферах ТБ та ЗПТ.

Графік 2.1. Вплив на надання медичних послуг після переходу на ПМГ

Як перехід на ПМГ вплинув на надання медичних послуг у вашому закладі?



І персонал, і керівники закладів згадували широкий набір як переваг, так і проблем, пов'язаних з переходом до ПМГ. Однак усі вони були однаковими у виділенні ключових з-поміж переваг та недоліків.

Головною перевагою реформи називають збільшення автономії в управлінні, (зокрема, фінансовому) та можливість самостійно визначати власні пріоритети. Також до помітних переваг відносять можливість вдосконалити маршрут пацієнта, зробити його більш орієнтованим на споживача.

Головними недоліками вважають необхідність витратити додатковий час на роботу з ЕСОЗ та нестачу коштів. Частина керівників також були незадоволені необхідністю змін як таких і незрозумінням / відсутністю бачення подальшого розвитку служби.

Важливо, що консенсус навколо вказаних переваг та недоліків чітко помітний і серед персоналу, і серед керівників, а також поміж різними напрямками.

Можна також говорити про те, що у сферах ТБ та ЗПТ респонденти не назвали окремих особливих причин, які можна пов'язати з більш негативним впливом реформи на ці сфери.

Більшість респондентів — як керівників, так і персоналу — **не мають чітких уявлень щодо шляхів вирішення означених ними проблем**. Пропоновані ними рішення здебільшого зводяться до збільшення фінансування: або за відповідними чи новими пакетами, або на рівні закладу, або системи загалом. Окремі керівники висловили підтримку ідеї та стратегії реформи як такої, але підкреслили незадоволення її практичним впровадженням.

Більшість респондентів з обох когорт зазначали, що відчули **проблеми під час контракування**. Серед них переважає одна — те, що в короткий термін треба було виконати вимоги до пакетів або ж що змінилися / з'явилися нові вимоги «безпосередньо перед» контракуванням. Основні вимоги, з якими виникали труднощі — це комплектація персоналу та забезпечення безбар'єрності (хоча ці труднощі часто пов'язані з іншими пакетами послуг). Другий за частотою згадувань тип проблем — недостатня або неналежна комунікація з НСЗУ.

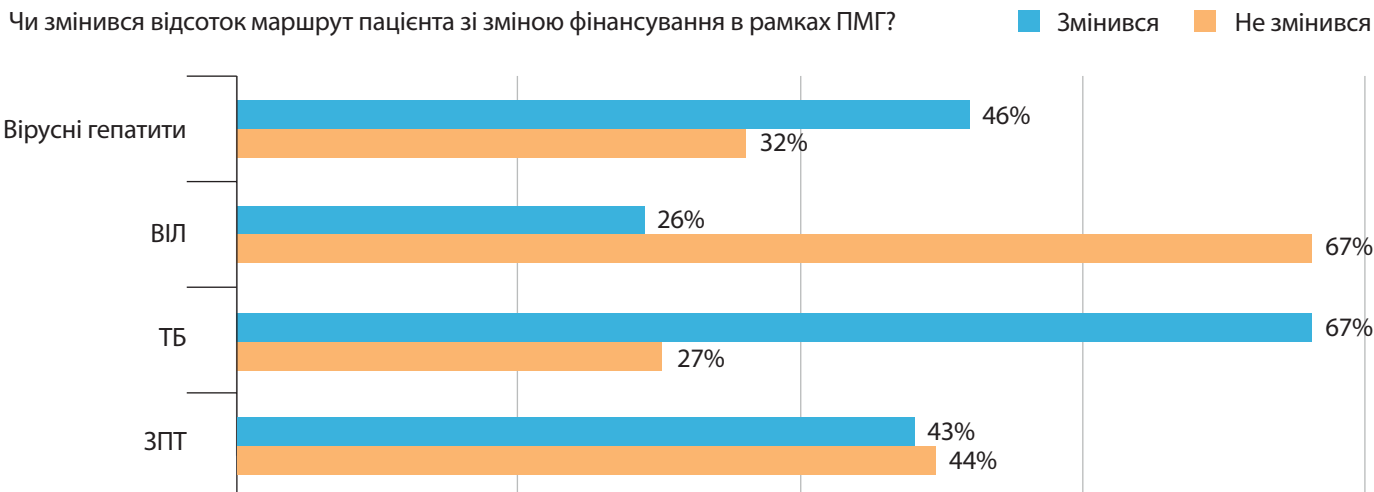
Зміна маршрутів пацієнта після запровадження реформи відбувалася по-різному у різних сферах. У сфері ВІЛ більшість респондентів вказали, що змін у маршруті не відбулося. У сферах ВГ та ЗПТ думки респондентів розподілилися приблизно порівну між тими, хто відмічав зміни та тими, хто їх не помітив. А у сфері ТБ більшість опитаних згадували про зміну маршрутів.



З глибинних інтерв'ю з керівниками закладів можна зробити висновок, що зміна або не зміна маршрутів відбувалася скоріше неорганізовано, на рівні окремих закладів, а не служб. Єдина зміна, яка зустрічається у відповідях найчастіше — це більш виразна поява у маршруті сімейного лікаря як ланки у діагностиці (виявлення за допомогою швидких тестів) або ж як «воротаря» системи, від якого пацієнт повинен отримати направлення.

Графік 2.2. Зміна маршруту пацієнта зі зміною фінансування

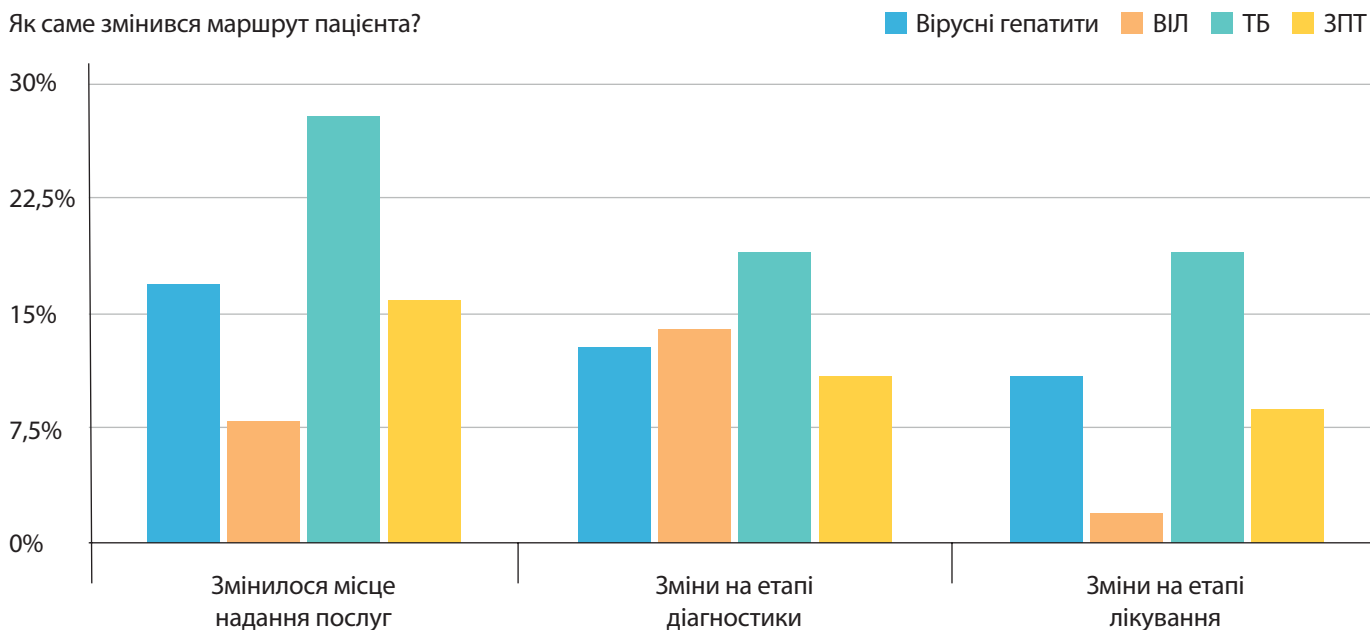
Чи змінився відсоток маршрут пацієнта зі зміною фінансування в рамках ПМГ?



Ті респонденти, які говорили про зміну маршруту пацієнта, здебільшого називали зміну місця надання послуг, а також зміни на рівні діагностики. Менше змін відбулося на етапі лікування.

Графік 2.3. Зміни у маршруті пацієнта

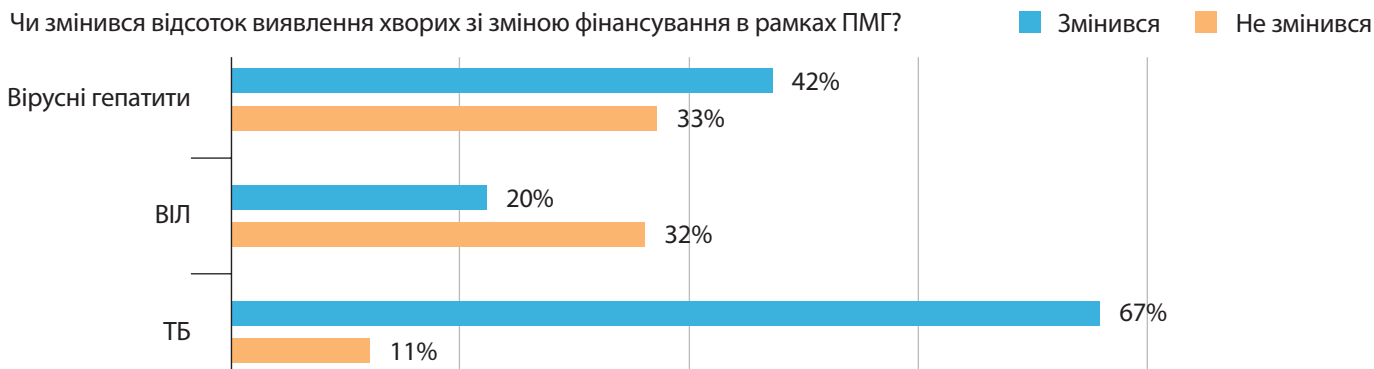
Як саме змінився маршрут пацієнта?



Якщо говорити про **зміни у рівні виявлення** — то тут ситуація відрізняється від служби до служби. Судячи з відповідей опитаних, у сфері ВІЛ відчутних змін не відбулося. Водночас за напрямком ВГ та особливо ТБ респонденти констатували відчутні зміни у виявленні.

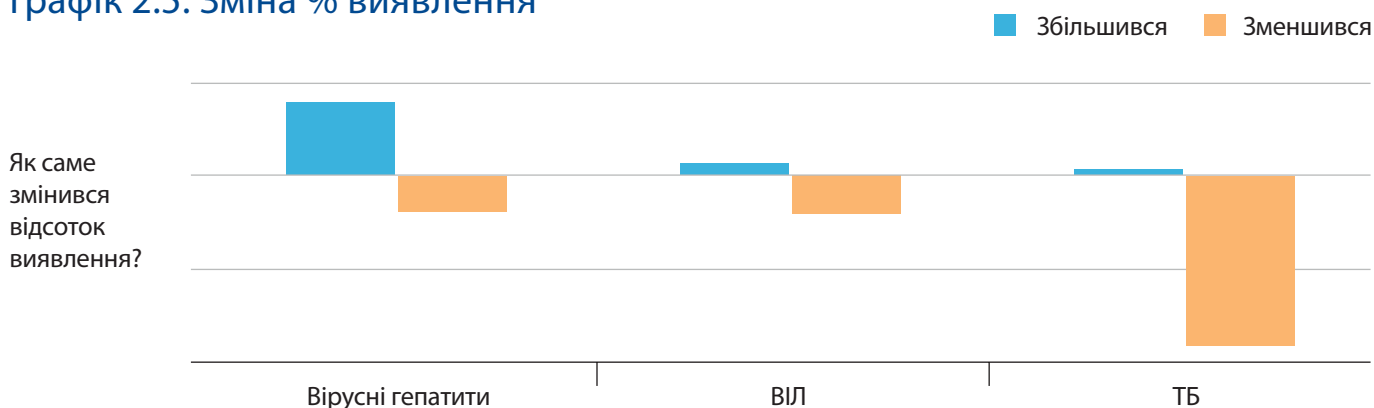


Графік 2.4. Зміна у % виявлених хворих зі зміною фінансування в рамках ПМГ



Цікаво відмітити, що у сфері вірусних гепатитів респонденти відмічали значуще поліпшення виявлення, тоді як у напрямку ТБ — відчутне його зменшення.

Графік 2.5. Зміна % виявлення



Інтерпретацію результатів ускладнює те, що **перехід на фінансування в межах ПМГ стався у один рік із пандемією COVID-19**, яка значно вплинула на діагностику у багатьох сферах медицини. На основі опитування складно визначити, яку частину змін у виявленні можна віднести до впливу реформи, а яку — до впливу пандемії.

Варто зазначити, однак, що респонденти згадували вплив COVID-19 на виявлення не так часто, як можна було б очікувати. До головних причин більшість респондентів відносило фактори, пов'язані з роботою первинної ланки.

У глибинних інтерв'ю керівники закладів пропонували прив'язати якість виявлення на рівні первинної допомоги до оплати її послуг. Пропозицій про запровадження індикаторів якості на рівні спеціалізованої допомоги керівники закладів не надали.

Цікаво, що у сфері ТБ роботу первинної ланки вважають головною причиною зменшення відсотку виявлених випадків (не дообстеження, відсутність алгоритмів взаємодії з вторинною ланкою), тоді як у сфері ВГ первинку вважають основним фактором поліпшення виявлення (доступність швидких тестів на первинці, більше звернень до сімейних лікарів).

Водночас небагато респондентів вважають роль первинної ланки у своїх напрямках важливою або провідною. Здебільшого її зводять до виявлення та супроводу (під контролем спеціалістів), а у лікуванні не бачать взагалі.

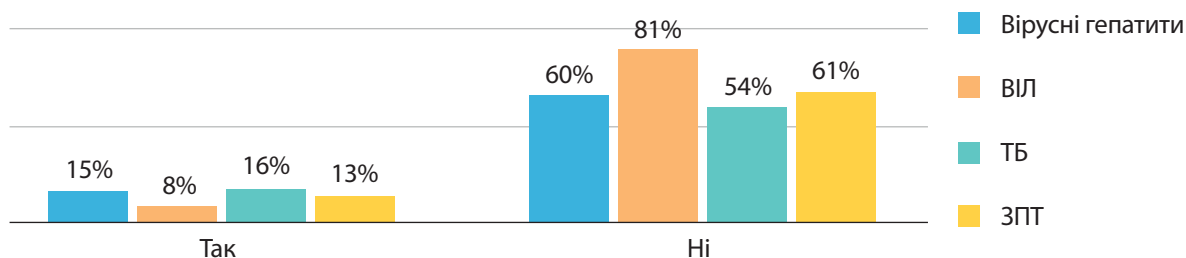


Варто зазначити, що саме у сфері ТБ, де на роботу первинної ланки висловлено найбільше нарікань, найбільша частка респондентів назвала роботу цієї ланки важливою (26%) та відмітила роль первинки у амбулаторному лікуванні (19%).

Логістика лікарських засобів до закладів та пацієнтів — це єдина сфера роботи кожної зі служб, щодо якої у всіх респондентів можна спостерігати повний консенсус: перехід на фінансування через ПМГ не вплинув на логістичні процеси.

Графік 2.6. Проблеми з логістикою лікарських засобів

Чи виникали проблеми з логістикою ліків?



Водночас COVID-19 вплинув на можливість пацієнтів отримувати ліки. Карантинні обмеження, перепрофілювання закладів для лікування хворих на COVID-19, а також ризик інфікування пацієнтів негативно вплинули на можливість пацієнтів відвідувати регулярно медичні заклади та отримувати необхідне лікування, зокрема ЗПТ та АРТ.

У логістиці ліків та зразків біоматеріалу для лабораторного обстеження активну допомогу надають також неурядові організації, хоча їхню роль респонденти відмічали не так часто, а часом навіть не знали про існування таких можливостей.

2.2. ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

38% представників туберкульозної служби вважають, що реформа негативно вплинула на надання послуг у цій сфері, а 32% оцінюють вплив позитивно.

Схожі результати і серед керівників закладів. Із 8 опитаних керівників радше негативне ставлення до переходу на нове фінансування можна прослідкувати у відповідях 3 респонденти, тоді як 3 керівники продемонстрували радше позитивне ставлення. Ставлення ще 3 респондентів важко визначити або ж можна описати як нейтральне чи нейтрально-позитивне.

«Більш реалістичне фінансування. З'явилося усвідомлення, що кожний зайвий день пацієнта в стаціонарі — це кошти»

«Спочатку процес реформування не був скоординований, не було розуміння, чи достатньо буде залучатися первинна ланка»

Керівники 6 з 8 закладів зазначили ті чи інші переваги переходу на нове фінансування. З них 4 респонденти підкреслюють вищу управлінську та фінансову самостійність, вищу оперативність у прийнятті рішень. Також, 2 респонденти зазначили переваги, пов'язані з маршрутом пацієнта.

«Можливість самостійно розпоряджатися коштами, зменшилася кількість нерелевантних витрат»

«Розвантаження ліжкового фонду. Направлення пацієнтів, які реально потребують стаціонарного лікування. Менше хаосу, зокрема з появою сімейного лікаря»



Крім традиційних труднощів, пов'язаних із додатковим навантаженням на лікарів через внесення даних до ЕСОЗ (32% респондентів), та веденням більшої кількості пацієнтів (16%), причиною негативу вважають погіршення фінансового становища закладів (36%). Основним рішенням респонденти також вважають збільшення фінансування (29%).

Труднощі при контрахтуванні непокоїли 50% респондентів, які брали в ньому участь. Головною проблемою була невідповідність вимогам НСЗУ щодо спеціалістів (32%), а також технічні проблеми (26%) та брак комунікації з НСЗУ (26%). Щодо керівників закладів, то лише 5 респондентів з 8 прокоментували комунікацію з НСЗУ. 4 з них вважають її задовільною.

У більшості персоналу (58%) також виникали проблеми зі звітністю через ЕСОЗ (у 34% — не виникало). Серед керівників 5 респондентів зазначили ті чи інші проблеми зі внесенням або врахуванням внесених даних; 3 респонденти не бачать проблем із звітуванням.

Опитані у глибинних інтерв'ю керівники відзначили складнощі з виконанням вимог пакетів, а саме: високі вимоги, короткий час на виконання вимог через їхню зміну перед початком контрахтування, складність залучення необхідних спеціалістів (переважно — для інших пакетів).

«Весь час змінюються вимоги, складно частину з них виконувати»

«Дуже великі вимоги до спеціалістів, тяжко знайти»

«Були питання з вирішенням доступності (шукали додаткові джерела фінансування) та пошуком вузьких спеціалістів»

Всі заклади відмічали скорочення / оптимізацію медичного персоналу, частина закладів — про скорочення ліжкового фонду. Однак не всі ставляться до цього, як до негативу. Можлива причина — частину реорганізацій було розпочато до переходу на нове фінансування. Водночас 3 керівники поскаржилися на короткий або недостатньо скоординований перехідний період; 1 керівник — на затримки у виплатах або недостатні виплати зі сторони НСЗУ.

67% респондентів кількісного дослідження вважають, що з переходом до ПМГ маршрут пацієнта змінився. З них 42% сказали, що зміни торкнулися місця надання послуг, 27% — етапу лікування та 27% — етапу діагностики.

Щодо діагностики, то 36% респондентів, які вважають, що там відбулися зміни, зазначили, що погіршилася якість та обсяг виявлення. 65% усіх респондентів сказали, що відсоток виявлення хворих зменшився і лише 3% — що збільшився. 32% відносять нижче виявлення до проблем на первинній ланці, а 27% списують його на пандемію COVID-19.

Лише 16% відмітили проблеми із логістикою ліків після запровадження ПМД. 54% вважають, що проблем із нею не виникло.

На відміну від опитаних у кількісному дослідженні, жоден керівник не виділив окремо проблем із діагностикою. Водночас всі керівники зазначили ті чи інші проблеми з раннім виявленням — зменшення виявлення (від незначного до 25%) та виявлення на пізніх стадіях. Майже всі пов'язують це з COVID-19; але вказують також на «недопрацювання» первинки (3 респонденти). На думку 2 респондентів, введення індикаторів якості на первинці та навчання допоможе у вирішенні цієї проблеми. Про запровадження індикаторів якості на рівні спеціалізованої допомоги респонденти не зазначали.

«Протягом минулого року збільшилася кількість пацієнтів на більш пізній стадії (через COVID-19)»

«Зменшилося виявлення через COVID-19 (в основному — на первинці). Збільшилася кількість пацієнтів на більш пізній стадії захворювання. І фтизіатри не повністю включилися в роботу»



«Первинка залишається безконтрольною. Потрібний контроль первинки на етапі лікування пацієнтів»

«Необхідно ввести індикатори якості для первинки в розрізі виявлення та лікування пацієнтів з туберкульозом»

26% представників медперсоналу туберкульозної служби вважають роль первинної ланки у лікуванні ТБ важливою. 23% вважають, що ця роль полягає в амбулаторному лікуванні та контролі за його безперервністю (або самостійно (19%) або під контролем фтизіатра (4%)). 24% вважають, що первинна ланка не повинна грати значної ролі або робить це незадовільно.

2.3. ЛІКУВАННЯ ВІЛ

Кожен третій респондент зі служби ВІЛ відповів, що реформа позитивно вплинула на надання послуг, водночас кожен четвертий — що негативно. Так само чверть респондентів (27%) вважає, що зміни не вплинули на надання послуг.

З 14 керівників медзакладів під час глибинних інтерв'ю чітко негативно або «радіше негативно» ставлення до переходу на нове фінансування можна прослідкувати у відповідях 3 респондентів. Ставлення ще 5 респондентів можна оцінити як нейтральне або ж не чітко визначене. Ще 4 керівники мають позитивне або «радіше позитивне» ставлення до реформи.

«Не зрозуміла стратегічна мета, куди рухаємося...»

«На стратегічному рівні реформа — це супер, але лише на рівні стратегії все супер»

«Збільшилася мотивація набирати пацієнтів, підвищилася заробітна плата, з інших областей звертаються для діагностики на вірусне навантаження»

Лише 6% згадують підвищення зарплатні як позитивний наслідок реформи. Водночас 50% говорять про можливість самостійно розпоряджатися коштами та визначати пріоритети у витратах. До недоліків відносять надмірне навантаження, пов'язане з роботою в ЕСОЗ (42%), а також фінансові труднощі закладу. 24% респондентів сказали про те, що основні потреби закладу не покриті виплатами за основним пакетом, а 10% — що фінансування закладу стало меншим, ніж до реформи.

Схожа оцінка була у керівників медичних закладів. 8 з 14 респондентів змогли визначити ті чи інші переваги в реформі, як то: більша самостійність в прийнятті управлінських і фінансових рішень, зокрема щодо закупівель, нарахуванні зарплати; а також можливість запроваджувати новий клієнтський сервіс через створення кол-центру та «єдиного вікна» на первинній ланці для пацієнтів з ВІЛ.

«Можливість самостійно регулювати закупівлі лікарських засобів, рівень зарплати»

«Можемо самостійно розподіляти бюджет відповідно до потреб закладу. Створили грейдову систему та індикатори для різних груп працівників. Залежно від виконання індикаторів, працівники отримують премію»

«Можливість створення «єдиного вікна» для пацієнта з ВІЛ на первинній ланці. Є відділ клієнтського сервісу та кол-центр за рахунок зароблених коштів»

З глибинних інтерв'ю було очевидно, що крім фінансування за ПМГ, всі заклади мають також додаткові джерела — НУО, платні послуги, місцева влада. Аналіз відповідей керівників свідчить, що немає кореляції між відсотком фінансування за пакетом ВІЛ та позитивним або негативним ставленням керівника до змін у фінансуванні. Лише 4 керівники з 14 зазначили, що необхідно підвищити тариф; їхнє ставлення до реформи коливається від нейтрального до негативного.



«Платні послуги для закладів, ми на них лише і виживаємо. Минулого року не було глобальної проблеми, бо нас дофінансовували з липня до вересня, до того нас фінансувала область. Якби у нас не було ще власного спецрахунку — не вижили б».

«Мало фінансів закладено в пакет, не можемо собі дозволити все, що необхідно для лікування пацієнтів, це не рентабельно. Виживаємо і не скорочували нікого за рахунок того, що велика диспансерна група і мала кількість персоналу. Потрібно збільшити пакет».

Варто звернути увагу і на викривлені очікування керівників від оплат з боку НСЗУ. П'ять керівників закладів вважають, що пакет послуг не передбачає оплату послуг регіонального координатора, провізора, зберігання та розподілу ЛЗ, амортизації обладнання, звітності.

«Звісно, логістика на обласному центрі — це певний додатковий тягар. Потрібно підрахувати препарати, залишки, маркувати відправлення, сформувавши накази. Це потребує додаткових коштів, адже пакет не враховує цього».

«Не оплачуються додаткові функції — зберігання та розподіл ЛЗ, заробітна плата провізора, звітування, амортизація обладнання».

Один із чотирьох респондентів кількісного дослідження (27%), які брали участь у контрахуванні з НСЗУ, сказали, що мали проблеми у цьому процесі. Для 63% контрахування пройшло без значних проблем. Серед труднощів більшість (53%) назвали недостатній період для виконання вимог НСЗУ та пов'язану з цим необхідність залучити спеціалістів (19%) та вирішити проблеми з безбар'єрністю (12%). Лише 14% поскаржились на недостатню комунікацію з боку НСЗУ.

Щодо відповідей керівників медичних закладів, то у 5 з 14 закладів виникали проблеми з виконанням вимог НСЗУ. Вони стосувалися забезпечення безбар'єрності, або браку фахівців для контрахування по інших пакетах (передусім вузьких спеціалістів — анестезіологів, реабілітологів). Один з керівників позначив як несправедливе, що договори НСЗУ отримували як заклади, що відповідають вимогам, так і ті, що ні.

«Найбільша проблема — виконання вимог по доступності, безбар'єрності»

«Не змогли виконати вимоги по пакету стаціонарна допомога через дефіцит анестезіологів»

«Несправедливо те, що у порівнянні з деякими закладами в області Клінічний центр виконав всі умови, але фактично отримали кошти і центр, і інші заклади, навіть не виконуючи всіх умов».

Отримані під час глибинних інтерв'ю відгуки про комунікацію з НСЗУ (загалом 7) різняться від «прекрасна комунікація» до «дуже важка комунікація». Кореляції із задоволеністю реформою і рівнем фінансування закладу не виявлено.

Третина респондентів мали проблеми зі звітуванням у ЕСОЗ (35%), тоді як 26% відповіли, що таких проблем не мали. Схожу оцінку отримано і від керівників закладів під час глибинних інтерв'ю.

«Проблема з урахуванням пацієнтів за минулий період, що вплинуло на фінансову складову»

67% респондентів вважають, що реформа ніяк не змінила маршрут пацієнта для отримання послуг з приводу ВІЛ. 26% сказали, що такі зміни відбулися. Половина з цих респондентів вказує на етап діагностики, а третина — на зміну місця надання послуг. Основною зміною на етапі діагностики вважають зменшення кількості або якості обстежень (15% та 15% відповідно).

Відсоток виявлених хворих, на думку половини респондентів (49%), не змінився. 24% вважають, що він зменшився, а 19% — що збільшився. Зменшення виявлення пов'язують здебільшого з пандемією COVID-19 (28%) або з проблемами на первинній ланці (27%).



У керівників, опитаних у глибинних інтерв'ю, думка відрізняється. Майже всі керівники нарікали на ті чи інші проблеми з виявленням і/або діагностикою. 13 із 14 респондентів відзначали проблеми / падіння показників у виявленні ВІЛ. З них 12 респондентів пов'язують це з недостатнім або пізнім виявленням на рівні первинної медичної допомоги (швидкими тестами). 5 респондентів із 13 також зазначають про негативну роль COVID-19; 2 респонденти зазначили про вплив стигми. По 3 респонденти висловили припущення, що додаткове навчання для первинки та введення індикаторів якості допоможе підвищити виявлення.

«Ця ситуація з первинною ланкою дуже індивідуальна. Але на сьогодні видно, що швидке тестування лікарі на первинці не проводять. І стосовно ковіду — ми працювали постійно та не закривалися, але у нас знизилась захворюваність на 1/3, пацієнти менше зверталися за медичною допомогою, тобто менше пацієнтів за клінічними показниками».

«Сімейні не готові, стигма, плюс додаткове навантаження, додаткові папери і електронна система».

«Немає жодного нормативного акту / індикатора якості, аби ми могли регулярно з первинки отримувати дані щодо скринінгу і тестування. А до нас доходять на важких стадіях захворювання і потім лікування виходить дорожче. Як не будуть платити чи знімати за відсутність тестувань — швидко всі почнуть робити, бо зараз впливу на ситуацію немає».

Проблеми з діагностикою, на думку керівників закладів, пов'язані з: відсутністю договорів на лабораторну діагностику або ж оплат за ними (4 заклади), брак коштів або необхідного обладнання (5 закладів), COVID-19 (1 заклад).

«Змінилося для тих, у кого немає своєї лабораторії. Бо вони повинні оплачувати цю послугу»

«На 42% зменшилася діагностика на CD4 і на 48% вірусне навантаження знизилося. Бо всі заклади уклали договори, але на дослідження не возили і не платили відповідно, а їх ніхто не контролював і не карав, глобальну ставку платили і все».

«Охоплення на обстеження на вірусне навантаження зменшилося за рахунок протоколу..., і ще COVID-19, та пацієнти рідше приїжджають, але на ефективність то не вплинуло».

Водночас велику або провідну роль первинній допомозі віддають лише 6% респондентів. 37% вважає, що цієї ролі немає взагалі або вона не значна. А 36% зводять її до виявлення та подальшого спостереження.

2.4. ЛІКУВАННЯ ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ

Опитані представники цієї сфери скоріше позитивно оцінюють перехід на фінансування за Програмою медичних гарантій (ПМГ) у 2020 році. 44% респондентів оцінили перехід схвально, тоді як 12% — негативно або скоріше негативно. Основною перевагою переходу є автономія: можливість закладу розпоряджатися коштами та визначати першочергові напрямки витрат самостійно (разом набрали 53% відповідей). Основний недолік — додаткове навантаження на персонал, пов'язане із внесенням записів до інформаційних систем (41%). 19% респондентів згадали негативні фінансові наслідки — те, що оплата за основним пакетом не покриває усіх потреб закладу.

Серед керівників закладів лише 3 з 9 зазначили переваги від переходу на фінансування за ПМГ у 2020 році — управлінську та фінансову автономію, загальні ідеї, закладені в реформу.

«Є можливість використовувати кошти щодо потреби (гнучкість)»



«Зараз етап реформування, підтримую... Але все одно ж багато питань»

Всі 9 респондентів вказали на проблеми, з якими вони зіткнулися, однак чітко виділити з них можна такі: проблеми з внесенням даних і звітуванням (5 респондентів), часта зміна правил гри (1 респондент), брак коштів (1 респондент), брак критеріїв оцінки роботи (1 респондент). 2 респонденти вбачають проблему в тому, що держава пріоритезувала первинну ланку допомоги.

«Дані звітності та недоплачені проліковані випадки не співвідносились»

«Весь час нові правила гри, під які треба підлаштовуватись»

«Гроші закінчилися навіть там, де вони були»

«Немає критерію оцінки якості роботи»

«Вони гроші в пісок в первинку заливають досі, а вихлопу нема і не буде ще довго. Сімейні лікарі нічого не роблять»

Респонденти кількісного дослідження водночас відносили до недоліків те, що можна вважати зворотнім боком автономії: відсутність змін у фінансовій мотивації персоналу, зв'язку між кількістю пацієнтів та рівнем доходу, непрозорістю у розподілі коштів у закладі, великої різниці у зарплатах між адміністрацією та персоналом.

Водночас чіткого уявлення та одностайності у можливих рішеннях для проблем у респондентів немає. Основним рішенням називають збільшення фінансування: на рівні всієї галузі, окремих пакетів послуг, або зарплат самих медиків.

Серед керівників як можливі рішення проблем респонденти вказували: окремий реєстр / базу даних (4 з 9) пацієнтів з вірусними гепатитами (ВГ); та зміни до ПМГ, зокрема потребу чітко прописати аналізи на гепатити (4 з 9).

«Створити реєстр хворих»

«Для гепатитів потрібен окремий пакет»

З-поміж тих, хто брав участь у процесі контрактування з НСЗУ, більшість (56%) відповіли, що цей процес пройшов без проблем. Серед респондентів, які говорили про проблеми, 43% згадали недостатню комунікацію з НСЗУ (з-поміж керівників 3 респонденти оцінили її як позитивну; 3 — як негативну) та проблеми з пошуком спеціалістів для виконання вимог (26%). Крім того, у 52% опитаних, за їхніми свідченнями, виникали проблеми зі звітуванням до ЕСОЗ (у 40% таких проблем не було). Однак слід врахувати, що оцінка процесів контрактування, звітування та комунікації стосується загалом взаємодії з НСЗУ, оскільки по ВГ нема окремого пакета.

«Особливих проблем не було»

«Для цієї процедури є спеціальна людина, найбільша проблема є те, що міняють умови при підписанні договору»

46% опитаних відповіли, що внаслідок переходу до ПМГ змінився маршрут пацієнта при отриманні допомоги для людей з вірусними гепатитами. З них більшість (37%) вказують, що змінилося місце надання допомоги, 27% відзначають зміни на етапі лікування, а 23% — на етапі діагностики. Щодо проблем з діагностикою, більш ніж половина (60%) з респондентів, які це згадали, вважають, що причина труднощів знаходиться на первинній ланці. Ідеться про відсутність сімейного лікаря у пацієнтів (30% з них, хто згадав проблеми з діагностикою), недостатня залученість первинної ланки (20%) або недостатній рівень обстежень на ній (10%).



Серед керівників відповіді щодо зміни маршруту після реформи різняться. 2 респонденти стверджують, що він не змінився, 3 — що змінився. COVID-19 вплинув на маршрут пацієнта, переважно з точки зору розділення потоків, а 2 респонденти вказали на його негативний вплив у показниках проведеної діагностики.

«Маршрут фактично не змінився — пацієнт проходить у «єдине вікно», де може отримати багато послуг одночасно»

«Змінився, коли ДОЗ почав «збирати первинку» і просив перенаправляти і обстежувати, і надавати дані»

«У ковід не припиняли роботу — і приймали, і призначали лікування»

«Негативно вплинув ковід на будь-яку діагностику, і по гепатитам в тому числі. І дослідження не робили через обмеженість доступу, і хворі важчі»

3-поміж опитаних у кількісному дослідженні 14% вважають, що роль сімейного лікаря у лікуванні гепатитів є значною. 23% відповіли, що ця роль незначна або ніяка. А 51% обмежують її виявленням та подальшим спостереженням.

42% опитаних вважають, що відсоток виявлення хворих після переходу на ПМГ змінився: 28% — що збільшився, а 14% — що зменшився (серед керівників 3 вказали на зменшення, один — на збільшення). Збільшення відносять до кращої доступності безоплатної діагностики та швидких тестів — 13% та 18% відповідно. Лише 11% згадали пандемію COVID-19 як фактор, чому відсоток виявлення змінився. На думку опитаних керівників діагностика ВГ не чітко визначена в рамках ПМГ, тому у інтерв'ю говорили про альтернативи: платні послуги, приватну діагностику, тести від НУО (100% життя). 6 респондентів вказали, що їм допомагають різні НУО в наданні послуг (переважно — діагностикою).

Лише 15% респондентів кількісного дослідження згадали про проблеми, пов'язані з логістикою ліків до пацієнта (6%) або закладу (9%). 60% респондентів відповіли, що проблем із надходженням ліків не спостерігалось.

2.5. ЗАМІСНА ПІДТРИМУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ

Серед представників закладів, які надають послуги людям з залежностями 41% вважає, що Програма медичних гарантій негативно вплинула на надання послуг, а 32% оцінили зміни позитивно.

Для 37% респондентів основним негативом є брак фінансування (в межах пакету або в цілому), для 31% — збільшення навантаження через роботу з ЕСОЗ або через роботу з пацієнтами (10%).

Слід врахувати, що для більшості закладів ЗПТ складає незначну частку у їх бюджеті. Для 11 закладів, що законтрактовані на пакет ЗПТ, частка бюджету пакету ЗПТ складає від 0,04% до 28%. З 11 закладів лише в двох ця частка бюджету складає 20% і 28% відповідно; у 4 закладах пакет ЗПТ складає від 7 до 13% у бюджеті; у 5 закладах — від 0,04 до 4%.

Отже, відповіді респондентів можуть стосуватися їхньої оцінки роботи закладу в цілому, а не специфічно у зв'язку з послугами ЗПТ.

До переваг відносять більшу управлінську автономію (52%) та можливість використання більш пацієнтоорієнтованого підходу (25%).

43% вважає збільшення тарифів за пакетами головним способом вирішити проблеми перехідного періоду.



Серед керівників закладів, 8 з 10 опитаних респондентів висловили загалом негативне або радше негативне ставлення до переходу на нове фінансування. Лише 2 продемонстрували скоріше позитивне ставлення.

«Протягом останніх років постійна якась реорганізація, то ми оптимізуємось, то ми скорочуємось, то ми намагаємось оптимізувати і раціоналізувати щось»

«В центрі доволі не стабільна і сумна ситуація»

«Реформа — це те, що потрібно було. Підняли ми заробітну платню. Ми зробили так, як нам здається правильно, всі знають, хто що отримує. Нам краще так стало, бо розуміємо, що заробляємо, і можемо спрогнозувати, що оце ми отримали — а це треба закупити, яким чином? Є голова аби думати»

Лише два керівники реально відчували переваги реформи (вищу управлінську й фінансову автономію). Водночас 3 керівники зазначили, що потенційно переваги є, але вони їх не відчували, переважно через неналежну імплементацію/ сповільнення реформи. Серед проблем респонденти зазначають переважно брак фінансування (5 з 10), нерозуміння майбутнього, непрогнозовані зміни вимог по інших пакетах (5 з 10).

«Ми самі собі стали господарями, ми самі можемо дати премії лікарям і санітарам»

«На початку реформи була «за», бо мала надію що має щось змінитись. Якщо б воно відбувалось як мало бути, то всі мали б бути задоволені, і пацієнти, і лікарі більш вмотивовані»

«Реформа зупинилась і походу змінюються плани. У 20-му році все було оперативніше і можна було працювати»

«Якщо робимо реформу, то потрібно прописати її так на папері поетапно, аби звіряти, чи ми досягли того, що потрібно було, чи ні»

5 респондентів вказали, що їхній бюджет зменшився після запровадження ПМГ, а 5 респондентів зазначили про фактичне збільшення фінансування. Водночас для більшості закладів (9 з 11) частка пакету ЗПТ у загальному бюджеті складає від 0,04 до 13%, тому зміни в обсязі фінансування найімовірніше пов'язані з іншими пакетами.

Половина респондентів з-поміж персоналу закладів, залучених до контракування, визнали, що мали проблеми у цьому процесі. Переважно (40%) щодо необхідності пошуку спеціалістів та вирішення проблем безбар'єрності для виконання вимог з НСЗУ. 56% відчували проблеми зі звітуванням через ЕСОЗ (для 35% це не становило проблем). Це ж саме підтвердили 7 з 8 опитаних керівників медзакладів.

6 керівників медзакладів вказали на ті чи інші проблеми, які виникали в них у процесі контракування. Водночас 4 респонденти зазначили, що проблем або не було, або вони були суто технічними. Як причину відсутності проблем зазначили або належну підготовку закладу, або ж велику кількість пакетів, на які заклад подавався. Всі заклади вказали на значну реорганізацію, що відбулася. Проте ці реорганізації не пов'язані з пакетом ЗПТ.

«Великі проблеми при підписанні договорів, 5-6 разів вертали документи, постійно є претензії»

«Проблем у нас не було, але ми з початку 2018 року стали КНП»

«Сам момент переходу не був страшним, ми готувались завчасно, аби заклад був конкурентоздатним. Детально вибирали пакети згідно з вимогами НСЗУ»

«Брали максимум — 19 пакетів. Для закладу ЗПТ не несе великого навантаження»



«Відбулася оптимізація закладу, у місті скоротили міський протитуберкульозний диспансер, отримали будівлю і плюс лабораторію»

«Відбулось злиття 2-х закладів — психічного здоров'я та на наркодиспансеру у 2013 році»

У питанні, чи маршрут пацієнта після реформи змінився, респонденти розділилися на рівні частки: 43% вважають, що змінився; 44% — що ні. 36% з тих, хто помітив зміни, вважають що змінилося місце надання допомоги. Кожен четвертий — що зміни сталися на етапі діагностики та кожен п'ятий — що на етапі лікування.

Всі опитані керівники зазначили про зміну маршруту пацієнтів через COVID-19. Тоді як з реформою зміну маршруту пов'язують лише 3 керівники.

На етапі діагностики респонденти озвучили проблему відсутності документів у пацієнтів та пов'язану з цим неможливість оформити декларацію з сімейним лікарем. У глибоких інтерв'ю один з керівників зазначив, що пацієнтів без декларації просто не вносять в ЕСОЗ, але допомогу надають.

61% опитаних зазначили, що проблем з логістикою ліків після впровадження ПМГ не виникло (13% — що вони були). Серед керівників 4 респонденти вказали на ті чи інші проблеми з логістикою препаратів; 4 респонденти відповіли, що проблем з логістикою нема, є налагоджений процес.

21% респондентів вважає роль первинної ланки важливою для ЗПТ. Такий же відсоток ставиться до ролі первинки скептично. Третина респондентів вважає, що роль первинки у виявленні та подальшому скеруванні пацієнтів.

2.6. РОЛЬ ДЕПАРТАМЕНТІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Між представниками департаментів охорони здоров'я (глибинні інтерв'ю проведено з представниками 10 ДОЗ) немає узгодженого бачення щодо функції ДОЗів стосовно закладів, що надають послуги пацієнтам з ВІЛ, ТБ, ВГ та залежностями. Частина респондентів вважає, що функції не змінилися, інші вважають, що вони зменшилися або ж суттєво змінилися.

«Функції не змінились. Залишається сфера охорони здоров'я, організація надання медичної допомоги, контроль за закладами, зв'язок з центральними гілками влади, і побудова стратегії ОЗ в області»

«Не тільки через перехід на нове фінансування, й зі зміною законодавства сьогодні практично роль управління значно зменшилось, втратило фактично функцію контролю ситуації по області. Ті функції, які були в управлінні, втрачені»

«Нині функція у допомозі із гарячих питань, а не в стратегічному розвитку ОЗ в області»

«Обмежена функція контролю зарахованих випадків та пакетів, чи просто доступу до інформації зі сторони ДОЗу»

Подібні розбіжності спостерігаються і в розумінні ДОЗами своєї ролі після запровадження ПМГ:

«Роль змінилась повністю, і перевернулась, тобто важелі управлінського впливу на цей час немає, також департамент не визначає кадрової політики жодного закладу і відповідно роль змінилась, але кадрове наповнення не змінилось»

«Майже знівельована роль департаменту, бо всі заклади мають своїх власників»



«Департаментом відбувається контроль надання та якості медичних послуг населенню»

Наразі ДОЗи переважно допомагають закладам методично та у дофінансуванні або через місцеві програми, або через місцеві бюджети на комунальні видатки, або через діалог з НСЗУ в процесі контрахтування. Ті керівники закладів, які коментували взаємодію з ДОЗами, як підтверджують підтримку ДОЗів у вирішенні організаційних питань, так і зазначають, що не отримали підтримки в питаннях реорганізації закладів або ж плануванні мережі.

«Розтлумачуємо накази МОЗу, НСЗУ та ЦГЗ, допомагаємо в комунікації»

«Заклади звертаються з проханням дофінансування, на лабораторний компонент, на технічну складову, та на облаштування благоустрою закладів»

«У нас є ще програма, яка допомагає тим, що закуповуємо ліки. Тому ми допомагаємо шукати рішення для існування, або шукати який пакет можна ще заключити з НСЗУ, або якщо відсутня якась технічна база – шукаємо способи якими можемо допомогти закупити цю базу, чи як оформити оренду»

«Коли приходять ліки по гепатитах нам, ми через ДОЗ просимо, аби надали інші лікарні потребу, і перерозподіляємо»

«ДОЗ не брав до уваги рекомендації щодо формування переліку сайтів та «мінімально рентабельної» кількості пацієнтів»

Водночас відповіді респондентів щодо ідеальної ролі ДОЗу доволі подібні та зводяться переважно до стратегічної та координаційної. При чому, респонденти говорять про загальну роль у системі охорони здоров'я, без прив'язки до послуг з лікування ВІЛ, ТБ, ВГ та ЗПТ.



ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

Цей звіт розглядає, яким чином реформа фінансування системи охорони здоров'я вплинула на доступ до медичних послуг для людей з ВІЛ/СНІДом, туберкульозом, вірусними гепатитами та залежностями. Перехід на нову систему фінансування в межах Програми медичних гарантій став значним викликом для всієї системи охорони здоров'я, в тому числі у досліджуваних сферах. В інтерпретації результатів дослідження слід враховувати низку супутніх факторів, які могли вплинути на оцінку респондентами явищ, які вони описували.

Крім медичної реформи, значний вплив на процеси спричинила пандемія COVID-19. Пандемія COVID-19 мала вплив на надання допомоги у досліджуваних сферах, однак він не був однозначним і універсальним. Наприклад, респонденти у одних напрямках приписували пандемії збільшення виявлення (через більшу кількість звернень на первинну ланку), а у інших - зменшення. Пандемія, хоч і була часто присутня у відповідях респондентів, все ж не була головним фактором у зміні маршрутів пацієнтів або виявленні захворювань.

Водночас у 2020-2021 роках відбувалися зміни, пов'язані з втіленням галузевих стратегій (наприклад, укрупнення закладів, що надають медичні послуги людям з туберкульозом) та тривалі перетворення, пов'язані з виконанням вимог Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією. Дане дослідження не мало на меті встановлення ролі кожного з цих факторів у змінах в роботі закладів охорони здоров'я.

Також з даних цього дослідження неможливо встановити, який саме вплив на перетворення у кожній галузі мала реформа, пандемія та галузеві зміни, що тривали паралельно.

Висновки

Національний рівень

Політичний вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

Медична реформа сприяла прискоренню виконання цілей Глобального Фонду, ВООЗ та національних галузевих стратегій у кожній досліджуваній сфері, зокрема:

- збільшенню фінансування досліджуваних сфер на національному рівні;
- консолідації закладів охорони здоров'я;
- посиленню ролі первинної ланки у наданні допомоги пацієнтам з відповідними захворюваннями.

Можна зробити висновок, що тотожний системний вплив реформи на національному рівні більш гостро відчувається у сфері надання медичних послуг ЗПТ та ТБ. Це може означати нижчу готовність цієї сфери до вимог НСЗУ або інші супутні фактори та явища, які слід дослідити додатково.

Адміністративний вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

Реформа фінансування та реформа децентралізації мала значний вплив на зміну адміністративних відносин у визначених сферах:

- зменшилася роль «вертикалей», відносини управління переходять від моделі «визначення політики у центрі - постановки завдань на місцях» до моделі горизонтальної координації між гравцями, які мають різні ролі;
- зменшується роль МОЗ;



- зростає роль Національної служби здоров'я та органів місцевого самоврядування;
- роль регіональних та обласних департаментів охорони здоров'я (ДОЗ) зменшилась і зараз залишається скоріше невизначеною та відрізняється від регіону до регіону;
- зросла потреба у координації між ланками допомоги зі зростанням ролі первинної допомоги.

Заклади охорони здоров'я відчувають певний адміністративний вакуум, пов'язаний з послабленням «вертикалей», але водночас до кінця не сформованими моделями координації.

Фінансовий вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

Розвиток ПМГ протягом 2020-2021 років дозволив збільшити перелік відповідних пакетів послуг і деталізувати їх, а також запровадити окремі або ж збільшити наявні тарифи. Розміри тарифів істотно збільшилися у 2021 році у порівнянні із 2020. Це відбулося незалежно від наявності окремого пакету послуг (для ВІЛ, ТБ, ЗПТ) або надання послуг в межах інших пакетів (для гепатитів).

Разом з відповідними процесами реорганізації служб, це дозволило переважній більшості регіонів і закладів охорони здоров'я у 2021 році отримати більші суми оплат за послуги.

Механізм оплати за пакетами послуг дозволив уряду отримати фінансові інструменти стимулювання бажаної поведінки надавачів послуг шляхом встановлення плати за виконання окремих вимог (наприклад, завершення випадків лікування), а також запровадження додаткових коефіцієнтів.

До надання послуг долучилися приватні заклади (наприклад, у сферах ВІЛ та ЗПТ).

Регіональний рівень, рівень закладів охорони здоров'я

Політичний вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

Результати цього дослідження говорять не стільки про вплив реформи на надання послуг, скільки про реакцію надавачів послуг та служб в цілому на зміни, що відбулися.

З досліджених матеріалів та відповідей респондентів стає очевидно, що реформа фінансування не створила нових проблем або явищ у досліджуваних сферах. Скоріше, вона ще раз виявила наявні проблеми та посприяла позитивним процесам, які є спільними для всіх регіонів та закладів. Наприклад, найбільш негативний вплив реформи респонденти відмічали у сфері надання медичних послуг ЗПТ та ТБ. При цьому дослідження не виявило специфічних факторів, які могли би призвести до окремих негативних наслідків саме у цій сфері. Як позитивні ефекти, так і виклики, пов'язані з реформою, не відрізнялися від інших сфер надання медичних послуг.

Незалежно від суб'єктивної оцінки змін, переважна більшість медичних закладів відчули позитивні зміни у вигляді збільшення автономії в управлінських рішеннях, фінансових питаннях та організації допомоги для пацієнтів.

Адміністративний вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

Головною рисою досліджуваних сфер є варіації в адміністративних відносинах та організації роботи служб на регіональному рівні. Наприклад, маршрути пацієнтів могли відрізнятися не лише між регіонами, але й між закладами.

Готовність виконати вимоги до пакетів НСЗУ також відрізнялася від регіону до регіону і від закладу до закладу. Навіть у сферах, де респонденти низько оцінили вплив реформи на їхню роботу, були заклади, які показували високу готовність та добрі фінансові результати після зміни системи фінансування.



І навпаки - у сферах із загалом позитивним впливом реформи були заклади, які відчували значні проблеми.

Забезпечення закладів необхідним персоналом для виконання вимог НСЗУ, однак, виявилось спільним викликом. Це говорить про те, що до реформи заклади надавали послуги без такого персоналу, а реформа лише показала цю прогалину в організації надання допомоги.

В усіх регіонах важливу роль почала відігравати первинна допомога. Це винесло на поверхню питання координації між первинним та спеціалізованим рівнем. Більшість респондентів дослідження дали невисоку оцінку ролі первинної медичної допомоги у сферах, що розглядалися, але при цьому не могли ігнорувати її. У сфері вірусних гепатитів відмітили позитивний вплив первинної медичної допомоги на раннє виявлення. У сфері туберкульозу первинну ланку вважають основним винним у зменшенні виявлення, однак з усіх розглянутих сфер найбільше відмічають її важливу роль у циклі надання медичної допомоги.

Фінансовий вплив реформи фінансування системи охорони здоров'я

На тлі загального збільшення фінансування у кожній сфері на національному рівні, аналіз бюджетів закладів, а також даних кількісного та якісного дослідження говорять, що зміни обсягів фінансування є індивідуальними для кожного закладу охорони здоров'я. Частина закладів відмічає зростання фінансування ПМГ, частина — зменшення, частина — не відчували змін. Це свідчить радше про ступінь готовності закладів до змін та їхню управлінську ефективність, аніж про виключний вплив реформи на обсяг фінансування послуг.

Нерідко керівники закладів охорони здоров'я мають викривлені очікування щодо фінансування за ПМГ. У своїх відповідях вони досі очікували, що тарифи НСЗУ мають покривати статті їхнього кошторису, не дивлячись на те, що специфікації та умови закупівлі пакетів містять як умови оплати виконання вимог до надання послуг або певні показники результатів їх надання.

Також більшість закладів мають спільні виклики, пов'язані з потребою адаптації до нових правил фінансування. Ідеться про проблеми з фінансуванням, труднощі при виконанні вимог до контрактів з НСЗУ, додаткову роботу, пов'язану з електронною системою охорони здоров'я.

Рекомендації

Національний рівень:

- Слід переглянути роль обласних департаментів охорони здоров'я (ДОЗ), як загалом у системі охорони здоров'я, так і стосовно сфери надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ, ТБ, ВГ і ЗПТ. Зокрема, щодо створення регіонального плану і маршрутів пацієнтів з ВІЛ, ТБ, ВГ і ЗПТ.
- Варто сфокусуватися на змінах у якості медичних послуг пацієнтам з ВІЛ, ТБ, ВГ і ЗПТ. У випадку запровадження індикаторів якості надання медичних послуг, слід запроваджувати їх системно й одночасно для закладів охорони здоров'я усіх рівнів.
- Необхідно активно застосовувати нові фінансові інструменти (тарифи, коефіцієнти, прив'язані до виплат показники), які пропонує реформа фінансування, для досягнення цілей, встановлених галузевими стратегіями у досліджуваних сферах. Наприклад, ще більше стимулювати амбулаторне лікування ТБ, завершення випадків лікування, оптимізацію надання стаціонарної допомоги тощо.
- Фінансова успішність та якість роботи закладів напряму залежить від обсягів допомоги, які вони надають, тому Уряду слід сприяти консолідації надавачів стаціонарного рівня, об'єднання їх з багатопрофільними закладами та поступової відмови від монопрофільних закладів.



- Необхідно спростити механізми збору та внесення даних для закладів та медичного персоналу. Слід поступово перейти на принцип «одноразове введення - багаторазове використання» щодо медичних та управлінських даних, відмовитися від використання паперової звітності, що скоротить час персоналу на паперову роботу та зменшить невдоволення від необхідності дублювати її з роботою в ЕСОЗ.
- У децентралізованій системі управління в країні слід виробити та відпрацювати координаційні механізми між закладами первинної та спеціалізованої допомоги, органами місцевого самоврядування, департаментами охорони здоров'я, ключовими закладами кожної зі служб, Центром громадського здоров'я, НСЗУ та МОЗ на принципах рівної співпраці та розподілу ролей, радше ніж вертикальних відносин «завдання - виконання».
- У рамках цього дослідження опитування серед представників первинної медичної допомоги було проведено лише серед лікарів Центру первинної медико-санітарної допомоги міста Краматорська Донецької області. Це не дозволяє створити цілісну картину охоплення відповідними послугами. Враховуючи посилення ролі первинної медичної допомоги у наданні цих послуг у зв'язку з реформою, рекомендуємо запланувати окреме дослідження для вивчення досвіду цієї аудиторії.

Регіональний рівень, рівень закладів охорони здоров'я:

- Необхідно, щоб представники власника чи власників закладів на одній території — органів місцевого самоврядування — тісно співпрацювали між собою та з керівниками відповідних закладів охорони здоров'я для вироблення найбільш ефективної стратегії розвитку надання медичних послуг пацієнтам з ВІЛ, ТБ, ВГ і ЗПТ в межах міста, громади, області.
- Більш стійкими у змінах є заклади охорони здоров'я, що надають різні види допомоги та мають широкий набір пакетів у контракті з НСЗУ. Дослідження свідчить на користь подальшої консолідації закладів та відмови від монопрофільних закладів охорони здоров'я.
- Об'єднання закладів охорони здоров'я, що надають медичні послуги пацієнтам з ВІЛ, ТБ, ВГ і ЗПТ, має відбуватися з урахуванням ефективності та якості надання ними відповідних послуг та фінансової спроможності й ресурсів для їх функціонування.



СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Balakrishnan, V., 2019. Managing tuberculosis in the Baltic states. [online] The Lancet. Available at: [https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600\(19\)30219-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(19)30219-X/fulltext)
2. Benzaken, A., Pereira, G., Costa, L., Tanuri, A., Santos, A. and Soares, M., 2019. Antiretroviral treatment, government policy and economy of HIV/AIDS in Brazil: is it time for HIV cure in the country?. [online] BMC. Available at: <https://aidsrestherapy.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12981-019-0234-2>
3. Brazil Scorecard HIV Prevention 2020
<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2020/12/Brazil-Scorecard-HIV-prevention-2020-Final-v1m-002.pdf>
4. Chaves, G., Hasenclever, L., Osorio-de-Castro, C. and Oliveira, M., 2015. Strategies for price reduction of HIV medicines under a monopoly situation in Brazil. [online] SciELO Brazil. Available at: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/DmLdYsvnyLLdVfXMSj69Bnn/?lang=en>
5. Collaborative TB Strategy for England, 2015 to 2020, End of programme report, Public Health England
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/971925/Collaborative_TB_Strategy_for_England_2015-2020_End_of_Programme_Report.pdf
6. Dourado, I., Magno, L., Soares, F., Massa, P., Nunn, A., Dalal, S. and Grangeiro, A., 2020. Adapting to the COVID-19 Pandemic: Continuing HIV Prevention Services for Adolescents Through Telemonitoring, Brazil. [online] Springer Link. Available at: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02927-w>
7. Estonia approaching low tuberculosis burden country status, ERR, 2020
<https://news.err.ee/1101629/estonia-approaching-low-tuberculosis-burden-country-status>
8. Estonia: Country Health Profile 2021
https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/estonia-country-health-profile-2021_a6c1caa5-en;jsessionid=GcW3V5EjAO0v50sGJ70yloC5.ip-10-240-5-10
9. Estonia tuberculosis country brief, WHO, 2016
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/335532/EST_TB_Brief_0223-AM-edits-D1-17-03-17.pdf
10. Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030, UNAIDS website
https://www.unaids.org/en/resources/documents/2014/JC2686_WAD2014report
11. Foresight Center predicts drastic increase in Health Insurance Fund deficit, EER, 2020
<https://news.err.ee/1148927/foresight-center-predicts-drastic-increase-in-health-insurance-fund-deficit>
12. Global Tuberculosis report 2021, WHO
https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?inputs_entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22UA%22
13. Health Systems in Action: Ukraine, WHO 2021
<https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine>
14. HIV/AIDS. Country profile: Brazil. UNAIDS, 2020 <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/brazil>
15. HIV/AIDS. Country profile: Estonia. UNAIDS, 2020 <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/estonia>
16. HIV/AIDS. Country profile: Ukraine. UNAIDS, 2020 <https://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/ukraine>
17. HIV/AIDS surveillance in Europe: 2021
https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2021-Annual_HIV_Report_0.pdf
18. HIV/AIDS treatment and care in Estonia. Evaluation report, June 2014
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/255671/HIVAIDS-treatment-and-care-in-Estonia.pdf
19. HIV/AIDS, WHO, November 30, 2021 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
20. HIV and AIDS in Brazil, 2020 <https://www.avert.org/professionals/hiv-around-world/latin-america/brazil>
21. HIV in Estonia. Narrative report for Global AIDS Monitoring 2017
https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/EST_2017_countryreport.pdf
22. HIV in Estonia. Situation, prevention, treatment, and care. Narrative report for Global AIDS Response Progress Reporting 2016
https://www.unaids.org/sites/default/files/EST_narrative_report_2016.pdf
23. HIV in the United Kingdom: Towards Zero HIV transmissions by 2030. 2019 report
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/965765/HIV_in_the_UK_2019_towards_zero_HIV_transmissions_by_2030.pdf
24. HIV Stigma and Testing: Can Global initiative help push the agenda?
<https://www.eurotest.org/Portals/0/HepHIV%202019%20stigma%20Azad%20Revised%20%281%29.pdf>
25. HIV Testing in England: 2017 report
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/759270/HIV_testing_in_England_2017_report.pdf



26. HIV testing, new HIV diagnoses, outcomes and quality of care for people accessing HIV services: 2021 report: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1037215/hiv-2021-report.pdf
27. How England Will End New Cases of HIV. Final Report & Recommendations https://www.hivcommission.org.uk/wp-content/uploads/2020/12/HIV-Commission-Full-Report_online_final_pages.pdf
28. Integrated care systems explained: making sense of systems, places and neighborhoods <https://www.kingsfund.org.uk/publications/integrated-care-systems-explained#systems>
29. Integrated Care Systems: Guidance <https://www.england.nhs.uk/publication/integrated-care-systems-guidance/>
30. Joint Strategic Needs Assessment and joint health and wellbeing strategies explained, 2011 <https://www.gov.uk/government/publications/joint-strategic-needs-assessment-and-joint-health-and-wellbeing-strategies-explained>
31. Management Sciences for Health, Ukraine, MSH website <https://msh.org/countries/ukraine/>
32. Melo, E., Maksud, I. and Agostini, R., 2018. HIV/AIDS management at the primary care level in Brazil: a challenge for the Unified Health System?. [online] Available at: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49508/v42e1512018_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
33. National HIV Action Plan 2017 - 2025, Estonia https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/sisekomm/national_hiv_action_plan_2017-2025.pdf
34. National Strategy for Tuberculosis Control in Georgia 2019-2022 <http://www.georgia-ccm.ge/wp-content/uploads/National-Strategy-for-Tuberculosis-Control-in-Georgia-2019-2022.pdf>
35. OECD Reviews of Health Systems: Brazil, OECD, 2021 <https://www.oecd.org/health/oecd-reviews-of-health-systems-brazil-2021-146d0dea-en.htm>
36. Oliveira-Cruz V, Kowalski J, McPake B. Viewpoint: The Brazilian HIV/AIDS 'success story'– can others do it? A European Journal of Tropical Medicine & International Health. February 2004. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49508/v42e1512018_eng.pdf?sequence=6&isAllowed=y
37. Pact Ukraine, Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/Pact-Ukraine-269030496957710>
38. Painel de monitoramento de dados de HIV durante a pandemia da COVID-19. Ministerio da Saude, 2021 <http://www.aids.gov.br/pt-br/painelcovidHIV>
39. Pascom, A., Dutra de Barros, C., Lobo, T., Pasini, E., Comparini, R. and Caldas de Mesquita, F., 2016. Point-of-care HIV tests done by peers, Brazil. [online] PMC, US National Library of Medicine, National Institutes of Health. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4969986/>
40. PEPFAR. Western Hemisphere: Central America & Asia. Regional Operational Plan ROP 2020. Strategic Direction Summary. April 2020 <https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/10/ROP2020-Central-America-Brazil-Region-SDS-FINAL.pdf>
41. Potter, J., Burman, M., Tweed, C., Vaghela, D., Kunst, H., Swinglehurst, D. and Griffiths, C., 2020. The NHS visitor and migrant cost recovery programme – a threat to health?. [online] PMC, US National Library of Medicine, National Institutes of Health. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7169002/>
42. Public health challenge: combating the top diseases in Estonia <https://borgenproject.org/top-diseases-in-estonia/>
43. Public health development in the Baltic countries (1992–2005): from problems to policy <https://academic.oup.com/eurpub/article/18/6/586/580153>
44. Rahu, K., Viiklepp, P., Villand, K., Pehme, L. and Rahmu, M., 2019. Respiratory tuberculosis incidence and mortality in Estonia: 30-year trends and sociodemographic determinants: Ingenta Connect. [online] Ingenta Connect. Available at: <https://www.ingentaconnect.com/content/iatld/ijtd/2019/00000023/00000001/art00017>
45. Richardson E. and Berdzuli N., 2017. Health Systems in Transition. Georgia Health system review <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330206/HiT-19-4-2017-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y>
46. Tackling tuberculosis: local government's public health role, Local Government Association <https://www.local.gov.uk/publications/tackling-tuberculosis-local-governments-public-health-role>
47. TB Action Plan for England, 2021 to 2026, UK Health Security Agency https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/998158/TB_Action_Plan_2021_to_2026.pdf
48. The Brazilian Response to HIV and AIDS, Global AIDS Response Progress Reporting (GARPP), 2015 https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/BRA_narrative_report_2015.pdf
49. The HIV Treatment Cascade <https://www.avert.org/professionals/hiv-programming/treatment/cascade>
50. The 2017 reform to improve financial sustainability of national health insurance in Estonia: Analysis and first lessons on broadening the revenue base <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851019301381>
51. Tikkanen R and others, 2020. Brazil | Commonwealth Fund <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/brazil>



52. Towards Zero: the HIV Action Plan for England - 2022 to 2025
<https://www.gov.uk/government/publications/towards-zero-the-hiv-action-plan-for-england-2022-to-2025/towards-zero-an-action-plan-towards-ending-hiv-transmission-aids-and-hiv-related-deaths-in-england-2022-to-2025>
53. Trends in HIV testing, new diagnoses and people receiving HIV-related care in the United Kingdom: data to the end of December 2019, Health Protection Report, Volume 14 Number 20, 3 November 2020
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/959330/hpr2020_hiv19.pdf
54. Tuberculosis in England, 2021 Report, UK Health Security Agency
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1030165/TB_annual-report-2021.pdf
55. Tuberculosis Profile: Ukraine, WHO, 2020
https://worldhealthorg.shinyapps.io/tb_profiles/?_inputs_&entity_type=%22country%22&lan=%22EN%22&iso2=%22UA%22
56. UNAIDS Reference. Understanding Fast-Track. Accelerating action to end the AIDS epidemic by 2030
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
57. Urias, E., 2019. The potential synergies between industrial and health policies for access to medicines: insights from the Brazilian policy of universal access to HIV/AIDS treatment. [online] Taylor & Francis Online. Available at:
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/2157930X.2019.1567964>
58. 2021 UNAIDS Global AIDS Update — Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS, UNAIDS
<https://reliefweb.int/report/world/2021-unaids-global-aids-update-confronting-inequalities-lessons-pandemic-responses-40>
59. Аналіз ситуації з ВІЛ в Україні. Результати досліджень МБФ «Альянс громадського здоров'я» <http://hivdata.org.ua>
60. ВІЛ-інфекція в Україні, інформаційний бюлетень №52, ЦГЗ 2021
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/HIV_in_UA_52_2021.pdf
61. Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2020
<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021/likar-2020>
62. Вимоги до пакетів послуг Програми медичних гарантій, Національна служба здоров'я України, 2021
<https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>
63. Галузева Програма «Підтримка та розвиток галузі охорони здоров'я Вінниччини» на 2021-2025 роки» затверджена на позачерговій сесії обласної Ради, офіційний сайт Вінницької ОДА, 27 лютого 2021 р.
<http://www.vin.gov.ua/departament-okhorony-zdorovia/34315-oblasna-rada-zatverdyla-prohramu-pidtrymka-ta-rozvytok-haluzi-okhorony-zdorovia-vinnychchyny-na-2021-2025-roky>
64. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19 листопада 1992 р. № 2801-XII
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>
65. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 р. №2168-VIII
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
66. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24 лютого 1994 р. № 4004-XII
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12>
67. Закон України «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 6 квітня 2000 р. № 1645-III
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14>
68. Закон України «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними» від 15 лютого 1995 р. № 62/95-ВР
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text>
69. Закон України «Про протидію захворювання на туберкульоз» від 05 липня 2001 р. №2586-III
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2586-14#Text>
70. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12 грудня 1991 р. 1972-XII
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text>
71. Закон України «Про психіатричну допомогу» від 22 лютого 2000 р. № 1489-III
<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text>
72. Звіт «Вірусні гепатити 2020», ЦГЗ 2021
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/A4_zvit_gepatit1021_online_zamina.pdf
73. Звіт за результатами впровадження програми замісної підтримувальної терапії у 2020 році, ЦГЗ 2021
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/ZPT_2020_zvit.pdf
74. Звіт «Національна оцінка ситуації з ВІЛ/СНІДу в Україні станом на початок 2021 року», ЦГЗ 2021
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Natsionalna_otsinka_sytuatsyi_z_VIL_SNIDu_v_Ukraini_na_pochatok_2021.pdf



75. Звіт «На шляху до здоровішої України: Прогрес у досягненні Цілей Сталого Розвитку у галузі охорони здоров'я – 2020», WHO 2021 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340956/WHO-EURO-2021-1523-41273-58139-ukr.pdf>
76. Звіт Рахункової палати про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету, виділених у 2020 році Міністерству охорони здоров'я України для здійснення публічних закупівель за бюджетними програмами «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» та «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» http://rp.gov.ua/upload-files/Activity/Collegium/2021/33-2_2021/Zvit_33-2_2021.pdf
77. Інформаційний додаток для мобільних пристроїв «Замісна підтримувальна терапія» <http://zpt.org.ua/>
78. Інформаційний портал про АРВ-терапію, сайт ЦГЗ <https://arv.phc.org.ua/>
79. Міжнародний благодійний фонд «Альянс громадського здоров'я», офіційний сайт <https://aph.org.ua/uk/golovna/>
80. Міська програма скринінгу, профілактики та ранньої діагностики захворювань «Здоров'я львів'ян» на 2022-2024 роки <https://city-adm.lviv.ua>
81. Наказ МОЗ України «Про виявлення осіб, хворих на туберкульоз та інфікованих мікобактеріями туберкульозу» від 15 травня 2014 р. № 327 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0576-14#Text>
82. Наказ МОЗ України «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі» від 6 жовтня 2021 р. № 2161 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-06102021--2161-pro-vnesennja-zmin-do-standartiv--ohoroni-zdorov%e2%80%99ja-pri-tuberkulozi>
83. Наказ МОЗ «Про затвердження Методики розрахунку тарифів» від 19 грудня 2019 р. № 2559 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1270-19#Text>
84. Наказ МОЗ України «Про затвердження нового Клінічного протоколу із застосування антиретровірусних препаратів для лікування та профілактики ВІЛ-інфекції» від 5 червня 2019 р. № 1292 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-05062019--1292-pro-zatverdzhennja-novogo-klinichnogo-protokolu-iz-zastosuvannja-antiretrovirusnih-preparativ-dlja-likuvannja-ta-proflaktiki-vil-infekcii>
85. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів з питань вдосконалення організації медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ» від 10 липня 2013 р. № 585 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1255-13#Text>
86. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» від 5 листопада 2013 р. № 955 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>
87. Наказ МОЗ України «Про затвердження нормативно-правових актів щодо захисту від зараження ВІЛ-інфекцією при виконанні професійних обов'язків» від 5 листопада 2013 р. № 955 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1978-13#Text>
88. Наказ МОЗ України «Про затвердження Порядку проведення замісної підтримувальної терапії осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів» від 27.03.2012 № 200 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0889-12#Text>
89. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дітей» від 15 січня 2021 № 48 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0048282-21#Text>
90. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дітей» від 15 січня 2021 № 50 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--50-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-c-u-ditej>
91. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті В у дорослих» від 15 січня 2021 № 49 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--49-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-v-u-doroslih>
92. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги при вірусному гепатиті С у дорослих» від 15 січня 2021 № 51 <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-15012021--51-pro-zatverdzhennja-standartiv-medichnoi-dopomogi-pri-virusnomu-gepatiti-c-u-doroslih>
93. Наказ МОЗ України «Про затвердження стандартів медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання опіоїдів»» від 09.11.2020 р. № 2555 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2555282-20#Text>
94. Наказ МОЗ України «Про затвердження Стандартів охорони здоров'я доконтактної та постконтактної медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції» від 05 лютого 2021 р. № 189 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0189282-21#Text>
95. Наказ МОЗ України «Про затвердження Стандарту інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз» від 1 лютого 2019 р. № 287 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0408-19#Text>
96. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям» від 24 лютого 2015 р. № 92 https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2015_92_nakaz_vil_dity.pdf



97. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція/СНІД)» від 31 грудня 2014 р. № 1039 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1039282-14#Text>
98. Наказ МОЗ України «Про удосконалення системи управління якістю лабораторних досліджень у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 05 квітня 2019 р. № 794 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0698-19#Text>
99. НСЗУ: Особливий фокус Програми медичних гарантій — на діагностику та лікування інфекційних захворювань, зокрема — туберкульозу, сайт НСЗУ <https://www.kmu.gov.ua/news/nszu-osoblivij-fokus-programi-medichnih-garantij-na-diagnostiku-ta-likuvannya-infekcijnih-zahvoryuvan-zokrema-tuberkulozu>
100. Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/StopTB.Ukraine/posts/743319679569138>
101. Підпункт четвертий пункту 4 Розділу Х «Прикінцеві та перехідні положення» Закону України «Про повну загальну середню освіту» від 16.01.2020 № 463-IX <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text>
102. Постанова КМУ «Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу» від 11 липня 2007 р. № 926 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/926-2007-n#Text>
103. Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році та I кварталі 2021 року» від 5 лютого 2020 р. № 65 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-%D0%BF>
104. Постанова КМУ «Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у II-IV кварталах 2021 року» від 15 лютого 2021 р. № 133-2021-п <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/133-2021-%D0%BF#Text>
105. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку надання медичної допомоги хворим на туберкульоз особам, взятим під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань» від 25 червня 2014 року № 205 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/205-2014-%D0%BF#Text>
106. Постанова КМУ «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я» від 13 травня 2013 року № 333 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/333-2013-%D0%BF#Text>
107. Постанова Кабінету Міністрів України від 26 вересня 2012 р. № 887 «Про затвердження Типового положення про структурний підрозділ місцевої державної адміністрації», <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/887-2012-%D0%BF#Text>
108. Постанова КМУ «Про утворення Національної служби здоров'я України» від 27 грудня 2017 року № 1101 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF#Text>
109. Презентація результатів інтегрованого біоповедінкового дослідження серед людей, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, 21 травня 2021 р. <https://www.phc.org.ua/news/prezentaciya-rezultativ-integrovanogo-biopovedinkovogo-doslidzhennya-sered-lyudey-yaki>
110. Програма «Охорона здоров'я міста Запоріжжя на період 2022 - 2024 роки», затверджена рішенням Запорізької міської ради від 22 грудня 2021 р. № 41 https://zp.gov.ua/upload/content/o_1fo0meulr18ghf7qdn1tdo1ea426l.pdf
111. Проєкт HealthLink: «Прискорення зусиль з протидії ВІЛ/СНІДу в Україні», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/USAID.HEALTHLINK.PROJECT/>
112. Проєкт USAID «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні», Facebook-сторінка <https://www.facebook.com/TBControlEffortsUA/>
113. Проєкт ГФ 2021-2023, сайт ЦГЗ <https://www.phc.org.ua/en/node/2378>
114. Про обласну програму «Здоров'я населення Дніпропетровщини на 2020 - 2024 роки», офіційний сайт Дніпропетровської обласної ради <https://oblrada.dp.gov.ua/rishennia/sklikannia-7/xx-sesiya/N-535-20vii-13-12-2019-p/>
115. Рішення Київської міської ради «Про затвердження міської цільової програми «Громадське здоров'я» на 2022 - 2025 роки» від 7 жовтня 2021 року N 2722/2763 https://health.kyivcity.gov.ua/files/2021/12/14/07_10_2021_2722_2763.pdf
116. Рішення Київської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017 - 2021 роки» від 8 грудня 2016 року N 537/1541 <https://ips.ligazakon.net/document/MR161489>
117. Рішення Київської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії епідемії ВІЛ-інфекції на 2017 - 2021 роки» <https://kmr.gov.ua/sites/default/files/4810.pdf>
118. Рішення Львівської обласної державної адміністрації про затвердження Програми соціально-економічного та культурного розвитку Львівщини на 2021-2023 роки <https://loda.gov.ua/news?id=58390>
119. Рішення Миколаївської міської ради «Про затвердження Програми розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення, міста Миколаєва на 2020 - 2022 роки» від 20 грудня 2019 р. № 56/57 <https://mkrada.gov.ua/documents/33279.html>



120. Рішення Миколаївської обласної ради «Про затвердження обласної Програми розвитку та підтримки закладів охорони здоров'я, які належать до спільної власності територіальних громад сіл, селищ, міст Миколаївської області, на 2020 - 2022 роки» від 24 грудня 2019 р. № 8 <https://www.mk-oblrada.gov.ua/UserFiles/decree/15780385135e0ef4f1201a2.pdf>
121. Проект обласної програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я Херсонської обласної ради на 2020-2021 роки
<https://khoda.gov.ua/proekt-oblasnoi-programi%C2%A0-%E2%80%9Crozvitku-ta-pidtrimki-komunalnih-zakladiv-ohoroni-zdorov'ja-hersonskoi-oblasnoi-radi-na-2020-2021-roki>
122. Рішення Одеської міської ради «Про затвердження Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Odesa») на 2021 - 2023 роки» від 03.02.2021 р. № 50-VIII <https://omr.gov.ua/ru/acts/council/182798/>
123. Рішення Черкаської обласної ради «Про обласна програму «Підтримка системи громадського здоров'я на 2020-2022 роки» від 12 березня 2020 р. № 36-39/VII <https://www.oblradack.gov.ua/oblasn-programi>
124. Розпорядження КМДА «Про схвалення проекту міської цільової програми «Здоров'я киян» на 2020 - 2022 роки» від 20 грудня 2019 № 2218 <https://health.kyivcity.gov.ua/files/2020/1/20/rozporydgenny.PDF>
125. Розпорядження КМУ «Про схвалення Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню» від 27 листопада 2019 р. № 1414-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1414-2019-%D1%80#Text>
126. Розпорядження КМУ «Про схвалення Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» від 27 листопада 2019 р. № 1415-р <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1415-2019-p#Text>
127. СейфБокс, Альянс громадського здоров'я, 2020 <https://oraltest.org.ua/>
128. Спільний наказ МОЗ України та МВС України «Про затвердження Порядку проведення медичного огляду та медичного обстеження осіб, які зловживають наркотичними засобами або психотропними речовинами» від 16.06.1998 р. № 158/417 <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0482-98#Text>
129. Спільний наказ «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей» від 23 листопада 2007 р. № 740/1030/4154/321/614а <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1405-07#Text>
130. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016-2019, 2019 рік
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
131. Статистика з туберкульозу, Центр громадського здоров'я МОЗ України
<https://www.phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb>
132. Туберкульоз, ВООЗ, 14 жовтня 2021 р. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tuberculosis>
133. Туберкульоз в Україні. Аналітично-статистичний довідник за 2020 рік
https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_dovidnyk.pdf
134. Укладені договори про медичне обслуговування населення за програмою медичних гарантій, аналітичні панелі (дашборди), сайт НСЗУ <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts>
135. Цілі Сталого Розвитку, Ціль 3, офіційний сайт ПРООН в Україні
<https://www.ua.undp.org/content/ukraine/uk/home/sustainable-development-goals/goal-3-good-health-and-well-being.html>
136. Як лікуватимуть туберкульоз в Україні: факти та міфи, МОЗ України, 2 березня 2020 р.
<https://www.kmu.gov.ua/news/yak-likuvatimut-tuberkuloz-v-ukrayini-fakti-ta-mifi>



ДОДАТКИ

Додаток 1

Рекомендації фахівців Центру громадського здоров'я

Під час дослідження було проведено експертні інтерв'ю з фахівцями Центру громадського здоров'я. Команда дослідників висловлює подяку експертам за залученість до підготовки звіту. Нижче наведені узагальнені рекомендації по відповідних напрямках.

ВІЛ

- створення механізму моніторингу виконання надавачами послуг умов НСЗУ, передбачених в пакеті з діагностики, супроводу та лікування ВІЛ, зокрема щодо надання послуг з діагностики.
- вирішити на центральному рівні проблему неідентифікованих пацієнтів, зокрема: (1) внести зміни в наказ МОЗ України № 2755, а саме - розширити перелік документів з метою ідентифікації пацієнта, відповідно до ЗУ «Про Державний демографічний реєстр»; (2) визначити механізми оплати та звітування за послуги, надані пацієнтам з ВІЛ в межах ПМГ з моменту їхньої реєстрації в ЕСОЗ до моменту відновлення документів та ідентифікації; (3) визначити механізми оплати послуг тим пацієнтам, які відмовляються передавати свої персональні дані в ЕСОЗ, зокрема через окремі програми фінансування надавачів медичних послуг через субвенцію і створення потужних механізмів антифроду.
- знайти можливість збільшити вартість тарифу за послуги з діагностики, супроводу та лікування ВІЛ, це питання потребує спільної роботи з представниками НСЗУ для планування ПМГ-2023
- разом з НСЗУ та представниками органів місцевого самоврядування, ДОЗів розробити механізми стимулів для надавачів робити планові визначення вірусного навантаження та СД4 у пацієнтів, тестувати на ВІЛ вагітних, та забезпечувати логістику зразків лабораторного обстеження до відповідних регіональних лабораторій
- вирішити питання додаткового фінансування (на центральному або місцевому рівнях) для закладів, які координують питання ВІЛ-інфекції на рівні регіону
- визначити механізми фінансування (на центральному або місцевому рівнях) координаторів фармменеджменту для планування закупівель в сфері діагностики та лікування ВІЛ та ТБ.
- організувати та провести в ЗОЗ додаткові тренінги щодо подачі звітності в ЕСОЗ із залученням фахівців з НСЗУ. Це підвищить знання та навички фахівців по роботі зі звітністю, спростить та прискорить процес подачі звітності.
- організувати та провести тренінги з фінансового менеджменту із залученням фахівців національного рівня, або з НУО, для підвищення рівня знань відповідальних фахівців із планування і формування річного бюджету, перерозподілу бюджету задля мінімізації ризиків браку фінансування або банкрутства закладу, ведення фінансової звітності; нагляду за цільовим використанням коштів, інструментів залучення додаткового фінансування тощо.
- впровадження спеціалізованих курсів для лікарів з оволодіння інструментами системи eHealth; включення професійних цифрових навичок до обов'язкових кваліфікаційних вимог для медичних працівників; впровадження єдиної методології оцінки цифрових навичок; створення єдиної структури цифрових навичок (Digital Competence Framework)

ТБ

- продовжувати регулярну комунікацію між надавачами та працівниками НСЗУ та ЦГЗ для відповідей на найбільш нагальні питання впровадження реформи
- забезпечити прозору комунікацію щодо меж затверджених тарифів - якщо тариф не є достатнім для покриття усіх необхідних послуг з діагностики, супроводу та лікування, власники закладів мають це розуміти і знаходити можливість дофінансовувати



- розробити механізм фінансування соціального компоненту послуги з діагностики, супроводу та лікування ТБ - яким чином та з якого бюджету забезпечувати логістику та харчування пацієнта, як покриваються інші сервіси соціального характеру
- створення умов та стимулів для органів місцевого самоврядування фінансувати та управляти соціальними замовленнями на послуги
- створити систему управління (зокрема моніторингу) якістю наданих медичних послуг
- створити умови для завчасної підготовки надавачів та органів місцевого самоврядування до контракування - зокрема, вчасне затвердження нормативно-правових актів, що регулюють функціонування та фінансування програми медичних гарантій
- організувати та провести тренінги з фінансового менеджменту із залученням фахівців національного рівня, або з НУО, для підвищення рівня знань відповідальних фахівців із планування і формування річного бюджету, перерозподілу бюджету задля мінімізації ризиків браку фінансування або банкрутства закладу, ведення фінансової звітності; нагляду за цільовим використанням коштів, інструментів залучення додаткового фінансування тощо.

Вірусний гепатит

- необхідність затвердження чіткого маршруту пацієнта для діагностики та лікування вірусних гепатитів на первинному та амбулаторному рівнях, та створення системи моніторингу за його виконання
- необхідність підвищити роль первинної медичної допомоги у виявленні вірусних гепатитів, зокрема шляхом створення відповідних фінансових та адміністративних стимулів, забезпечення централізованої закупівлі швидких тестів
- розширення програми медичних гарантій, а саме - створення окремого пакету з діагностики та лікування вірусних гепатитів або впровадження відповідних фінансових стимулів
- створення реєстру пацієнтів з гепатитом або технічної можливості збору даних про них для планування потреби у фінансуванні діагностичних послуг та плануванні закупівель відповідних препаратів

Замісна підтримувальна терапія

- окремо дослідити структури витрат в закладах, які надають послуги з замісної підтримувальної терапії: пропорції адміністративних витрат, витрат на надання медичних послуг. Це необхідно для виявлення чинників, що впливають на ефективність організації роботи, а відтак і якість надання медичних послуг
- провести аналіз причин, через які медичні заклади відмовляються підписувати контракти на пакет НСЗУ з замісної підтримувальної терапії, а також можливі рішення, які б знизили ризик обмеження доступу уразливих до ВІЛ груп до цих послуг (створення правил, які б стимулювали заклади мати контракти на менш привабливі пакети)
- розробити механізми організації та фінансування логістики препаратів до пацієнтів, які не мають змоги доїхати до закладу самостійно; від аптечного складу до закладу охорони здоров'я; а також оплати послуг зберігання препаратів на аптечному складі.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



The Global Fund
To Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria