

Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, І. О. Новожилова  
ПРОБЛЕМИ І ДЕЯКІ ПІДХОДИ ДО РЕФОРМУВАННЯ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ТА  
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»

ПРОБЛЕМЫ И НЕКОТОРЫЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ  
В УКРАИНЕ

Ю. И. Фещенко, В. М. Мельник, В. Г. Матусевич, И. А. Новожилова  
Резюме

Оценка пилотных проектов, проводимых в некоторых областях, показала противоречивые данные об эффективности реформирования. Существующая советская система организации противотуберкулезной службы не может адаптироваться к новым условиям, в частности, к росту частоты химиорезистентного туберкулеза и ко-инфекции туберкулез/ВИЧ/СПИД и др. Актуальными проблемами остаются: существующий подход оказания медицинской помощи, который ориентирован на стационарное лечение; недостаточная организация максимального выявления больных туберкулезом и эффективного лечения; вопросы стимулирования кадров отрасли и др. Поэтому назрела необходимость в реорганизации, реструктуризации и реформировании противотуберкулезной службы. Необходимо использовать опыт высокоразвитых стран, где применяют минимальную инфраструктуру и имеющийся кадровый потенциал общего профиля.

**Ключевые слова:** туберкулез, выявление, лечение, противотуберкулезная служба, реформирование.

Укр. пульмонолог. журнал. 2015, № 3, С. 5–12.

Фещенко Юрій Іванович

Директор ДУ «Національний інститут фізіотерпії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського Національної академії медичних наук України  
Академік НАМН України, професор  
10, вул. М. Амосова, 03680, Київ,  
Tel.: 380 44 275-04-02, fax: 380 44 275-21-18, admin@ifp.kiev.ua

PROBLEMS AND SOME APPROACHES TO HEALTH CARE SYSTEM  
AND TB SERVICE REFORMING  
IN UKRAINE

Yu. I. Feshchenko, V. M. Melnyk, V. G. Matushevych, I. A. Novozhylova  
Abstract

Evaluation of pilot projects carried out in some areas, showed conflicting data on the effectiveness of the reform. The existing Soviet system of TB service can not adapt to the new conditions, in particular, to an increase in the frequency of drug-resistant tuberculosis and co-infection of TB/HIV/AIDS and others. An existing approach of care, focused on inpatient care, inadequate organization of TB detection and ineffective treatment provision, need to stimulate industry personnel, and some others remain the real challenge. That is why there is a need to reorganize, restructure and reform the TB service. It is necessary to use experience of developed countries, which utilize minimum infrastructure and available human resources.

**Key words:** tuberculosis, treatment, detection, TB service, reforming.

Ukr. Pulmonol. J. 2015; 3:5–12

Yurii I. Feshchenko

Director of National Institute of phthisiology and pulmonology named after F. G. Yanovsky National Academy of medical sciences of Ukraine  
Academician of NAMS of Ukraine, professor  
03680, Kyiv, 10, M. Amosova str.  
Tel.: 380 44 275 0402, fax: 380 44 275 2118, admin@ifp.kiev.ua

Зараз вперше в Україні здійснюються системні кроки до реформування охорони здоров'я у форматі цілісної державної політики [1, 2, 3, 4]. Реформи розпочато з базових елементів: первинної та екстреної медичної допомоги. За період 2010–2012 рр. у пілотних проектах створена мережа закладів первинної охорони здоров'я. Перехід до сімейної медицини дозволить зробити систему гнучкою, конкурентною і наближеною до потреби пацієнтів. У 2013 році стартував третій етап реформи, який передбачав створення умов для введення державного медичного страхування, що дозволить забезпечити не менше 80,0 % безкоштовного медикаментозного забезпечення застрахованого пацієнта [1]. Оцінка пілотних проектів, що проводились у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, метою яких є випробування нової, оптимізованої моделі охорони здоров'я, показала суперечливі дані щодо ефективності реформування. Слід зазначити, що у пілотних проектах не здійснюється реформування протитуберкульозної служби; вона і в пілотних проектах, і у всій Україні залишається такою, якою була за радянських часів — високозатратною і малоефективною.

Під час парламентських слухань п'ятого червня 2013 року «Сучасний стан, шляхи та перспективи реформи у сфері охорони здоров'я» позитивно оцінили хід першого етапу медичної реформи [5]. У Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях і в м. Києві, де реалізуються пілотні проекти «майже завершено створення мережі закладів первинної медицини». Серед позитивних результатів названо відкриття нових амбулаторій, збільшення на 17 відсотків профілактичних оглядів людей і зменшення на 15 відсотків викликів екстреної медичної допомоги. Відмічено деяке зниження захворюваності та смертності від туберкульозу у Дніпропетровській, Донецькій області, але у Вінницькій і в інших областях та в м. Києві ситуація не поліпшилась, а навпаки.

Так, за 2011–2012 рр. захворюваність на вперше діагностований туберкульоз у Вінницькій області зросла на 0,91 % (з 54,8 до 55,3 на 100 тис. населення), у Дніпропетровській області зменшилася на 2,62 % (з 95,4 до 92,9 на 100 тис. населення), у Донецькій області зменшилася на 1,92 % (з 73,1 до 71,7 на 100 тис. населення), в м. Києві збільшилася на 5,91 % (з 38,9 до 41,2 на 100 тис. населення), а середньоукраїнський показник захворюваності зріс на 1,34 % (з 67,2 до 68,1 на 100 тис. населення) [6]. До 2013 р. (з 2011 р.) динаміка захворюваності на

вперше діагностований туберкульоз майже не змінилась — у Вінницькій області зросла до 55,9 на 100 тис. населення (на 2,0 %), у Дніпропетровській області зменшилась на 2,5 % (до 71,3 на 100 тис. населення), у Донецькій області зменшилась на 5,3 % (до 68,1 на 100 тис. населення), в м. Києві збільшилась на 34,9 % (до 52,5 на 100 тис. населення), причому середньоукраїнський показник захворюваності зріс на 1,04 % (до 67,9 на 100 тис. населення) [7].

За ці ж 2011–2012 роки смертність від туберкульозу у Вінницькій області зменшилась на 9,57 % (з 9,4 до 8,5 на 100 тис. населення), у Дніпропетровській області зменшилась на 0,45 % (з 22,1 до 22,0 на 100 тис. населення), у Донецькій області зросла на 6,52 % (з 18,4 до 19,6 на 100 тис. населення), в м. Києві зменшилась на 35,47 %, а середньоукраїнський показник смертності зріс на 0,66 % (з 15,2 до 15,1 на 100 тис. населення) [1, 6, 7]. До 2013 р. (з 2011 р.) показник смертності від туберкульозу зменшився у всіх областях — у Вінницькій області на 9,57 % (до 10,3 на 100 тис. населення), у Дніпропетровській області на 11,8 % (до 19,5 на 100 тис. населення), у Донецькій області на 1,1 % (до 18,2 на 100 тис. населення), в м. Києві на 6,4 % (до 7,4 на 100 тис. населення), а середньоукраїнський показник смертності — на 7,3 % (до 14,1 на 100 тис. населення) [7].

Таким чином, важко оцінити зміни захворюваності та смертності в пілотних областях для підтвердження ефективності моделі охорони здоров'я. Загалом, як у пілотних проектах, так і в інших адміністративних територіях України темпи зниження епідеміологічних показників з туберкульозу стрімко сповільнилися. Існуюча радянська система організації протитуберкульозної служби не може адаптуватися до нових викликів, зокрема до зростання частоти хіміорезистентного туберкульозу і ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ/СНІД та ін. Ось чому назріла потреба в реорганізації, реструктуризації та реформуванні протитуберкульозної служби. Як свідчать засоби масової інформації, нинішнє реформування охорони здоров'я у пілотних проектах має деякі хаотичні дії, які призводять до погіршення ситуації з реформою і вже зараз необхідно переглянути підходи до цієї реформи. Слід зазначити, що неможливо ефективно реформувати окремо взятую протитуберкульозну службу, якщо невідомо в якому напрямку буде здійснюватися реформування загальної системи охорони здоров'я [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8].

Першими підсумками медичної реформи обласна влада Донецьку вважає наступні. На первинному рівні — створення вертикалі управління і повернення в правове поле діяльності ФАПів та амбулаторій. На вторинному — реорганізацію здебільшого нефункціонуючих ліжок і створення ряду міжрайонних відділень. На третинному — організацію високоспеціалізованих відділень [6, 8]. Думка більшості спеціалістів щодо результативності реформи суперечлива. Одні вважають, що той шлях реформування, по якому сьогодні йде наша охорона здоров'я — дорога в нікуди, яка веде до ще більшого «розтринькування» бюджетних грошей, від якого не буде ефективності. Інші вважають, що починати потрібно з реформування теоретичної охорони здоров'я, себто необхідна докорінна реформа медичної освіти [3, 9].

Потрібно готувати для первинної ланки базових фахівців, серед яких потім відбирати тих, хто має клінічне мислення, і підвищувати їх кваліфікацію, готуючи «вузьких» спеціалістів [10, 11].

Вкрай критично оцінюють медичну реформу і представники організацій із захисту прав пацієнтів. Вони вважають, що справжні наміри влади щодо реформи медичної допомоги демонструють спрямовані на охорону здоров'я українців державні кошти. «На утримання силових структур в Україні бюджетом виділено 14 мільярдів гривень, а на охорону здоров'я — трохи більше двох з половиною мільярдів», — нагадав громадський активіст. Держава досі вдається до «радянських» підходів фінансування охорони здоров'я за залишковим принципом, а медична реформа впроваджується за старою філософією [4]. В парламенті зареєстровано законопроект «Про фінансування охорони здоров'я та обов'язкове соціальне медичне страхування». Він, зокрема, передбачає об'єднання трьох основних джерел фінансування: бюджету, обов'язкового медичного страхування та добровільного медичного страхування. На думку Т. Бахтеєвої, найоптимальнішою моделлю державного медичного страхування є система, яка використовується в Молдові та Франції, метою якої є підвищення загального доступу людей до діагностики, лікування та догляду у зв'язку з туберкульозом (ТБ) шляхом підвищення обізнаності, мобілізації політичної підтримки та зниження стигми та дискримінації [11].

Після набуття незалежності Україна проходить довгий і тернистий шлях у боротьбі з туберкульозом. В результаті реалізації Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2007–2011 роки досягли суттєвих позитивних зрушень щодо епідеміологічної ситуації з туберкульозу в Україні.

У відповідь на поширення масштабів проблеми мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ з боку держави були прийняті суттєві втручання, зокрема переглянутий Закон про боротьбу із захворюванням на туберкульоз та впровадженні його нову редакцію від 19.04.2012 р. (із змінами, внесеними Законом України від 22.03.2012 р. № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз») [12].

На даний час фінансування медичної галузі та фтизіатричної служби розраховується на ліжко-день, а при низькому рівні фінансування в цілому нинішня система вимагає тримати непотрібні ліжка та аби як забезпечувати їх роботу, щоб не зменшилось фінансування. Медична допомога хворим на туберкульоз спрямована переважно на стаціонарне лікування, що гальмує розвиток якісного амбулаторного лікування та сприяє розповсюдженню внутрішньолікарняних мультирезистентних форм захворювання. Вклад у протитуберкульозну службу однієї з великих областей 4 роки тому коштував 80 мільйонів гривень. Це дуже велика сума, вона включає і державні кошти, і кошти грантів, бізнесменів. Для зменшення фінансового навантаження на боротьбу з туберкульозом потрібно, щоб гроші виділялися не на обслуговування системи, а щоб гроші «ходили за хворими».

Тривалість лікування хворих на звичайний туберкульоз становить 6 місяців, а хворих на мультирезистентний туберкульоз — 20 місяців. Утримання хворого на стаціонарному ліжку протягом цього періоду призводить до втрати соціальних та родинних зв'язків, сприяє порушенню лікарняного режиму, оскільки пацієнтам, які себе добре почувають, немає чим себе зайняти у туберкульозному стаціонарі. Багато пацієнтів (до 10,0 %) переривають лікування та самовільно покидають стаціонар.

Нині у всіх країнах світу застосовуються майже однакові підходи до виявлення хворих на туберкульоз, діагностики, лікування та профілактики цього захворювання [13, 14, 15]. Однак високорозвинені країни для цих цілей застосовують мінімальну інфраструктуру і наявний кадровий потенціал медиків загального профілю, але інші, пострадянські країни, в т. ч. Україна, утримують потужну інфраструктуру, значний ліжковий фонд протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв. Вони потребують значних затрат на утримання ліжка, оплату комунальних послуг, харчування хворих тощо, на які витрачається до 80,0 % коштів, тоді як на суто лікувально-діагностичний процес використовується біля 20,0 % тих коштів, що виділяються.

Соціальна підтримка хворим на амбулаторному етапі лікування в переважній більшості областей України не надається, а це призводить до того, що хворі на туберкульоз не мають мотивації для вживання антимікобактеріальних препаратів і лікуються хаотично, що призводить до розвитку хіміорезистентності. Майже 80,0 % будівель протитуберкульозних установ України не відповідають вимогам ні будівельних, ні санітарних правил. На харчування в більшості лікарень виділяється недостатньо коштів [3, 4, 5]. За даними дослідження, проведеного торік українськими вченими разом з колегами Іллінойського університету, неправильний режим лікування був призначений понад 70,0 % хворих на туберкульоз, самостійно перервали лікування майже 30,0 %.

Для реалізації реформи урядом прийнято ряд законодавчих актів і законів із реформування медичного обслуговування, передбачених Програмою економічних реформ на 2010 — 2014 роки. В жодному з чинних актів і законів немає згадки про те, що робити з протитуберкульозною службою. До цього часу протитуберкульозна служба хаотично руйнується, зокрема її інфраструктура: скорочуються протитуберкульозні диспансери і санаторії, служба не поповнюється фтизіатрами, середніми медичними працівниками та ін.

У світі відомі чотири системи контролю за туберкульозом:

- планова радянська система;
- ДОТС-стратегія, яка в Україні адаптована;
- ДОТС-плюс-стратегія;
- Стоп ТБ стратегія.

Залишки планової радянської системи ще можна спостерігати нині в Україні. У 1995 році ВООЗ запропонувала застосовувати ДОТС-стратегію, яка включає 5 обов'язкових елементів:

- політичні зобов'язання фінансувати ДОТС-стратегію;
- виявлення хворих методом мікроскопії мазка;

- короткотривале 6-8-місячне амбулаторне лікування стандартними схемами;
- централізовані закупівлі антимікобактеріальних препаратів I ряду;
- контроль за лікуванням і суворозвітність [13, 16, 17, 18, 19].

Наказом МОЗ України від 15 листопада 2005 р. № 610 «Про впровадження в Україні Адаптованої ДОТС-стратегії» додатково до кожного із п'яти елементів ДОТС-стратегії запропоновані всі ті заходи, які реалізовувалися плановою радянською системою. По суті, документально задекларована ДОТС-стратегія, а реально реалізовувалася радянська система при незмінній системі інфраструктури протитуберкульозної служби.

Оскільки в рамках Адаптованої ДОТС-стратегії почали закуповувати антимікобактеріальні препарати I та II ряду хаотично з великими переривами між закупками і застосовувати їх неконтрольовано, то стрімко почав розвиватися хіміорезистентний туберкульоз (моно-, полі- й мультирезистентний, а також туберкульоз із розширеною та тотальною резистентністю). Зазначений туберкульоз розвивався і в інших країнах, які дотримувалися класичної ДОТС-стратегії, але не так стрімко, як в Україні та країнах колишнього Радянського Союзу, які йшли одним і тим же шляхом і застосовували свою стратегію.

Зважаючи на велику поширеність хіміорезистентного туберкульозу, ВООЗ пропонувала впроваджувати ДОТС-плюс-стратегію. Її суть така ж, як і ДОТС-стратегії, але існувала вона ще стосовно хіміорезистентного туберкульозу, де окрім мікроскопії мазка застосовували посів патологічного матеріалу і визначення чутливості мікобактерій туберкульозу до антимікобактеріальних препаратів та окрім закупівлі антимікобактеріальних препаратів I ряду рекомендовано було закуповувати антимікобактеріальні препарати II ряду [13, 14, 16, 17, 18, 19, 20]. Але ж усе це в Україні застосовувалося й до того часу, тому, прийнявши Адаптовану ДОТС-стратегію, фактично в Україні з 2006 року вже застосовувалася ДОТС-плюс-стратегія.

Незабаром виявилось, що цього недостатньо, у багатьох країнах стрімко зростає хіміорезистентний туберкульоз і ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз і щоб взяти під контроль цю нову ситуацію з туберкульозу й досі ВООЗ рекомендує країнам реалізовувати Стоп ТБ стратегію [13, 14, 16, 18].

Її шість складових такі:

- якісне розширення й посилення ДОТС-стратегії;
- боротьба з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, множинно-лікарсько-стійким (МЛС) туберкульозом та іншими викликами (це частково складова ДОТС-плюс-стратегії);
- сприяння зміцненню систем охорони здоров'я (сюди включено зміцнення матеріально-технічної бази і кадрового потенціалу закладів охорони здоров'я, які займаються хворими на туберкульоз);
- залучення всіх постачальників медичних послуг до боротьби з туберкульозом (йдеться про залучення додаткових джерел фінансування і людських ресурсів з боку громадських організацій та волонтерів до боротьби з туберкульозом);

– розширення можливостей хворих на туберкульоз і суспільства (це роз'яснювальна діяльність, інформування про туберкульоз, пропаганда здорового способу життя, як засобу профілактики туберкульозу, дотримання Хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на туберкульоз);

– підтримка й розвиток наукових досліджень (цей захід з'явився вперше і цей запит на фінансування науково-дослідної роботи цілком відповідає Стоп ТБ стратегії) [16, 17, 18, 19, 20].

На засадах Стоп ТБ стратегії в Україні частково реалізована Загальнодержавна програма протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках, яка затверджена Законом України від 8 лютого 2007 р. № 648-V «Про затвердження Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007–2011 роках». На цих же засадах нині виконується Загальнодержавна цільова соціальна програма протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки, затверджена Законом України від 16 жовтня 2012 року № 5451-VI «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» [21].

На думку експертів ВООЗ, Стоп ТБ стратегія дозволяє:

- розширити доступ до якісного діагностування та лікування пацієнтів, хворих на туберкульоз. ВООЗ стверджує, що всезагальний доступ, який передбачає діагностику і лікування хворих, забезпечить зниження випадків туберкульозу і хіміорезистентного туберкульозу до 2015 р.;

- зменшити страждання людей і соціально-економічне навантаження, пов'язане з туберкульозом;

- захистити людей, які складають групу ризику, від туберкульозу, ВІЛ-асоційованого та туберкульозу стійкого до антимікобактеріальних препаратів;

- підтримати розвиток нових методів, забезпечити можливість їх вчасного і ефективного застосування.

Ці завдання відповідають Цілям розвитку Тисячоліття на період 2006 — 2015 роки, до яких долучилася Україна [18, 19, 20]. Згідно цих Цілей до 2015 року слід знизити глобальну поширеність туберкульозу (показник поширеності і смертності) на 50,0 % порівняно з 1990 роком (в тому числі випадки захворювання на туберкульоз із ВІЛ-інфекцією). Кількість померлих від туберкульозу в 2015 році в світі має бути менша одного мільйона, в тому числі випадки захворювання на туберкульоз із ВІЛ-інфекцією. До 2050 року глобальний показник захворюваності на туберкульоз має бути менший 1 випадку на мільйон на рік (це критерій повного подолання туберкульозу, прийнятий в США) [14, 20].

З 1999 року Україна перейшла на програмно-цільовий принцип фінансування протитуберкульозних заходів. Однак, держава не виділяє достатньо ресурсів для виконання завдань, які покладені у національних програмах, прийнятих владою. За всіма програмами з державного бюджету фінансувалися лише закупівля антимікобактеріальних препаратів і живильних середовищ для вирощування мікобактерій туберкульозу, однак жодна закупівля не була проведена вчасно, що привело

до значних переривів у лікуванні хворих. Решта протитуберкульозних заходів за програмами повинна була фінансуватися з місцевих бюджетів, але фінансувалися вони частково і не в повному обсязі. Тому ні одна із національних програм щодо боротьби з туберкульозом не виконана у повному обсязі.

Слід відмітити, що жодна міжнародна стратегія (ДОТС, ДОТС-плюс, Стоп ТБ), жодна національна програма протидії захворюванню на туберкульоз (з 1999 р., відколи розпочато програмно-цільовий підхід до реалізації протитуберкульозних заходів) не передбачала структурної перебудови протитуберкульозної служби — її реорганізації, реструктуризації та реформування. Через те досі залишається ряд основних проблем з туберкульозу в Україні. Це:

- хіміорезистентний туберкульоз; в Україні частота первинної хіміорезистентності складає від 7,0 до 20,0 % хворих в різних регіонах, а вторинна резистентність сягає 60,0 — 75,0 %;

- туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІДом, або ко-інфекція: туберкульоз/ВІЛ/СНІД, або ВІЛ/СНІД-асоційований туберкульоз; оскільки за останні роки приріст хворих на туберкульоз і ВІЛ/СНІД у деяких адміністративних територіях сягає до 20,00 % за рік. Для них часто-густо не вистачає ні антимікобактеріальних препаратів II ряду, ні антиретровірусних препаратів;

- незнання медичними працівниками загальної медичної мережі методів діагностики туберкульозу;

- недостатнє впровадження в практику контрольованого лікування, особливо на амбулаторному етапі, та й навіть у багатьох протитуберкульозних стаціонарах;

- недостатнє харчування хворих на туберкульоз у стаціонарах (у більшості стаціонарів близько 17,00 грн. на добу замість норми — 40,00 грн.);

- відсутність належного інфекційного контролю в протитуберкульозних закладах і через те висока захворюваність на нозокоміальний туберкульоз пацієнтів та зараження туберкульозом медичних працівників;

- руйнування матеріально-технічної бази та скорочення кадрового потенціалу протитуберкульозної служби, відсутність стимулювання фтизіатрів;

- пенітенціарна система України продовжує залишатися джерелом інфекції для цивільного населення;

- сьогодні фтизіатрична служба забезпечена усіма необхідними нормативно-правовими документами, протоколами, стандартами, проте належного фінансування для реалізації цієї законодавчої бази немає [22, 23, 24].

Поширення туберкульозу на території України, насамперед мультирезистентного, як найбільш загрозливого, призводить до втрати працездатності, послаблення здоров'я населення України, підвищення рівня інвалідності та смертності, що свідчить про наявність проблеми, пов'язаної з бідністю, соціальною нерівністю. Зазначена проблема становить загрозу національній безпеці країни, її розв'язання потребує постійного збільшення видатків з державного бюджету [22, 23, 24].

Україна посідає друге місце після Російської Федерації серед держав Європейського регіону за рівнем захворюваності на туберкульоз. За даними

Всесвітньої організації охорони здоров'я, в Україні мультирезистентний туберкульоз мають 16 відсотків хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульоз, та 44 відсотки хворих на рецидив захворювання. У державі зареєстровані випадки майже невиліковного туберкульозу з розширеною та тотальною медикаментозною резистентністю, кількість яких стрімко зростає. Одночасно з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу, що має тенденцію до генералізації через статевий шлях передачі, спостерігається поширення захворювання на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією (ко-інфекція туберкульоз/ВІЛ-інфекція). Фахівці підкреслюють, що сьогодні епідемію СНІДу неможливо відокремити від епідемії туберкульозу, тому терміново потрібні нові підходи в боротьбі з цією бідою [22, 23, 24].

Відсутність вирішення цих проблем показує відсутність позитивних змін в досягненні цілей, які поставлені в національних програмах, і необхідність розробки нових підходів до реформування протитуберкульозної служби поки що невідомо в якому напрямку.

В протитуберкульозній службі головним є протитуберкульозний диспансер, на якого покладено контроль за виявленням, діагностикою, лікуванням та профілактикою туберкульозу у населення. Він повинен взаємодіяти з кількома закладами загальної чи профільної медичної мережі для ефективної роботи (центр СНІДу, контролю за наркозалежністю, профільні диспансери — дерматовенерологічні, ендокринологічні, онкологічні та ін., загальна медична мережа та ін.). Такого контакту на даний момент немає. Існують суперечливі дослідження щодо ефективності стаціонарної або амбулаторної медичної допомоги у відношенні до лікування хворих на туберкульоз. Стаціонарна допомога більш коштовна, ніж амбулаторна [25].

Не зважаючи на впровадження швидких методів мікробіологічної діагностики туберкульозу, доступ до них мають не усі хворі на туберкульоз. Хворий без встановленого діагнозу мультирезистентного туберкульозу і без відповідного лікування залишається в стаціонарі тривалий період (як мінімум 5 — 6 місяців) із бактеріовиділенням, як невдача лікування і, таким чином, інфікує мультирезистентним туберкульозом всіх інших хворих відділення.

Хворі із невдачею і перерваним лікуванням поповнюють вогнища туберкульозної інфекції серед популяції населення, що в найближчому майбутньому може знову призвести до збільшення рівня захворюваності на туберкульоз. Перебої із закупівлею або поставками тих чи інших протитуберкульозних препаратів призводять до перерви лікування та призначення неповноцінної схеми хіміотерапії.

Оптимізація мережі протитуберкульозних закладів є нагальним завданням протитуберкульозної служби. З 2010 року кількість ліжок зменшена на 6,8 %, проте їх кількість ще залишається надмірно великою. На сьогодні (2014 р.) в Україні функціонує 22701 (22722 у 2013 р.) стаціонарних ліжок [8]. В 2012 році було виявлено 13949 хворих з новими випадками туберкульозу (15581 у 2013 р.), які виділяли мікобактерії туберкульозу і яким показано стаціонарне лікування, що склало відповідно 52,3 %

та 58,1 % виявлення [8, 23, 24]. Ці пацієнти мають перебувати на ліжку 2–3 місяці до припинення бактеріовиділення, а далі лікуватися амбулаторно. Зрозуміло, що при такій кількості ліжок більшість хворих госпіталізують без належних показань. Звісно, ще є пацієнти на хронічні форми туберкульозу, яким потрібна ізоляція в умовах стаціонару, проте, більшість з них мають невиліковні форми захворювання та потребують лише паліативного лікування. Система паліативного лікування і хоспісної допомоги у фтизіатричній галузі взагалі відсутня. Це потрібно буде врахувати при розробці концепції реформування протитуберкульозної служби в Україні.

Нині, коли Україна перейшла на світові стандарти контролю за туберкульозом, слід переглянути радянську стратегію санаторно-курортного лікування хворих на туберкульоз.

- У санаторіях слід проводити основний курс антимікобактеріальної терапії поряд із кліматичними та іншими санаторними методами лікування, тобто проводити повноцінне лікування хворих на туберкульоз. На жаль, санаторії сьогодні не беруть хворих із незавершеним основним курсом антимікобактеріальної терапії; вони воліли б брати хворих, які завершили основний курс лікування і мають якісь залишкові зміни. А за сьогоднішніми стандартами — це здорові люди. Вони можуть перебувати у будинках відпочинку і санаторне лікування не всім їм потрібне. Крім того, дитячі місця в санаторіях використовуються переважно для здорових дітей, у кращому випадку для інфікованих.

- В санаторіях можна організувати контрольоване проведення хіміопротифілактики за стандартними методами.

- Потрібно реорганізувати санаторні ліжка так, щоб була профілізація санаторіїв:

- окремо для проведення основного курсу хіміотерапії,

- окремо для лікування хворих на туберкульоз із супутніми захворюваннями,

- окремо для проведення реабілітаційних і лікувально-оздоровчих заходів.

- У санаторіях повинні бути відповідні санітарно-гігієнічні умови, і суворе дотримання інфекційного контролю.

- В санаторіях треба забезпечити нормальне харчування хворих, бо харчування є невід'ємною складовою частиною лікування.

Через прогалини у лабораторному потенціалі у галузі вирощування культур і проведенні тестування на лікарську стійкість виявляється лише 5,0 % хворих з розширеною лікарською стійкістю. Тому нарощування потенціалу для діагностування туберкульозу і мульти- й розширенорезистентного туберкульозу є глобальним пріоритетом у галузі боротьби з туберкульозом.

До того ж, традиційна плівкова флюорографія малоінформативна і дорого обходиться державі. ВООЗ пропонує замінити її цифровими системами для дослідження легенів. В майбутньому центральне місце посідатиме комп'ютерна томографія, як найбільш інформативна.

Для подолання кадрової кризи у протитуберкульозній службі затверджена постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 р. № 123 зі змінами, внесеними

постановами КМУ № 582 та № 1111 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз» [26], яка передбачає підвищення заробітної плати медичним працівникам на 60,0 % та 30,0 %. Але кадровий потенціал фтизіатричної служби й надалі не має стимулів для праці, оскільки зазначене підвищення заробітної плати не врахувало інфляції та стрімкого росту цін на життєво-необхідні товари широкого вжитку, які нівелювали вказаний градієнт підвищення. Про підвищення престижу лікарів-фтизіатрів йшлося на виїзному спільному засіданні колегії МОЗ України та робочої групи Комітету з економічних реформ, що відбулося в Донецьку [27].

На даний час багато питань щодо розробки концепції реформування протитуберкульозної служби тому, що:

- нині не розроблені альтернативні механізми фінансування протитуберкульозних установ із розрахунку не на ліжко, а на медичні послуги. Резерви підвищення ефективності протитуберкульозної служби слід шукати в області вдосконалення механізму управління галуззю, тобто ефективного використання наявних ресурсів;

- метою реформи є оптимізація інфраструктури протитуберкульозної служби, зокрема мережі лікарняних ліжок і приведення їх у відповідність до кількості хворих на туберкульоз із бактеріовиділенням, які вимагають стаціонарного лікування;

- поки-що немає пріоритету амбулаторному лікуванню та лікуванню на дому, немає спрямування медичних послуг на хворого, а не на медичний заклад;

- необхідна реструктуризація протитуберкульозної служби в частині адаптації інфраструктури протитуберкульозних установ до потреб населення у протитуберкульозній допомозі. Наприклад, поділ ліжкового фонду на ліжка інтенсивної терапії та ліжка для медико-соціальної допомоги, створення стаціонарів денного перебування, впровадження стаціонарів заміщувальних технологій, децентралізація та розширення показань для амбулаторно-поліклінічної допомоги хворим на туберкульоз, перепрофілювання мережі санаторних ліжок і закладів, вдосконалення диспансеризації хворих на туберкульоз тощо.

Діюча в Україні протитуберкульозна служба складається з мережі протитуберкульозних диспансерів та спеціалізованих установ, розташованих на всій території країни. Мережа лікувально-профілактичних закладів — протитуберкульозний диспансер, диспансерне відділення, туберкульозний кабінет поліклініки, ДОТ-кабінети (кабінети контрольованого лікування), центральна районна лікарня (міська районна лікарня або територіальне медичне об'єднання), стаціонарне і поліклінічне відділення будь-якого профілю, сільська дільнична лікарня, лікарська амбулаторія, фельдшерсько-акушерський пункт, фельдшерський пункт безпосередньо займаються протитуберкульозними заходами згідно з чинними нормативно-правовими документами.

Проведення протитуберкульозних заходів покладено на всі владні структури, наукові й лікувально-профілактичні заклади всіх рівнів.

Організаційно-методичне забезпечення протитуберкульозних заходів і контроль за ними здійснює МОЗ України. МОЗ України координують протитуберкульозну роботу на своїх територіях. З ними тісно співпрацюють санітарно-епідеміологічні станції (СЕС) всіх рівнів. Санітарно-епідеміологічна станція здійснює керівництво і контроль за протитуберкульозними заходами, в тому числі через міжвідомчу комісію по боротьбі з туберкульозом разом з фахівцями районних лікарень.

Окрім того, централізований контроль якості протитуберкульозної роботи покладений на Державну службу України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим соціально небезпечним хворобам і на ДУ «Український Центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України» здійснюється на рівні адміністративної території.

В останні роки із впровадженням Адаптованої ДОТС-стратегії почала формуватися мережа лабораторій щодо бактеріологічної діагностики туберкульозу трьох рівнів на чолі із Центральною референс-лабораторією з мікробіологічної діагностики туберкульозу. Типові положення про мікробіологічні лабораторії затверджені наказом МОЗ України від 06.02.2006 р., № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 травня 2006 р. за № 627/12501 [28].

Зазначена інфраструктура є надто складною і погано керованою. Вона потребує значних фінансових затрат. Оскільки вона фінансується недостатньо, то й ефективність її роботи незадовільна. Ось чому назріла потреба реформування охорони здоров'я та відповідно до неї — фтизіатричної служби.

Червоною ниткою в контексті реформи охорони здоров'я в Україні проходить і питання стимулювання кадрів галузі. Уряд України має намір створити стимули для роботи українських медичних працівників [29]. У переважній більшості країн світу вираженої в явній формі стратегії в області кадрових ресурсів охорони здоров'я немає. Глобальний кодекс ВООЗ з практики міжнародного найму персоналу охорони здоров'я був одностайно прийнятий на 63-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я 21 травня 2010 р. Кодекс практики є добровільним, він застосовний до всіх працівників охорони здоров'я та зацікавлених сторін. Кодекс висуває принципи і спонукає до встановлення добровільних стандартів [30, 31].

Сьогодні Європа і весь світ змінили свій підхід до лікування хворих на туберкульоз. Лікування в стаціонарах повинні отримувати хворі тільки на мультирезистентний туберкульоз і туберкульоз з розширеною стійкістю. Для цього потрібні організаційні та фінансові зусилля. Головний сенс і мета уважного ставлення до свого здоров'я в цивілізованих країнах — це не допустити розповсюдження захворювання і як наслідок — походів в лікарню і коштовних досліджень.

Існуючий підхід надання медичної допомоги, що орієнтований на стаціонарне лікування, перешкоджає багатьом пацієнтам звертатися за медичною допомогою через побоювання втратити суспільні та професійні

зв'язки. Перешкодою для доступу пацієнтів за медичною допомогою є фінансові питання, що пов'язані з вартістю проїзду, оплатою за додаткові обстеження та медичні препарати для лікування супутніх захворювань та усунення побічних реакцій від протитуберкульозної хіміотерапії.

Недостатньо організовано максимальне виявлення хворих на туберкульоз та ефективне лікування, не визначено якою буде реформа охорони здоров'я і як адаптувати до неї реформу протитуберкульозної служби, треба визначитися яким шляхом ми йдемо у боротьбі з туберкульозом — своїм чи копіюємо чужі — і визначити стратегію боротьби з туберкульозом та концепцію реформування служби відповідно до нашої інфраструктури протитуберкульозної служби та до реформ в охороні здоров'я.

Для реформування системи протитуберкульозної служби в Україні важливо використовувати досвід усіх країн — введення страхової медицини, укріплення мережі надання первинної допомоги професійними кадрами, перехід на амбулаторне лікування, поширення сестринського догляду, впровадження нових технологій для діагностики, лікування та профілактики, удосконалення системи комп'ютерної бази даних для лікарів і пацієнтів та особливо зміна системи фінансування усієї системи охорони здоров'я та протитуберкульозної служби для цільового використання коштів на основі національної програми боротьби з туберкульозом. Існують суперечливі дані щодо ефективності проведеної в пілотних областях реформи, тим більше від-

сутні обґрунтовані дані щодо реформування протитуберкульозної служби в рамках реформування усієї системи.

Таким чином, аналіз даних літератури показав, що нині у всіх країнах світу застосовуються майже однакові підходи до виявлення хворих на туберкульоз, діагностики, лікування та профілактики цього захворювання [13, 14, 15]. Однак високорозвинені країни для цих цілей застосовують мінімальну інфраструктуру і наявний кадровий потенціал загального профілю, але інші, пострадянські країни, в т. ч. Україна, утримують потужну інфраструктуру, значний ліжковий фонд протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв. Вони потребують значних затрат на утримання ліжка, оплату комунальних послуг, харчування хворих тощо, на які витрачається до 80,0 % коштів, тоді як на суто лікувально-діагностичний процес використовується біля 20,0 % тих коштів, що виділяються. Словом, назріла потреба оптимізації мережі протитуберкульозних закладів і ліжкового фонду, які поглинають лівову частину фінансових коштів і не впливають на ефективність лікування хворих. Протитуберкульозну службу слід переорієнтувати на амбулаторне лікування, створення системи паліативного і хоспісного лікування хворих на туберкульоз.

Після розробки концептуальних засад реформування можна буде розглядати шляхи їх реалізації в країні. Кінцевою метою розробки концепції реформування фтизіатричної служби є позитивний вплив на основні епідеміологічні показники, зокрема досягнення зниження захворюваності і смертності від туберкульозу.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Реформи української системи здравоохорони направлені на реалізацію Цілей розвитку тисячелеття ООН 6 листопада 2012 року : [Електронний ресурс] — Режим доступу: <http://www.ark.gov.ua/blog/tag/minzdrav>
2. Гойда, Н. Г. Актуальні завдання у сфері охорони здоров'я [Текст] / Н. Г. Гойда // Ліки України плюс. — 2011. — № 3 (7). — С. 17.
3. Парламентські слухання як відкрита площадка для загальнодержавного обговорення реформи у сфері охорони здоров'я [Текст] // Укр. медичний часопис. — 2013. — № 3. — С. 4–8.
4. Медицинская реформа в Украине : для людей или для власти? : [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://news.finance.ua/ru/~2/0/all/2013/06/06/303286>
5. Стратегічні напрямки реформ: профілактика, доступність ліків, наближення медичної допомоги до пацієнта [Текст] // Укр. медичний часопис. — 2013. — № 1. — С. 10–12.
6. Недочети пілотного проєкта реформи здравоохорони стали поводом для об'єднання в Кабмін [Електронний ресурс // Новини. — 2013. — 15 лютого, № 65 : — Режим доступу : <http://ilich.in.ua/news.php?id=64456>
7. Туберкульоз в Україні : аналітично-статистичний довідник за 2003–2013 роки [Текст] / МОЗ України. — Київ, 2014. — 125 с.
8. Медведчук, В. Реальні ітоги реформи здравоохорони : [Електронний ресурс] / В. Медведчук, 24.05.2013 . — Режим доступу : <http://vybor.ua/article/Zdorovje/realnye-itogi-reformy-zdravooxraneniya.html>
9. Педіатрична галузь у період медичних реформ : надбання і проблемні питання [Текст] // Укр. медичний часопис. — 2013. — № 2. — С. 12–14.
10. Філософія медицини XXI сторіччя : українські реалії [Текст] // Укр. медичний часопис. — 2013. — № 1. — С. 8–9.
11. Украинское здравоохранение взяло курс на Францию и Молдову : [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://www.segodnya.ua/ukraine/Ukrainskoe-zdravooxranenie-vzvalo-kurs-na-Franciyu-i-Moldovu.html>
12. Закон України від 22.03.2012 р. № 4565 «Про внесення змін до Закону України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз». — Київ, 2012.
13. Реализация стратегии ВОЗ «Остановить туберкулез» [Текст] : справочник для национальных программ борьбы с туберкулезом / ВОЗ. — Женева : ВОЗ, 2009. — 210 с. ; [www.who.int/tb/en](http://www.who.int/tb/en)
14. Global tuberculosis control : surveillance, planning, financing : WHO report 2010 : [Електронний ресурс] / WHO. — Режим доступу : <http://www.stoptb.iqipsrver.com/default.asp2010>
15. Фещенко, Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник — Київ : Здоров'я, 2012. — 656 с.
16. Global Plan to Stop TB [Text] / WHO. — Geneva : WHO, 2006. — 190 p.

## REFERENCES

1. *Reformy ykrainskoyi systemy zdravooxraneniya napravlenu na realizatsiyu Tseyly razvitiya tysyacheletiya OON 6 listopada 2012 roku* (Ukrainian health system reforms aimed at implementing the Millennium Development Goals November 6, 2012). Available at: <http://www.ark.gov.ua/blog/tag/minzdrav>
2. Goyda NG. *Aktualni zavdannya u sferi okhorony zdorovya* (Challenges in Health Care). *Liky Ukrayiny plus*. 2011;No 3:17.
3. *Parlamentski slukhannya yak vidkryta ploshchadka dlya zagalnodержavnogo obgovorennya reformy u sferi okhorony zdorovya* (Parliament Hearings as an open platform for discussion of national reforms in health). *Ukr. medychnyy chasopys*. 2013;No 3:4–8.
4. *Meditinskaya reforma v Ukraine: dlya lyudey ili dlya vlasti* (Medical reform in Ukraine for people or for power?) Available at: <http://news.finance.ua/ru/~2/0/all/2013/06/06/303286>
5. *Strategichni napryamky reform: profilyaktyka, dostupnist likiv, nablyzhennya medychnoyi dopomogy do patsiyenta* (Strategic areas of reform: prevention, availability of drugs, the approach to patient medical care). *Ukr. medychnyy chasopys*. 2013;No 1:10–12.
6. *Nedochety pilotnogo proekta reformy zdravooxraneniya stali povodom dlya obrashcheniya v Kabmin* (Disadvantages of the pilot project of health care reform became an occasion to appeal the Cabinet of Ministers). Available at: <http://ilich.in.ua/news.php?id=64456>
7. *Tuberkuloz v Ukraini: analitychno-statystychnyy dovidnyk za 2003–2013 roky* (Tuberculosis in Ukraine: analytical and statistical information for the years 2003–2013). MOZ Ukrainy. 2014;125 p.
8. Medvedchuk B. *Realnye itogi reformy zdravooxraneniya* (The real outcome of health care reform). Available at: <http://vybor.ua/article/Zdorovje/realnye-itogi-reformy-zdravooxraneniya.html>
9. *Pediatrychna galuz u period medychnykh reform: nadbannya i problemni pytannya* (Pediatric industry during the period of medical reform: achievements and issues). *Ukr. medychnyy chasopys*. 2013;No 2:12–14.
10. *Filosofiya medytyny XXI stirychhya: ukrayinski realiyyi* (Philosophy of XXI century medicine: the Ukrainian reality). *Ukr. medychnyy chasopys*. 2013;No 1:8–9.
11. *Ukrainskoye zdravooxraneniye vzvalo kurs na Frantsiyu i Moldovu* (Ukrainian health headed for France and Moldova). Available at: <http://www.segodnya.ua/ukraine/Ukrainskoe-zdravooxranenie-vzvalo-kurs-na-Franciyu-i-Moldovu.html>
12. *Zakon Ukrayiny vid 22.03.2012 r. № 4565 "Pro vnesennya zmin do zakonu Ukrayiny "Pro borotbu iz zakhvoryuvannym na tuberkuloz"* (Law of Ukraine from 22.03.2012 № 4565 "On amendments to the law of Ukraine" On struggle against tuberculosis"). Kyiv. 2012.
13. *Realizatsiya strategii VOZ "Ostanovit tuberkuloz": spravochnyk dlya natsionalnykh programm borby s tyberkulezom* (The implementation of the WHO strategy "Stop TB": A guide for national TB control programs). Available at: [www.who.int/tb/en](http://www.who.int/tb/en)
14. *Global tuberculosis control : surveillance, planning, financing : WHO report 2010*. WHO. — Available at: <http://www.stoptb.iqipsrver.com/default.asp2010>

17. WHO. Global Tuberculosis Control : Surveillance, Planning, Financing : WHO report 2006 [Text] / WHO. — Geneva : WHO, 2006. — 242 p.
18. Plan to Stop TB 2006–2015 [Text] / WHO. — Geneva : WHO, 2006. — 96 p.
19. Global tuberculosis report : WHO report 2012 : [Електронний ресурс] / WHO. — Режим доступу : [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr12\\_main.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf)
20. Tuberculosis control and elimination 2010–50 : cure, care and social development [Text] / K. Lunnroth [et al.] // *Lancet*. — 2010. — № 375. — P. 1814–1829.
21. Закон України від 25.07.2012 року : «Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012–2016 роки» [Текст]. — Київ, 2012. — № 5451-VI.
22. Туберкульоз : організація діагностики, лікування, профілактики та контролю за смертністю [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.]. — Київ : «Здоров'я», 2010. — 477 с.
23. Оцінка контролю за туберкульозом в Україні за період 2006–2010 рр. [Текст] / Ю. І. Фещенко [та ін.] // *Укр. пульмонолог. журн.* — 2011. — № 4. — С. 5–10.
24. Фещенко, Ю. І. Організація протитуберкульозної допомоги населенню [Текст] / Ю. І. Фещенко, В. М. Мельник — Київ : Здоров'я, 2012. — 656 с.
25. Украинское здравоохранение взяло курс на Францию и Молдову : [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://www.segodnya.ua/ukraine/Ukrainskoe-zdravoohranenie-vzvalo-kurs-na-Frantsiyu-i-Moldovu.html>
26. Постанова Кабінету Міністрів України від 16.02.2011 р. № 123 зі змінами, внесеними постановами КМУ № 582 та № 1111 «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз». — Київ, 2011.
27. Доказати ефективність : [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://lifedon.com.ua/society/health/456-dokazat-effektivnost.html>
28. Наказ МОЗ України від 06.02.2006 р., № 50 «Про затвердження типових положень про лабораторії і пункти з діагностики туберкульозу та пункти збору мокротиння», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 30 травня 2006 р. за № 627/12501. — Київ, 2006.
29. Постанова Кабінету Міністрів України № 123 від 16.02.2011 р. «Про деякі заходи щодо підвищення престижності праці медичних працівників, які надають медичну допомогу хворим на туберкульоз». — Київ, 2011.
30. Выпуски Информационных бюллетеней Документационного центра ВОЗ : «Кадры здравоохранения» — сентябрь 2010 г. [Електронний ресурс] — Режим доступу : <http://www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/65.html>
31. Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения : [Електронний ресурс] / G. Dussault [et al.]. // Европейское региональное бюро ВОЗ ; Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. — 2010. — 44 с. — Режим доступу : [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/133038/e94295R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/133038/e94295R.pdf)
15. Feshchenko Yul, Melnyk VM. *Organizatsiya protytuberkuloznoyi dopomogy naseleennyu* (Organization of TB care). Kyiv: Zdorovya. 2012;656 p.
16. Global Plan to Stop TB. WHO. Geneva : WHO. 2006;190 p.
17. WHO. Global Tuberculosis Control : Surveillance, Planning, Financing : WHO report 2006. WHO. Geneva : WHO. 2006;242 p.
18. Plan to Stop TB 2006–2015. WHO. Geneva : WHO. 2006;96 p.
19. Global tuberculosis report : WHO report 2012. WHO. Available at: [http://www.who.int/tb/publications/global\\_report/gtbr12\\_main.pdf](http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr12_main.pdf)
20. Lunnroth K, et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50 : cure, care and social development. *Lancet*. 2010;375:1814–1829.
21. *Zakon Ukrainy vid 25.07.2012 roku: "Pro zatverdzhennya Zagalnodержavnoyi tsil'ovoyi sotsial'noyi programy protydyiyi zakhvoryuvannu na tuberkuloz na 2012–2016 roku* (Law of Ukraine of 25.07.2012, the "On Approval of the National Programme on TB 2012–2016"). Kyiv. 2012. № 5451-VI.
22. Feshchenko YUL, et al. *Tuberkuloz: organizatsiya diagnostyky, likuvannya, profilaktyky ta kontrolyu za smertnistyu* (Tuberculosis: Organization of diagnosis, treatment, prevention and control of mortality). Kyiv: Zdorovya. 2010;477 p.
23. Feshchenko YUL, et al. *Otsinka kontrolyu za tuberkulozom v Ukraini za period 2006–2010 rr* (Evaluation of Tuberculosis Control in Ukraine for the period 2006–2010). *Ukr. pulmonol. Zhurnal*. 2011; № 4:5–10.
24. Feshchenko Yul, Melnyk VM. *Organizatsiya protytuberkuloznoyi dopomogy naseleennyu* (Organization of TB care). Kyiv: Zdorovya. 2012;656 p.
25. *Ukrainskoye zdravookhraneniye vzvalo kurs na Frantsiyu i Moldovu* (Ukrainian health headed for France and Moldova). Available at: <http://www.segodnya.ua/ukraine/Ukrainskoe-zdravoohranenie-vzvalo-kurs-na-Frantsiyu-i-Moldovu.html>
26. *Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy vid 12.02.2011 r. №123 zi zminamy, vnesennyamy postanovamy KMU № 582 ta 1111 "Pro deyaki zakhody shchodo pidvyshchennya prestyzhnosti pratsi medychnykh pratsivnykiv, yaki nadayut medychnu dopomogy khvorym na tuberkuloz"* (Decree of Cabinet of Ministers of Ukraine from 16.02.2011 p. № 123 amended CMU № 582 and № 1111 "On some measures to improve the prestige of Labour health workers who provide medical care to patients with TB."). Kyiv. 2011.
27. *Dokazat effektivnost (To prove the effectiveness of)*. Available at: <http://lifedon.com.ua/society/health/456-dokazat-effektivnost.html>
28. *Nakaz MOZ Ukrainy vid 06.02.2006 r. № 50 "Pro zatverdzhennya typovykh polozhen pro laboratorii i punkty z diagnostyky tuberkulozu ta punkty zboru mokrotynnya", zarejestrovanogo v Ministerstvi yustytisii Ukrainy 30 travnya 2006 r. za № 627/12501* (Decree of MOH of Ukraine from 06.02.2006 № 50 "On approval of model regulations on items and laboratory diagnosis of tuberculosis and sputum collection points" registered in the Ministry of Justice of Ukraine on May 30, 2006 by № 627/12501). Kyiv. 2006.
29. *Postanova Kabinetu Ministriv Ukrainy №123 vid 16.02.2011 r. "Pro deyaki zakhody shchodo pidvyshchennya prestyzhnosti pratsi medychnykh pratsivnykiv, yaki nadayut medychnu dopomogy khvorym na tuberkuloz"* (Decree of Cabinet of Ministers of Ukraine from 16.02.2011 № 123 "On some measures to improve the prestige of Labour health workers who provide medical care to patients with TB."). Kyiv. 2011.
30. *Vypuski informatsionnykh byulleteney Dokumentatsionnogo tsentra VOZ: "Kadry zdra-vookhraneniya"* — *sentiyabr 2010* (Newsletter Documentation Centre WHO: "Health workforce" — September 2010). Available at: <http://www.whodc.mednet.ru/ru/component/attachments/download/65.html>
31. *Vypusk G, et al. Otsenka nudushchikh potrebnostey v kadrovyykh resursakh zdra-vookhraneniya. Evropeyskoye regionalnoye byuro VOZ. Evropeyskaya Observatoriya po sistemam i politike zdra-vookhraneniya* (Assessment of future needs in health workforce. Regional WHO Office for Europe; The European Observatory on Health Systems and Policies). Available at: [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0018/133038/e94295R.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0018/133038/e94295R.pdf)