

СТЕНОГРАМА

слухань у Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації,
медичної допомоги та медичного страхування на тему:

"Протидія туберкульозу в умовах пандемії, спричиненої
коронавірусом SARS-CoV-2"

17 березня 2021 року

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Доброго дня, шановні колеги та запрошені!

Сьогодні Комітет з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування згідно з затвердженим планом роботи на період п'ятої сесії проводить комітетські слухання на тему: "Протидія туберкульозу в умовах пандемії, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2". Відповідно до вимог статті 29 Закону "Про комітети Верховної Ради України" всім членам комітету було розіслано для попереднього ознайомлення аналітичні та довідкові матеріали з питань, що розглядатимуться.

До участі в слуханнях запрошено народних депутатів України, представників Офісу Президента України, Міністерства охорони здоров'я України, Національної служби здоров'я України, інших зацікавлених міністерств та відомств соціальної політики, освіти та науки, оборони, фінансів, Державної кримінально-виконавчої служби України, місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування. Також ми запросили наших міжнародних партнерів, представників бюро ВООЗ в Україні, USAID, Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, Глобального Кокусу по боротьбі з туберкульозом та представників громадських організацій, які опікуються питанням боротьби з туберкульозом. Усього близько ста учасників. Тому я не буду зараз представляти усіх поіменно, сподіваюсь, що всі запрошені змогли приєднатись до нашого заходу.

Колеги та запрошені, розпочинаємо нашу роботу. Інформую присутніх, що відеотрансляція здійснюється в онлайн режимі на офіційній сторінці "Фейсбук" комітету. Наш захід ми проводимо в режимі відеоконференції, тому прошу слідкувати, щоб мікрофони були вимкнені. Крім того, особливу увагу звертаю на необхідність дотримання регламенту виступів.

З'ясовуємо кількість членів комітету, які беруть участь в слуханнях. Прошу, коли називатиму прізвище депутата члена комітету, прошу коротко відповісти: присутній або присутня.

Булах Лада Валентинівна.

БУЛАХ Л.В. Присутня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Вагнер Вікторія Олександрівна.

ВАГНЕР В.О. Присутня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дмитрієва Оксана Олександрівна. Немає.

Довгий Олесь Станіславович.

Дубіль Валерій Олександрович.

ДУБІЛЬ В.О. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Дубневич Ярослав Васильович.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Дубневича не приєднують. Він он "висить", треба його приєднати.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Добре. Зараз приєднують. Але він є.

Дубнов Артем Васильович.

ДУБНОВ А.В. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Заславський Юрій Іванович.

Зінкевич Яна Вадимівна.

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Присутня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Зуб Валерій Олексійович.

ЗУБ В.О. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Кузьмініх Сергій Володимирович.

КУЗЬМІНИХ С.В. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Макаренко Михайло Васильович.

Перебийніс Максим Вікторович.

ПЕРЕБИЙНІС М.В. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Радуцький Михайло Борисович - присутній.

Стефанишина Ольга Анатоліївна.

СТЕФАНИШИНА О.А. Присутня.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Пані Яно, скільки присутніх у нас?

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Повторіть, будь ласка, Дубневича. Він уже приєднався.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Так, Дубневич Ярослав Васильович приєднався до нас. Ми вас бачимо. Але у вас вимкнений мікрофон, тому не чути.

ДУБНЕВИЧ Я.В. Присутній. Присутній.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую.

Пані Яно!

ЗІНКЕВИЧ Я.В. Присутні 10 народних депутатів.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую. Отже, колеги, розпочинаємо нашу роботу.

Шановні колеги та запрошені! Символічно, що наш захід проводиться напередодні Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом, коли світова спільнота об'єднує свої зусилля для підвищення обізнаності про глобальну епідемію туберкульозу та ліквідації цієї хвороби. Туберкульоз - це глобальна проблема. Він не ліквідований в жодній країні світу. Щорічно туберкульозом заражається приблизно 1 відсоток населення земної кулі. Нині третина населення світу інфікована мікробактеріями туберкульозу.

Не можна заперечувати той факт, що проблема туберкульозу залишається актуальною і для України. Вже 26 років, з 1995 року минулого століття, наша країна несе на собі тягар епідемії туберкульозу. Щороку в Україні помирає від туберкульозу близько 3 тисяч людей. У 2019 році зареєстровано понад 25 тисяч нових випадків туберкульозу, а всього на обліку перебуває майже 30 тисяч хворих на туберкульоз. При цьому, за даними ВООЗ, близько 23 відсотків випадків захворювання в Україні не виявляють. Треба відверто зазначити, що ми поступово локалізуємо епідемію туберкульозу, і сподіваємося, як і всі європейська спільнота і світ, з часом її ліквідуємо.

З 2007 року в Україні намітилася позитивна динаміка захворюваності на туберкульоз і показники захворюваності почали знижуватися в середньому на 3-4 відсотки щороку. У 2019 році ми фактично вже досягли показника національних орієнтирів у боротьбі з туберкульозом, намічених до

кінця 2023 року. Захворюваність на активний туберкульоз, включаючи його рецидиви, серед усього населення України становила 60,1 на 100 тисяч населення. У 2020 році також статистично зареєстровано суттєве зниження захворюваності на туберкульоз майже на 30 відсотків, але ми усвідомлюємо, що це відбулось через пандемію COVID-19 і обумовлено суттєвим скороченням звернень громадян до медичних закладів, а відповідно й виявлених випадків захворюваності на туберкульоз. Тому розслабитися зарано, туберкульоз ще не відступив. Ухваливши наприкінці 2019 року Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року, Україна приєдналась до глобальної стратегії по боротьбі з туберкульозом і взяла на себе низку зобов'язань з протидії туберкульозу.

Наразі на порядку денному постало питання створення в Україні сучасної системи протитуберкульозної допомоги, здатної забезпечити якісне лікування та профілактику туберкульозу та ефективно і раціонально використовувати наявні фінансові, матеріально-технічні та кадрові ресурси галузі.

На жаль, ефективність лікування туберкульозу в Україні залишається низькою, оскільки умови перебування та лікування в таких закладах не відповідають стандартам інфекційного контролю, що призводить до перехресного зараження пацієнтів, формування стійких форм туберкульозу та наражає на небезпеку персонал протитуберкульозних закладів. Тому ми маємо переходити до більш широкого застосування амбулаторних методів лікування туберкульозу. При цьому стаціонарний етап безумовно має залишатися важливою складовою для пацієнтів, яких необхідно на короткий час ізолювати, або для важких пацієнтів, але перейти на нові механізми фінансування - від фінансування ліжка до фінансування фактично наданих послуг, як це передбачено розпочатою реформою медичного обслуговування.

Саме такий підхід для вирішення проблеми туберкульозу рекомендований ВООЗ та визначений новою стратегією державної політики розвитку системи протитуберкульозної допомоги. Усім вам відомо, що у 2020 році вже відбулись зміни у фінансуванні протитуберкульозної медичної допомоги і вона почала фінансуватись за рахунок коштів програми медичних гарантій. Це майже 80 відсотків від потреби.

На жаль, процес переходу на нові механізми роботи дещо уповільнився через пандемію COVID-19, але сподіваюсь, що вже найближчим часом фінансування протитуберкульозної допомоги значно поліпшиться, у тому числі і завдяки Глобальному фонду для боротьби з ВІЛ/СНІД, туберкульозом та малярією, який погодився надати Україні у 2021-2023 роках допомогу у фінансуванні заходів з протидії туберкульозу. Я окремо хочу висловити вдячність за це нашим міжнародним партнерам.

Шановні колеги! Шановні учасники слухань! Програмою наших комітетських слухань заплановано розглянути і обговорити широке коло питань, що стосуються формування та реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу, у тому числі в умовах пандемії COVID-19. Ми заслуховуємо як представників органів влади, так і представників медичної спільноти та громадськості, небайдужої до проблем туберкульозу.

Тепер дозвольте передати слово модератору заходу, нашій колезі народному депутату України, голові підкомітету з питань забезпечення епідемічної безпеки, боротьби з ВІЛ/СНІД та соціально небезпечними захворюваннями Булах Ладі Валентинівні та побажати усім нам плідної роботи. Ще раз наголошую на необхідності дотримання регламенту.

Прошу, пані Ладі, вам слово.

БУЛАХ Л.В. Всіх вітаю. Сподіваюся, всі, хто зареєструвався, підключився і має чудову нагоду працювати разом з нами. Але все одно хочу трішечки доповнити наші правила роботи. Те, що треба дотримуватись регламенту, нагадую, якщо будуть питання, а питання будуть після всіх доповідей, доповідей у нас всього 14, прошу піднімати руку безпосередньо в Zoom. Тоді наш фасилітатор буде бачити, що хтось має ініціативу задати питання.

Для людей, які будуть доповідати англійською мовою, є можливість використовувати в Zoom переклад на англійську, і навпаки, коли будуть англійські доповідачі, кожен з нас може включити переклад на українську мову також в Zoom. Знаєте, так, як скористатися? Внизу там такий значечок для перекладу. Всі, хто будуть використовувати презентацію, вмикайте її самостійно. Також ця можливість існує і відкрита для кожного учасника. І якщо протягом заходу у когось будуть будь-які проблеми, пишть в чат і звертайтеся, будемо допомагати вам приєднатися до наших слухань.

Також у чаті є програма заходу. І в кого її немає, відкривайте її і дивіться, у кого скільки хвилин на доповідь, тому що, відразу перепрошую, але будемо зупиняти доповідачів, якщо вони використають термін своєї доповіді, тому що наші слухання закінчуються о 17.30. Після цих слухань у нас ще засідання комітету і в нас, на жаль, не буде додаткового часу для того, щоб продовжити нашу дискусію. Це щодо організаційних питань.

Я почну свою маленьку доповідь з подяки своїм колегам і голові комітету, які дуже позитивно сприйняли ініціативу провести слухання, але майже рік ми їх відклали, тому що проблема з епідемією коронавірусу, тому що складно було запланувати участь всіх представників від виконавчої влади, від законодавчої влади, від "первинки", від громадських організацій.

І нарешті от все ж таки до Всесвітнього дня подолання туберкульозу, до 28 березня, все ж таки було прийнято рішення і проголосовано на

засіданні комітету провести ці комітетські слухання, які виключно призначені для обговорення ситуації з подолання туберкульозу, але, скажімо так, міжгалузевого характеру. Ми не тільки будемо заслуховувати представників системи охорони здоров'я, а також в контексті складнощів, пов'язаних з подоланням епідемії коронавірусу. Тому в доповідях, звичайно, було б добре зазначати, які труднощі виникають, пов'язані з епідемією коронавірусу, і чи впливає епідемія коронавірусу на доступ і якість діагностики і лікування хворих на туберкульоз.

Чому я це питаю, тому що я точно знаю, що 9 протитуберкульозних диспансерів, лікарень призначені ковідними лікарнями, в яких надається допомога пацієнтам, хворим на COVID, з підозрою на COVID, і насправді мене дуже турбує, чи не обмежує і не погіршує цей доступ пацієнтів, хворих на туберкульоз, до протитуберкульозної допомоги.

Як голова профільного підкомітету, всі знають, що я очолюю підкомітет з епідеміологічної безпеки, а також я є головою міжфракційного об'єднання парламентського "Парламентська платформа проти туберкульозу", тому логічно, що фасилітуватиму цю зустріч я.

Почну з неприємного. Мені здається, що в Україні тотальне недовиявлення випадків захворювання насправді спотворює статистику і особисто я, скажімо так, я аналізую і сприймаю ту офіційну статистику, яку подають нам система фтизіатричної допомоги, Центр громадського здоров'я і Національна служба здоров'я, але я впевнена, що ми не можемо на 100 відсотків сприймати це за об'єктивну статистику, особливо з 2020 року, через те, що доступ до діагностики, взагалі до візиту навіть до сімейного лікаря значно були обмежені через локдауни, через, скажімо, боротьбу з іншою епідемією коронавірусу в Україні.

Через зловживання населенням антибіотиками ми маємо найближчим часом вибух антибіотикорезистентності і, як наслідок, як результат, погіршується ситуація саме з резистентними формами туберкульозу. Хочу знову ж таки тут нагадати, що кожен четвертий випадок захворювання на туберкульоз в Україні це мультирезистентний туберкульоз. Україна на перших місцях в світі за поширенням саме мультирезистентного туберкульозу. І я розумію, що успіх в терапії, успіх у вилікуванні такої форми туберкульозу в пацієнта, скажімо, надія значно менша. Практично 50 відсотків пацієнтів з діагнозом "мультирезистентний туберкульоз", на жаль, не мають успіху після проходження протитуберкульозної терапії.

Взагалі хочу наголосити, що в Україні існує значна толерантність до проблеми туберкульозу. Ми перебуваємо, знаєте, в такому хронічному стані подолання епідемії, яка насправді мала б бути вже подолана. І я хочу проілюструвати такі позитивні приклади, як це зробили, наприклад, країни Балтії, Західної Європи, при цьому є країни, де немає, взагалі немає нових

випадків туберкульозу. При тому, що в Україні на боротьбу з туберкульозом, от я не можу не погодитись, що ми маємо хронічне недофінансування. Я вам просто зазначу, що тільки у 2018 - 2019 роках, за даними аудиту Рахункової палати, в Україні витрачено на протидію туберкульозу лише з місцевих бюджетів на утримання протитуберкульозних закладів по 2 мільярди гривень щорічно. Тобто 4 мільярди гривень виключно на утримання мережі закладів. Тобто великі суми витрачаються і з державного бюджету, і за програмою медичних гарантій, і великі все ж таки є інвестиції безповоротні у допомозі міжнародної донорської участі, за що я також дуже вдячна нашим міжнародним партнерам.

Але ці інвестиції і ресурси, на мій погляд, ми маємо максимально ефективно використовувати, щоб все ж таки те покращення, про яке ми сьогодні можемо констатувати, 4-5 відсотків зменшення захворюваності, все ж таки збільшувались, і щоб ми до 2030 року виконали наше зобов'язання перед Всесвітньою організацією охорони здоров'я і ООН, зупинивши епідемію туберкульозу в Україні. Крапка. Тобто ми взяли на себе ці зобов'язання і я вірю, що ці зобов'язання досяжні.

Таким чином, лише просто нам необхідно приймати ефективні управлінські рішення на об'єктивному, чесному аналізі і звіті про ефективність існуючих підходів і існуючих видатків. Тому що одночасно аналізуючи і ефективність видатків, і ефективність, скажімо так, результатів, наслідків нами пророблених дій, ми зможемо все ж таки вчасно бачити помилки і дуже оперативно приймати наші рішення на рівні Міністерства охорони здоров'я, на рівні обласних департаментів охорони здоров'я.

І в першу чергу, я впевнена, що успіх в подоланні туберкульозу саме захований в рішеннях головних лікарів, протитуберкульозної служби на місцевому рівні. Тому що саме вони можуть вчасно приймати рішення для того, щоб покращити виявлення, для того, щоб вмотивувати людей отримувати протитуберкульозне лікування, для того, щоб ініціювати на рівні області додаткову соціальну допомогу своїм пацієнтам, щоб все ж таки кожен з них скористався всіма ресурсами міста або області даної, де вони проживають, для того щоб отримати необхідну і медичну, і соціальну допомогу.

Першими до слова запрошуються народні депутати. Якщо є бажачі, прошу до слова.

Якщо бажачих немає, переходимо до нашої затвердженої програми. Хтось є? Ні, нікого ми не образили. Добре.

Окремо хочу сказати, що по завершенню ми ще будемо приймати рішення внаслідок засідання даного, узагальнену резолюцію і отримані...

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пані Ладю, пані Ладю, дозвольте вас виправити, резолюцію ми будемо приймати за результатами слухання окремо на комітеті, а не зараз, під час слухань.

БУЛАХ Л.В. Так, я маю на увазі, що в нас буде як мінімум тиждень ще отримати доповіді, рекомендації кожного, хто бере участь і навіть тих, хто не зміг взяти участь, але зараз спостерігає за нашим засіданням на "Фейсбуці", на сторінці у "Фейсбуці" нашого комітету.

Тоді запрошую до доповіді заступника Міністра охорони здоров'я України - Головного державного санітарного лікаря України Ляшка Віктора Кириловича. Тема його доповіді - "Основні засади державної політики у сфері протидії туберкульозу в умовах пандемії COVID-19 в Україні".

10 хвилин у вас, Вікторе Кириловичу, є.

ЛЯШКО В.К. Доброго дня, шановний Михайле Борисовичу, шановні народні депутати, учасники комітетських слухань. Радий вас проінформувати щодо стану реалізації Основних засад державної політики у сфері протидії туберкульозу, в тому числі і в умовах пандемії COVID-19 в Україні.

Як вже озвучили попередні доповідачі, в Україні є два стратегічних документи, які були прийняті урядом у 2019 році. Перший – це Державна стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки і другий документ – це Державна стратегія подолання ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів на період до 2030 року. Другий документ розроблений з метою виконання Цілей сталого розвитку ООН.

У 2020 році, в листопаді, розпорядженням Кабінету Міністрів України був затверджений план виконання стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги. Цей план в листопаді був прийнятий і зазначений план передбачає чіткий поетапний покроковий механізм, як реалізувати реформу надання протитуберкульозної медичної допомоги.

Я зупинюсь на декількох ключових індикаторах, які ми собі поставили в цьому плані. Перший такий індикатор – це об'єднання протитуберкульозних закладів в усіх областях в єдиний фтизіопульмонологічний центр. Для чого це буде зроблено і як вже виконується це все, проінформую далі. Потім наступним індикатором іде зменшення захворюваності до 61,8 на 100 тисяч населення, а також зменшення показника смертності від туберкульозу до 8,8 на 100 тисяч населення.

У нас були в цих двох стратегіях передбачені певні плани і, на жаль, COVID-19 вніс свої корективи і Міністерство охорони здоров'я разом з

іншими стейкхолдерами працює над виконанням двох стратегій, але ми розуміємо, що пріоритет у 2020 році був все ж таки направлений на протидію коронавірусній хворобі. І велика подяка всім лікарям-фтизіатрам, а також працівникам фтизіопульмонологічних центрів, які з першого дня відкрили свої заклади і надають медичну допомогу хворим на коронавірусну хворобу, рятуючи життя українців. Притому ще хочу сказати, показники надання медичної допомоги в фтизіопульмонологічних центрах по наданню медичної допомоги хворим на COVID доволі і доволі прогресивні і високі порівняно з іншими закладами, що ще раз свідчить про високий клас спеціалістів, які працюють у цих закладах. Тому питання коли ми зараз озвучуємо про те, що в Україні висока резистентність, висока летальність, воно ж повинно все-таки розглядатись комплексно. І питання подолання епідемії туберкульозу в Україні це не виключно питання медичного характеру, це питання і соціальної складової, тому повинні розглядатись ці питання комплексно.

Щодо поточного стану виконання Стратегії розвитку протитуберкульозної медичної допомоги. У 2020 році міністерство спільно з усіма профільними спеціалістами зробило такий прорив у лікуванні туберкульозу. Перше, було затверджено стандарти охорони здоров'я при туберкульозі, це в лютому 2020 року, які передбачають нові підходи до діагностики і лікування туберкульозу. Зокрема там новий перелік груп факторів ризику, які потребують регулярного скринінгу на туберкульоз, визначено порядок лабдіагностики туберкульозу з методами бактеріоскопічним, бактеріологічним, генетично-молекулярних методів і інше.

Також був затверджений наказ, який визначив порядок функціонування референс-лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу, де врегульовано всі ці питання щодо референс-досліджень і референс-діяльності. І визначено окремим наказом нормативи оснащень лабораторій з мікробіологічної діагностики туберкульозу I - IV рівня саме з урахуванням оптимізації мережі мікробіологічних лабораторій і впровадження сучасних методів обладнання, які здійснюються в тому числі і завдяки донорській підтримці, зокрема гранту Глобального фонду в Україні.

Коли ми говоримо про об'єднання протитуберкульозних закладів, на сьогодні у нас уже об'єдналися майже всі області, окрім 4-х. Зараз є ще технічні проблеми в Донецькій, Івано-Франківській, Харківській і Кіровоградській областях. В Дніпропетровській сьогодні сесія обласної ради прийняла рішення і зробила один фтизіопульмонологічний центр. З Івано-Франківською ми вчора мали додатковий скайп-дзвінок. На п'ятницю, я думаю, що будемо мати фінальне рішення. Харків також пообіцяв найближчим часом вирішити.

Тому станом на 01.04 я більш ніж упевнений, що у нас будуть виконані як норми стратегії розвитку, так і повністю буде підготовлено заклади до

впровадження нової програми медичних гарантій на 2021 рік, яка передбачає, що Національна служба здоров'я буде контракувати тільки один пакет, пакет лікування тільки на один заклад на області. Для чого це потрібно? Для того, що у нас в цьому закладі будуть працевлаштовані так звані районні фтизіатри, які будуть допомагати вести протитуберкульозну медичну допомогу сімейним лікарям. І з 1 квітня у нас додатково з'являється окремий пакет для сімейних лікарів, який буде оплачувати ведення хворого на туберкульоз. Це буде стимулювати вчасно виявляти хворих на туберкульоз і ефективно завершувати лікування, оскільки за результатами завершення лікування передбачаються бонусні виплати саме за програмою медичних гарантій.

Сьогодні ми говорили про те, що 2020 рік показав, сформував досягнення наших цільових показників, які ми заклали в програму, в той же час ми всі розуміємо, що у 2020 році був обмежений доступ до медичної допомоги. І я не хотів би, щоб ми зараз це розцінювали як зраду, а це вимушена міра, на яку погодились більшість систем охорони здоров'я у світі. І це проблема буде стосуватись не тільки туберкульозу, вона буде стосуватись і онкології, вона буде стосуватись і серцево-судинних систем. Так, пріоритет був у 2020 році, як і в першій половині 2021 року, подолання епідемії коронавірусної хвороби. Ми розуміємо, що ми пожертвували і недовиявляємо сьогодні туберкульоз, але це, в принципі, той ризик, на який ми свідомо йшли, оскільки кількість випадків захворюваності на COVID значно більша і превалює. В той же час ми сьогодні переорієнтуємо нашу систему і говоримо про те, що дифдіагностика між COVID і туберкульозом повинна відбуватись і хворі на туберкульоз не повинні бути обмежені в доступі до медичної допомоги. Тому розуміючи про показники 2020 року, будемо робити все можливе, щоб показники 2021 року були реалістичними і відповідали реальній картині епідемії в Україні.

Коли ми говоримо про питання фінансування, там виступ є Андрія Віленського, в подальшому він більш детально зупиниться, але я хотів би зараз відреагувати, відрефлексувати на цифру 2 мільярди, які виділяються з місцевих бюджетів для утримання протитуберкульозних закладів. Ця цифра не є правдивою, оскільки до реформування протитуберкульозної служби і для започаткування програми медичних гарантій для вторинної і спеціалізованої медичної допомоги все фінансування, яке йшло на фтизіатричну службу, становило 2,4 мільярда, з них було 2 - 2,1 мільярда на рік - це кошти державного бюджету і 300 - 400 мільйонів - це кошти місцевих бюджетів, які передавались на протитуберкульозні заклади.

Тому зараз треба продискутувати, звідки взялась цифра 2 мільярди, як виключно з місцевих бюджетів. Бо ми "воюємо" за такі цифри і ми розуміємо, що фінансування для забезпечення і покриття всіх потреб в системі протитуберкульозної медичної допомоги замало і його треба

збільшувати. Але ми розуміємо, що збільшення повинно передбачати і оптимізацію умов надання медичної допомоги, тому що інвестувати в формування мультирезистентного туберкульозу, ну настав час це зупинити і треба формувати і будувати палати для того, щоб хворий перебував в умовах, які відповідають інфекційному контролю. І це дозволить нам запобігти виникненню мультирезистентного туберкульозу.

Окремо хотів би зупинитись на ролі санаторно-курортного лікування в організації протитуберкульозної допомоги, оскільки це таке питання найбільш дискусивне. На сьогодні, ми хочемо сказати, що аналіз лікування в протитуберкульозних закладах санаторного профілю в 2020 році показав, що частка дітей, яка перехворіла або хворіє на туберкульоз серед усіх дітей, які перебували на санаторно-курортному лікуванні в протитуберкульозних санаторіях, становить від 0 до 12 відсотків. Всі інші - це були здорові діти з контактів по туберкульозу...

БУЛАХ Л.В. Вікторе, у вас хвилинка.

ЛЯШКО В.К. Так, буквально одне слово. І дорослі в протитуберкульозних санаторіях - переважно більшість становили пацієнти, які колись хворіли на туберкульоз, від 98 до 100 відсотків, проте їх всього було 923 особи в цих закладах. Тому нами прийнято рішення, що всі санаторії, вони повинні об'єднуватись в один фтизіопульмонологічний центр, і саме на місцях повинні вирішувати, як оптимально використовувати існуючий людський і матеріально-технічний ресурс. А ми з Національною службою здоров'я України передбачаємо пакет, який покаже в тому числі, як там проводити реабілітацію, в тому числі і постCOVID.

Я дуже дякую за увагу. Коротко, те, що можна вкlastись в 10 хвилин, хоча тема досить велика, актуальна і дискусабельна. Дякую всім за організацію таких слухань.

БУЛАХ Л.В. Вікторе, в мене є два питання до вас. Відповідь, репліка щодо 2 мільярдів – це цитата зі звіту Рахункової палати, де вони виокремили внесок Глобального фонду, виокремили видатки Міністерства охорони здоров'я, Національної служби здоров'я і зазначили саме, окремо можемо подискутувати, і навіть вони там зазначили, що МОЗ не володіє об'єктивно правдивою інформацією щодо видатків на місцевому рівні. От цікавлюся, хто ж де схибив.

У мене ще питання до вас, можливо, ви хворієте, мені б не хотілось вас тут тримати годинами, а як у нас з об'єднанням фтизіатричної служби? Ви не назвали, знаю, що є проблеми: Київська область, місто Київ.

ЛЯШКО В.К. Проблеми немає. Сьогодні Київська область і місто Київ, місто Київ вже прийняв рішення на сесії міської ради і відбулось об'єднання. Вони заходять у новий пакет програми медичних гарантій, так як це передбачено, Київська область також. У нас залишилось 4 регіони, які я назвав, але по всіх питаннях іде активна робота, навіть ті, хто не встигають, ми пропрацюємо це спільно з органами місцевого самоврядування, Національною службою здоров'я України і пропонуємо їм варіанти, як зайти в нову програму медичних гарантій без втрати фінансування і без негативних наслідків для медичних працівників, які працюють в системі, і для пацієнтів, які отримують медичну допомогу.

БУЛАХ Л.В. І все ж таки поділіться, коли ми можемо сподіватись на прийняття плану заходів подолання трьох епідемій?

ЛЯШКО В.К. У нас була проблема, ми довго не могли погодити з Міністерством фінансів. Наразі досягнуті домовленості, точніше, знайшли узгоджувальну позицію з Міністерством фінансів. Ми плануємо винесення цього плану по реалізації стратегії, першого плану з трьох трьохрічних, на 24 березня на засідання Кабінету Міністрів України.

БУЛАХ Л.В. Чудова новина. Дякую вам.

Наступним до доповіді запрошую заступника генерального директора Директорату розвитку соціальних послуг та захисту прав дітей, керівника експертної групи з питань розвитку системи надання соціальних послуг Міністерства соціальної політики України Суліму Оксану Василівну.

СУЛІМА О.В. Дякую.

Доброго дня, шановний Михайле Борисовичу, доброго дня, народні депутати. Я дуже коротко зупинюсь на можливій ролі і місця системи соціального захисту в питанні подолання і протидії проблеми туберкульозу. Одним з завдань нашого міністерства і взагалі системи соціального захисту є створення і побудова на сьогоднішній день в територіальних громадах системи соціальної роботи і надання соціальних послуг таким чином, щоб кожна людина мала безперешкодний доступ до якісних соціальних послуг, власне, за місцем свого проживання. Це ключове завдання. Тобто послуги, які надаються в будь-якому куточку країни, мають бути доступні, мають бути однакової якості і однакових гарантій.

Базовий закон, який визначає організаційні умови надання соцпослуг, це, власне, є Закон про соціальні послуги і Закон про соціальну роботу. І цим законом визначаються основні чинники, які призводять потрапляння людей до складних життєвих обставин. І одним з таких чинників є тривалі хвороби, коли людина не може самостійно подолати якісь певні проблеми, тут є

потреба включитися вже не лише лікарям, а також і соціальним службам для надання підтримки таким людям.

Крім того, соціальні послуги також спрямовані і на профілактику складних життєвих обставин. Тому коли ми говоримо про соціальні послуги, то ми маємо на увазі, з одного боку - це профілактика, а з іншого боку - це підтримка або обслуговування людей, які вже перебувають в цих складних життєвих обставинах.

Сьогодні класифікатором соціальних послуг визначено 37 послуг, але якщо розбирати їх там детально по змісту, то ми можемо говорити, що люди, які хворіють на туберкульоз, ну це стовідсотково, що може бути, які послуги можуть надаватися в першу чергу, це соціальна профілактика, в рамках якої надаються консультації, проводиться робота стосовно здорового способу життя, по профілактиці соціально небезпечних хвороб. Ми можемо говорити про соціальний супровід сімей, які перебувають в складних життєвих обставинах. Це, знову ж таки, регулярні відвідування сім'ї, визначення її проблемних питань, організація і залучення інших суб'єктів до надання допомоги таким сім'ям, консультування таких сімей.

Ми так само можемо говорити про послуги з консультування. Тобто це, знову ж таки, аналіз складної життєвої ситуації, чого не вистачає для того, щоб сім'я отримала допомогу і пододала свої складні життєві обставини. Це натуральна допомога. Тобто коли ми говоримо про якісь, можливо, продукти харчування або засоби гігієни, які можна надати чи в яких є потреба для такої сім'ї.

Це, звісно, що невичерпний перелік, бо, власне, соціальні послуги, соціальна робота, вони всі базуються на визначенні індивідуальних оцінок. Тобто з кожною людиною працюють індивідуально, з кожною сім'єю працюють індивідуально, визначаючи проблеми, і вже базуючись на цьому складається план роботи і приймається рішення по наданню допомоги таким людям.

На сьогоднішній день система надання соцпослуг, вона має досить розгалужену мережу надавачів таких послуг. Це і комунальні установи, це і недержавні об'єкти. І взагалі вона побудована таким чином, що існують різні категорії отримувачів і всі вони отримують якісь певні свої послуги. Це і заклади для бездомних, для осіб літнього віку, для сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, для людей із залежностями.

Загалом якщо говорити, то сьогодні в нашому реєстрі, який розміщений на сайті, включено майже 3 тисячі суб'єктів, які надають соціальні послуги. Із цих 3 тисяч суб'єктів заявили про те, що вони надають, принаймні послуги соціальної профілактики, майже 1 тисяча суб'єктів. Тобто ми можемо говорити, що десь орієнтовно 1 тисяча суб'єктів, це ті надавачі,

які вже можуть працювати і включатися в контексті профілактики в тому числі захворювання на туберкульоз.

Але те, що ми маємо на сьогоднішній день, це реформа децентралізації, і власне, на сьогоднішній день у нас завдання є - сформувати на рівні громади таку ефективну систему надання соціальних послуг. Бо сьогодні громада у нас стала отим центром, базовим центром, де виявляються потреби населення у соціальних послугах, де відбувається оцінка, індивідуальна оцінка кожної сім'ї і родини, де розвивається інфраструктура, для того щоб ці послуги надавались. Тому ще хочу зазначити, що соціальні послуги, на відміну від медичних послуг, сьогодні надаються за рахунок коштів місцевого бюджету. Це якби ще одне завдання і та проблема, з якою ми сьогодні стикаємось, бо не кожна громада, по-перше, розуміє, має можливості фінансові, має можливості людські з організації надання соціальних послуг, не скрізь є підготовлені якісні фахівці до надання соціальних послуг, тобто тут ми маємо проблему, власне, саме в контексті організації такої системи в територіальних громадах.

Є сьогодні і виписані механізми залучення недержавних надавачів до надання соціальних послуг – це механізми соціального замовлення, це є механізми публічних закупівель, але, знову-таки, це все відбувається за рахунок коштів місцевого бюджету, тому відповідно до аналітичних матеріалів за минулий рік ми можемо констатувати факт, що лише в п'яти областях було проведено залучення механізмів соціального замовлення і було залучено недержавних надавачів до надання соціальних послуг за рахунок коштів місцевого бюджету.

БУЛАХ Л.В. Оксано Василівно, у вас хвилиночка.

СУЛІМА О.В. Так, я завершую. Таким чином, сьогодні ми маємо оцю проблему, власне, по формуванню системи в умовах децентралізації, але продовжуємо працювати, моделі сформовані, рекомендації для регіонів є, маємо Указ Президента, в рамках якого будемо напрацьовувати і переглядати нові механізми до фінансування соцпослуг.

Тому якщо будуть пропозиції по об'єднанню зусиль Міністерства охорони здоров'я і нашого в контексті подолання і протидії туберкульозу, готові брати участь в цих напрацюваннях.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Оксано Василівно. Дійсно, я хочу підкреслити важливу складову соціальну. За останніми звітами ВООЗ детермінантами здоров'я на 50 відсотків є економічно-соціальне благополуччя і лише на 25 відсотків це потреби саме в профілактичній медицині і в принципі в медичних послугах. Тому мені б дуже хотілось, щоб в проблемі подолання

туберкульозу і безпосередньо Міністерство соціальної політики, і всі департаменти чи управління соціальної політики на регіональному рівні якось визнали свою роль і навіть, можливо, стали лідерами. Дякую вам за вашу доповідь дуже.

Наступний доповідач у нас генеральний директор державної установи "Центр громадського здоров'я МОЗ України" Родина Роман Анатолійович з доповіддю "Загальне керівництво та операційна діяльність у сфері протидії туберкульозу в умовах викликів, пов'язаних з реалізацією медичної реформи та COVID-19. Організація протитуберкульозної допомоги дітям з туберкульозом." Прошу вас до слова. У вас 7 хвилин.

РОДИНА Р.А. Дякую.

Шановний Михайле Борисовичу, шановні народні депутати, шановні присутні, до вашої уваги презентація, я зараз виведу на екран, вона буде стосуватись саме стійкості програми подолання туберкульозу в умовах викликів, обумовлених COVID-19.

Скажіть, будь ласка, чи видно презентацію на екрані?

БУЛАХ Л.В. Видно ваш робочий стіл.

РОДИНА Р.А. Так. Зараз.

БУЛАХ Л.В. Відкривайте презентацію.

РОДИНА Р.А. Зараз видно?

БУЛАХ Л.В. Ще ні. Ми просто бачимо сам документ - "Комітетські слухання". Але він не відкритий.

РОДИНА Р.А. Можливо, є затримка. В мене вже на екрані є.

БУЛАХ Л.В. Погано. Давайте ще пару секунд.

РОДИНА Р.А. Так, зараз. Не видно ще, так?

БУЛАХ Л.В. Ні.

РОДИНА Р.А. Певно, технічні проблеми.

БУЛАХ Л.В. Ви можете в чат нам її закинути. А, вона у нас є. Ми можемо її запуснути. Просто будемо намагатися синхронізувати з вашою доповіддю. Давайте.

РОДИНА Р.А. О'кей. Дуже дякую. Вибачте за технічні проблеми.

БУЛАХ Л.В. Насправді це перші у нас такі інноваційно-технологічні комітетські слухання. Тому всі нервуються. Але насправді ми маємо відповідати викликам часу і не відмовлятися від таких заходів через заходи профілактики.

РОДИНА Р.А. Прошу вибачення.

БУЛАХ Л.В. Так, ми бачимо. Тепер ми бачимо.

РОДИНА Р.А. Дякую. Вибачте ще раз. Будь ласка, перший слайд. На цьому слайді ви бачите розмальовку, сучасну розмальовку червоної зони. І ситуація з COVID-19, безумовно, вона не могла не вплинути на реєстрацію випадків туберкульозу. І ви бачите, що до переліку установ, які надають допомогу хворим на COVID-19, включені 8 установ, які надають допомогу хворим на туберкульоз. Звичайно, що локдаун, які були протягом 2020-2021 років, вони є основним бар'єром для виявлення і доступності послуг з лікування туберкульозу. І тому критично важливою є наявність безперервного доступу до діагностичних послуг, до послуг лікування, догляду та підтримки, а також до кваліфікованих кадрів, ліків і реагентів.

На наступному слайді ми можемо подивитися статистику захворюваності на туберкульоз. Так, як прозвучало в попередніх доповідях, будь ласка, наступний слайд, рівень виявлення туберкульозу, він знизився в Україні на 30 відсотків у 2020 році у порівнянні з 2019 роком. Це не значить, що у нас захворілих стало менше, це значить, що виявлення погіршилось. Якщо аналізувати ситуацію по інших країнах, то ми можемо сказати, що аналогічно відбулось зниження рівня виявлення туберкульозу в країнах Центральної Азії і європейських країнах, якщо у нас на 30 відсотків менше, то там на всі 38, 40, а в деяких країнах – до 50 відсотків.

Будь ласка, наступний слайд. Це був слайд по захворюваності, ви бачите графіки. Наступний слайд – це (*технічні проблеми зі звуком*) з них почали лікування 99,2 відсотки і це залишилось на рівні 2019 року. І випадки мультирезистентного туберкульозу: розпочали лікування 94,5 відсотків проти 96 в 2019 році. Тобто тут є вплив пандемії.

Наступний слайд, будь ласка. Центр громадського здоров'я розробив загальне операційне керівництво рекомендацій щодо обмеження поширення COVID-19 у закладах охорони здоров'я, які надають допомогу хворим на туберкульоз. Це було спільно з донорами розроблено і основні моменти цих рекомендацій – це все ж таки впровадження заходів, спрямованих на виявлення бар'єрів для послуг з лікування туберкульозу, реалізація заходів, спрямованих на боротьбу зі стигмою туберкульозу та COVID-19. І таке у нас

сьогодні є. І звичайно, що оперативний обмін досвідом та кращими практиками на міжнародному, національному, регіональному рівнях. І це, власне кажучи, рекомендації щодо впровадження заходів інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я, які спільно надають допомогу і хворим на COVID-19, і на туберкульоз.

Наступний слайд. Центр громадського здоров'я активно висвітлює на своїх веб-порталах інформацію щодо заходів, спрямованих на підвищення обізнаності і розвиток кадрового потенціалу та обміну інформації. Тут на слайді ви бачите керівництва, які були опубліковані і зараз в принципі опубліковані, є на веб-ресурсах Центру громадського здоров'я, які також розроблялись центром за підтримки донорів – це Альянс громадського здоров'я, "100 відсотків життя", "Лікарі без кордонів", за що ми висловлюємо велику подяку нашим донорам.

Наступний слайд, будь ласка. Щодо підвищення доступу до діагностики. Як сказав Віктор Кирилович, що кожен випадок туберкульозу, кожна людина з підтвердженим випадком туберкульозу повинна бути протестована на COVID-19, тому що, в принципі, симптоми схожі і диференційна діагностика це є дуже важливим не тільки в плані лікування, а ще в плані інфекційного контролю. Ви бачите на слайді, що з лютого 2021 року вже в регіональних протитуберкульозних закладах Донецької, Дніпропетровської, Одеської та Житомирської областей розпочали тестування хворих на туберкульоз на COVID-19 з використанням GeneXpert на SARS-CoV-2, а з березня така послуга вже буде доступна в кожному протитуберкульозному закладі. Крім того, ми маємо трирічний план розширення доступу до послуги тестування GeneXpert, що, безумовно, пришвидшить діагностику. І природно, що початок лікування буде вчасним.

Наступний слайд, будь ласка. Також було забезпечено перегляд формату надання медико-соціальних послуг на період дії карантину. Спільно, знову ж таки, з донорами було впроваджено відео-ДОТ-терапію у 22 регіонах України. Отже, відео-ДОТ-терапію отримують 30 уже відсотків у 2020 році (порівняно з 2019 роком) пацієнтів, а на території деяких регіонів навіть 60-70 відсотків пацієнтів мають доступ до таких послуг.

І які подальші кроки? Наступний слайд, будь ласка. Це, безумовно, забезпечення належної координації діяльності партнерів в рамках діяльності нацгрупи реагування на ризики, пов'язані з COVID-19, яка була створена рішенням профільного комітету Нацради, при Центрі громадського здоров'я така група була створена. Це, звичайно, широке обговорення реалізації Нацплану заходів із забезпечення сталості послуг в сфері ТБ в умовах COVID-19, ну і реалізація, знову ж таки, регіональних планів, заходів із забезпечення сталості послуг, які надаються в регіонах.

Наступний слайд, будь ласка. І це, звичайно, розбудова спроможності фтизіопульмонологічних центрів, про які говорив Віктор Кирилович. Вони вже створені, вже функціонують, покращення доступу до профілактики туберкульозу, це нові моделі профілактичних послуг та впровадження алгоритмів, залучення неурядових організацій, адвокація закупівлі препаратів. І звичайно, що акцент робиться на...

БУЛАХ Л.В. Романе Анатолійовичу, у вас хвилиночка.

РОДИНА Р.А. Так, дякую. Я завершую. Акцент на виявленні випадків захворювання на туберкульоз саме в умовах пандемії і забезпечення доступу до сучасного, переважно перорального лікування. І звичайно, що комунікація цих послуг на рівні регіонів.

Дякую за увагу. Дякую за можливість виступити на комітетських слуханнях.

БУЛАХ Л.В. Дякую вам за доповідь. Користуючись нагодою, я хочу все ж таки запитати, практично весь комітет наш турбується і цікавиться: коли відновиться, можливо, відновилась вакцинація в пологових будинках, профілактика туберкульозу?

РОДИНА Р.А. Так, дякую за запитання. Дуже нагальне запитання. Ми вже вчора підписали лист щодо вакцинації БЦЖ, надіслали інструкції, вакцина є уже. І інструкції написані в департаменти охорони здоров'я, і там чітко прописано, яким чином підходити саме до вакцинації тим дітям, які не отримали вакцину по причині її відсутності. Тобто це вже відбулося...
(*Нерозбірливо*)

БУЛАХ Л.В. Це тільки я погано чую чи всі?

РОДИНА Р.А. У мене теж щось перервалося.

БУЛАХ Л.В. От зараз ви знову відновилися. Можливо, повторіть, будь ласка.

РОДИНА Р.А. Ще повторити?

БУЛАХ Л.В. Так.

РОДИНА Р.А. Так, я повторю. Вчора ми направили відповідний роз'яснювальний лист до департаментів охорони здоров'я щодо роз'яснення, яким чином зараз поступати з вакцинацією. Вакцина вже є і згідно цього листа приймається рішення щодо вакцинації дітей до двохмісячного віку,

вони будуть вакцинуватись, після двомісячного – за результатами реакції манту теж будуть прийматись рішення щодо вакцинації. Тобто відповідна комунікація з департаментами відбулася.

БУЛАХ Л.В. Це чудова новина, але дуже б хотілось, щоб таких "гепів" більше не було, тому що такі переривання, як би ви не старались, все одно досягнути і вмотивувати всіх породіль, які за ці 2 місяці були виписані з пологових будинків, зробити БЦЖ буде значно складніше. Я думаю, що всі це розуміють.

РОДИНА Р.А. Але тут питання комунікації і в тому числі сімейних лікарів і педіатрів дуже-дуже важлива.

БУЛАХ Л.В. Дякую вам за аналітику і таку доповідь розлогу.

Наступний доповідач у нас т.в.о. Голови Національної служби України пан Віленський Андрій Борисович. Його доповідь зазначена як "Діагностика та лікування туберкульозу в межах програми медичних гарантій".

Андрію Борисовичу, прошу вас до доповіді. У вас також 7 хвилин.

ВІЛЕНСЬКИЙ А.Б. Дякую.

Добрий день, Михайле Борисовичу, Ладо Валентинівно, шановні народні депутати, шановні колеги. Якщо можна поділитися, дати мені можливість поділитися екраном, в мене також є презентація.

БУЛАХ Л.В. Спробуйте, у вас відкрита така можливість. Якщо вийде, то ми продублюємо. О! Тут все вийшло.

ВІЛЕНСЬКИЙ А.Б. Дякую. Отже, ви знаєте, що програма медичних гарантій, вона окреслила перелік та обсяг медичних послуг, які гарантовані українцям та оплачуються за кошти державного бюджету. З 1 квітня 2020 року всі заклади охорони здоров'я, які лікують пацієнтів з туберкульозом, перейшли на оплату послуг за договорами з Національною службою здоров'я України. Тарифи, які встановлені НСЗУ за лікування пацієнтів з туберкульозом, вони покривають як стаціонарний, так і амбулаторний етап лікування. За даними електронної системи охорони здоров'я, з початку дії програми медичних гарантій в минулому році 80 відсотків пацієнтів з туберкульозом лікувались амбулаторно.

Що ми мали у минулому році і які наші плани на 2021 рік з 1 квітня. Отже, у 2020 році за пакетом послуг лікування дорослих та дітей з туберкульозом НСЗУ уклала договори з 48 медичними закладами. Сума договорів склала 1,2 мільярда гривень і сьогодні ми сплатили вже 1 мільярд 125 мільйонів гривень за надані послуги за цими договорами.

Я хочу також наголосити, коли ми говоримо про нестачу коштів у системі охорони здоров'я, надто для лікування пацієнтів з туберкульозом, що станом на 1 січня цього року залишки коштів на рахунках у закладів, які надають таку допомогу, становили 284 мільйони гривень.

У програмі медичних гарантій 2021 року ми залишаємо пакет медичних послуг для лікування пацієнтів з туберкульозом і укладаємо цей договір, про що говорилось раніше, виключно з одним закладом, який працює в регіонах. На сьогоднішній день Національна служба здоров'я України вже опублікувала оголошення про укладання договорів за цим пакетом послуг і ми просимо, користуючись нагодою, заклади Кіровоградської, Донецької, Одеської, Миколаївської, Дніпропетровської областей та міста Києва подати відповідні пропозиції.

У програмі медичних гарантій минулого року для лікування туберкульозу був встановлений тариф 20 тисяч 663 гривні. З 1 вересня минулого року за нашою ініціативою тариф був збільшений на 40 відсотків для лікування мультирезистентного туберкульозу. З 1 квітня 2021 року тариф буде 40 тисяч 302 гривні, також буде коефіцієнт для лікування мультирезистентного туберкульозу – 1,4. Це достатній тариф для забезпечення лікування в тих закладах, які ефективно господарюють, ефективно надають медичну допомогу і мають справжній реальний фінансовий план.

Окрім того, хочу зазначити, що в програмі медичних гарантій 2021 року особлива увага приділяється амбулаторному лікуванню. Щоб наблизити медичну допомогу до пацієнтів, НСЗУ запроваджує з 1 квітня 2021 року новий пакет послуг для лікування туберкульозу на рівні первинної медичної допомоги. Цей тариф буде оплачуватись як капітаційна ставка з урахуванням коефіцієнтів за супровід та результати лікування. Тариф визначається як 775 гривень на один місяць. Заклади первинної медичної допомоги зможуть за бажанням підписати договір з Національною службою здоров'я України на надання допомоги таким пацієнтам.

Також я хочу коротко зупинитись на основних вимогах до закладів охорони здоров'я за цими пакетами. Так, для пакету амбулаторної діагностики і лікування і стаціонарного лікування туберкульозу обов'язковим є проведення лабораторних та інструментальних досліджень, наявність відділення анестезіології та інтенсивної терапії, організація контрольованого прийому протитуберкульозних препаратів, а також організація методичної підтримки та забезпечення роботи лікарів-фтизіатрів, які надають медичну допомогу в закладах охорони здоров'я амбулаторно-спеціалізованої медичної допомоги.

Таким чином, це буде підтримувати мережу закладів і створювати єдиний простір для надання фтизіатричної допомоги пацієнтам, а також ці

заклади повинні взаємодіяти з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб і іншими надавачами соціальних послуг, в тому числі неурядовими та благодійними організаціями і правоохоронними органами.

Те, що стосується пакету послуг супроводу та лікування дорослих і дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні, то вимоги до організації послуги будуть наступні – це проведення забору та доставка біологічного матеріалу від пацієнтів з діагнозом туберкульозу до регіонального фтизіопульмонологічного центру, проведення лабораторних і інструментальних досліджень, постійна взаємодія з лікуючим лікарем-фтизіатром щодо процесу лікування і також взаємодія з іншими надавачами медичних послуг, центрами соціальних служб для сім'ї, в тому числі неурядовими та благодійними організаціями і правоохоронними органами.

БУЛАХ Л.В. Андрію Борисовичу, у вас хвилиночка.

ВІЛЕНСЬКИЙ А.Б. Я вже завершую. Специфікації і умови закупівлі з діагностики та лікування дорослих і дітей з туберкульозом не затверджувалися одноосібно Національною службою здоров'я України. Ми запрошували і запрошуємо для розробки програми медичних гарантій на 2022 рік до обговорення громадськість та спеціалістів до формування вимог у наших робочих групах, щоб умови надання медичних послуг не були завищеними для надавачів, з одного боку, але гарантували, що пацієнт зможе отримати усю необхідну медичну допомогу в закладі, який має договір з Національною службою здоров'я України.

Дякую за увагу.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Андрію Борисовичу.

Наступний доповідач, запрошую Рудика Вадима Дмитровича. Це Тернопільська область, генеральний директор і головний лікар комунального неприбуткового підприємства "Тернопільський обласний фтизіопульмонологічний центр" Тернопільської обласної ради. У вас 5 хвилин.

Наступні три доповіді всі будуть, скажемо так, в рамках висвітлення, не хочеться говорити слово "проблем", скажемо - стану, регіональний досвід з реалізації заходів протитуберкульозної роботи в умовах медичної реформи та епідемії COVID-19 на регіональному рівні. І в нас три доповідачі від різних регіонів, від трьох фтизіопульмонологічних диспансерів, центрів.

Вадиме Дмитровичу, ви з нами?

РУДИК В.Д. Так.

БУЛАХ Л.В. Так, прошу. У вас 5 хвилин.

РУДИК В.Д. Дякую. Доброго здоров'я, Михайле Борисовичу! Доброго здоров'я, шановні депутати! Доброго здоров'я всім учасникам наших сьогодні слухань! За останні 5 років в Тернопільській області епідситуація щодо туберкульозу мала тенденцію до покращання. За цей період захворюваність на вперше виявлений туберкульоз знижена на 51 відсоток - з 37,1 до 18,2 на 100 тисяч населення, а показник смертності зменшився на 41 відсоток - з 6,1 до 3,6 на 100 тисяч населення, які були одними з найнижчих у державі.

Значного зниження захворюваності та смертності в період пандемії зареєстровано в 2020 році порівняно з 2019 роком. Цьому сприяла і реалізація цілого переліку протитуберкульозних заходів, а саме: враховуючи епідситуацію, вимоги медичної реформи в області своєчасно була проведена структурна перебудова протитуберкульозної служби, розпочата реінтеграція медичних послуг з лікування туберкульозу на первинній ланці. Створений єдиний в області КНП "Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр".

На сьогоднішній день ми працюємо по нормативах ліжкового фонду, 40 ліжок чутливого туберкульозу і 22 ліжка для МРТБ. На період пандемії з 27 квітня 2020 року на базі закладу було організовано надання третинної медичної допомоги, допомоги хворим на COVID-19. Одночасно було організовано надання критеріїв медичної допомоги хворим на COVID-19. Одночасно було забезпечено стаціонарну медичну допомогу хворим на туберкульоз згідно показів. У 2020 році у нас проліковано 278 хворих. Досягнуто ефективність в лікуванні чутливого туберкульозу – 81 відсоток і мультирезистентного – 55 відсотків.

У поліклінічному підрозділі введено посади фтизіатрів, які закріплені за адміністративними територіями, де забезпечують амбулаторну консультативну медичну допомогу, ефективне лікування кожного хворого спільно з сімейними лікарями. Як результат, у 2020 році збільшено кількість хворих, які лікувалися амбулаторно, до 386-и.

Впроваджено медико-соціальний супровід хворих з туберкульозом на амбулаторному етапі лікування згідно з договором громадської організації "Мережа" з міста Львова, наші колеги. У 2020 році охоплено 185 таких хворих.

У період пандемії згідно з договорами з центрами первинної медико-санітарної допомоги, з районними лікарнями було забезпечено доставку протитуберкульозних препаратів хворим на туберкульоз по місцю проживання. З метою ранньої мікробіологічної діагностики туберкульозу розроблено маршрути та забезпечено транспортування зразків біологічного матеріалу комунальними некомерційними підприємствами в центри

первинної медико-санітарної допомоги, центральні лікарні, в Тернопільський регіональний фтизіопульмонологічний медичний центр.

Починаючи з 2021 року, організована дворівнева лабораторна діагностика туберкульозу на базі опорних лікарень та КНП тернопільських регіональних фтизіопульмонологічних медичних центрів з встановленням апаратури для молекулярно-генетичної діагностики туберкульозу.

Необхідно відзначити, що в області розроблені та затверджені клінічні маршрути пацієнта щодо виявлення, діагностики та лікування туберкульозу та впроваджено консолідовану постанову ВООЗ для лікування лікарсько-стійкого туберкульозу, нові схеми лікування з використанням ...*(Нерозб.)* та ... *(Нерозб.)*

Щорічно з питань виявлення, діагностики та лікування хворих на туберкульоз проводилися моніторингові виїзди, організації семінарів з сімейними лікарями на місцях, що сприяло формуванню груп ризику, контактних та їх профілактичному обстеженню.

На період карантину ми перейшли на онлайн-наради. На нашу думку, виправдало себе введення всіх хворих на туберкульоз в електронний реєстр, в якому охоплено на сьогоднішній день 7 тисяч 56 хворих. З метою своєчасного виявлення захворілих в області організовано інформаційно-просвітницьку роботу щодо обізнаності населення про проблеми туберкульозу та формування прихильності до обстеження та лікування за участю громадських організацій.

БУЛАХ Л.В. Вадиме Дмитровичу, хвилиночка.

РУДИК В.Д. Дякую.

Вважаємо актуальним для Тернопільській області продовження активного виявлення хворих на туберкульоз первинної ланки, проведення тренінгів сімейними лікарями з питань діагностики та лікування туберкульозу.

І останнє, на перспективу. На базі нашого фтизіопульмонологічного центру в зв'язку з відсутністю в області обласної інфекційної лікарні планується після добудови диспансеру пульмонологічного корпусу № 2 відкриття обласної інфекційної лікарні, в склад якої буде входити якраз і відділення для лікування туберкульозу.

Дякую. Не чую. Зв'язку немає.

БУЛАХ Л.В. Дякую. Дякую за доповідь. Не можу не спитати, тому що ви навели 51 відсоток. За моєю статистикою, це 49 відсотків. Тобто ваша Тернопільська область лідер в такому зменшенні виявлення. Тобто на 50

відсотків у 2019 році і 2020 році зменшилося виявлення. Як ви можете пояснити, чому такий суттєвий спад у виявленні туберкульозу? Можливо, був недостатній доступ населення до діагностики?

РУДИК В.Д. Це одна із причин. Ви правильно про це говорите. У зв'язку з локдауном у певний період часу також у нас не було...

БУЛАХ Л.В. В інших регіонах – 28, 29 відсотків. У вас – 51.

РУДИК В.Д. Друге. Це у нас досить маленька область. Як би не було, у нас всього мільйон 60 тисяч населення по області. І, звичайно, що всі решта, те, що я перераховував чинники, які впливали на те, що у нас така менша кількість по виявленню саме туберкульозу. Ми чудово розуміємо, звичайно, що кількість хворих на сьогоднішній день, які мали б бути виявлені, що це йде не до виявлення на первинній ланці. Зрозуміло, що як тільки ми завершимо цю ситуацію з ковідом, я думаю, що у нас, звичайно, повинно бути збільшення виявлення як у нашій області, так і по всій Україні.

БУЛАХ Л.В. Дякую.

Я не розділяю вашу гіпотезу. Пацієнт не зможе дочекатися, поки Україна вирішить проблеми з однією епідемією, щоб потім лікувати туберкульоз. Я впевнена, що наша дійсність просто нас змушує, диктує переформатувати так діагностику, яка б задовольняла адекватний рівень виявлення всіх епідемій, в даному випадку туберкульозу.

Тому дуже сподіваюся, я на 100 відсотків усвідомлюю, що це покращення має, скажімо, детермінанти позитивні, тому що люди менше комунікують, менше користуються громадським транспортом, більше миють руки, тобто більше дослухаються до своїх респіраторних якихось проблем і проявів. Можливо, от такі масові заходи по профілактиці коронавірусу дійсно позитивно вплинули і зменшили розповсюдження туберкульозу. Впевнена, що також така тенденція є. Але запізні випадки, які сьогодні в Україні все ж таки ми спостерігаємо, коли у людей виявляють, скажімо, це не ВІЛ-інфекція, тут немає термінальної стадії, але запущені вже випадки, говорить про те, що людина довгий час відчувала симптоми, не зверталася до сімейного лікаря або зверталася в соціальних мережах, і, на жаль, не було її залучено до традиційної системи діагностики туберкульозу, а коли вже дійсно, скажімо так, стан настільки погіршився, що "швидка" транспортувала людину до фтизіопульмонологічної лікарні, там уже було встановлено діагноз "туберкульоз", а іноді навіть, даруйте, посмертно.

Тому це говорить про те, що дійсно, в даному випадку наші навіть не пацієнти, а наші громадяни, скажімо так, також відповідальні за запізне звернення, але і сімейний лікар, і будь-який спеціаліст фтизіатричного

закладу, мені здається, повинен як мінімум запропонувати пройти скринінг. Я впевнена, що коли "первинка" у нас вже інституціалізує своє залучення у, скажімо, цей найнижчий рівень, найнижчий поріг доступу кожного українця до традиційного скринінгу, який нічого, крім уваги і часу, не коштує, а як мінімум, дає можливість виключити туберкульоз на самих крайніх етапах. Я сподіваюсь, що ви також максимально ефективно використаєте цю нагоду і вмотивуєте ваших сімейних лікарів виключати туберкульоз навіть там, де, скажімо, немає яскравих проявів, але людина з групи ризику або людина курець, або перебуває в складних життєвих обставинах, або має залежність від алкоголю. Я впевнена, що кожен сімейний лікар не може просто не звернути на це увагу і не запропонувати людині пройти скринінг на туберкульоз, щоб покращити виявлення туберкульозу навіть, на жаль, серед таких складних часів, коли ми паралельно долаємо і іншу нову для України епідемію.

Дякую вам за доповідь.

Запрошую зробити свою доповідь вже Львівську область. Любомир Михайлович Рак, генеральний директор комунального неприбуткового підприємства "Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр" Львівської обласної ради.

РАК Л.М. Доброго дня, пане Михайле, доброго дня, панове народні депутати, доброго дня, всі присутні. Розпочну свою доповідь з того, що як фтизіопульмонологічний центр регіональний наша установа функціонує ще з 1989 року, з минулого століття. Тому для нас пульмонологія це зовсім не нове, а з 1 березня 2020 року ми є єдиною установою в Львівській області, яка надає протитуберкульозну допомогу. Якщо декілька цифр назвати, то у 2019 році в нашій установі було проліковано на стаціонарному лікуванні біля тисячі пацієнтів на туберкульоз, водночас було проліковано з іншою легеневою патологією більше 5,5 тисяч пацієнтів.

Сталось так, що з 1 березня минулого року за рішенням Львівської обласної ради ми є єдиною, до нас було приєднано ще 9 протитуберкульозних установ області. Ми успішно справились з цією роботою, а з 1 квітня ми вступили в епідемію, пандемію коронавірусу, ми вступили в другий етап програми медичних гарантій і на нашій базі було розгорнуто з 1 квітня, як я вже сказав, 170 ліжок для надання допомоги хворим з коронавірусом та його ускладненнями. В першу чергу ми беремо пацієнтів з його ускладненнями, тому що ми не лікуємо коронавірус, ми є легенева клініка, ми лікуємо пацієнтів з пневмоніями, іншими ускладненнями коронавірусу, але, зрозуміло, що ми надаємо в першу чергу як єдина установа допомогу пацієнтам з туберкульозом.

Ми, приєднавши до себе 8 протитуберкульозних установ, один санаторій ми вже на сьогоднішній день закрили, недоцільне його

функціонування. Сталось так, що всі тих 8 протитуберкульозних диспансерів, які були на нашій території, зараз є практично, та не практично, а фактично на території новостворених районів Львівської області.

Створено є нових 7 районів Львівської області і якраз в тих районних центрах, де були наші тубустанови, а ми створили наші протитуберкульозні кабінети. Об'єднавши, провівши адміністративну реформу, яка в державі проводиться, було створено, як я вже сказав, 7 районів у Львівській області, і ми з 1 квітня, вірніше, з 1 січня цього року взяли до себе на роботу в нашу структуру фтизіатрів тих колишніх районів, які практично випали з Програми медичних гарантій, і вони нам необхідні для того, щоб ми вели контроль за виявленням, лікуванням і амбулаторним лікуванням пацієнтів на туберкульоз. Ми взяли до себе 12 лікарів-фтизіатрів з 12 колишніх районів, вони залишились всі в себе на своїх робочих місцях, в нас є угоди з тими лікарнями про те, що вони надають приміщення, ми надаємо лікарю-спеціаліста.

Щодо зменшення захворюваності на туберкульоз. За минулий рік в нас такий показник становить майже 32 відсотки. Зрозуміло, що це є суб'єктивні всі причини через те, що зменшення міграції населення через коронавірус, через те, що пацієнти менше звертаються, це є одна суб'єктивна і об'єктивна причина.

Друга причина. Ми бачимо, що дійсно пацієнти менше звертаються до сімейних лікарів, ми вже це побачили зараз, за перших два місяці ми бачимо ріст захворювань на туберкульоз, але важких запущених форм, тобто пацієнти знаходяться дома, лікуються вдома так чи по-іншому і дуже пізно звертаються і ми бачимо запущені форми.

Хотів би сказати, що впродовж попередніх років ми приділяли велику увагу лікуванню пацієнтів на амбулаторному етапі. З 1100 пацієнтів, які в нас на обліку, які вперше діагностовані за минулий рік, тільки біля 450 було проліковано стаціонарно, всі інші - ми розпочинаємо лікування амбулаторне, як на початку. Крім того, ми провели навчання більше тисячі сімейних лікарів для ведення пацієнтів на туберкульоз на амбулаторному етапі. Тому ми маємо хороші перспективи і дуже добре, що є ще один пакет для ведення, сімейні лікарі мають мотивацію для ведення пацієнтів на амбулаторному етапі під контролем лікаря-фтизіатра, що ми повинні і будемо забезпечувати у себе на території нашої області.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую вам.

Бачте, я думаю, що кожен з доповідачів, скажімо, від регіонів зазначив цю проблему, що випадки, які виявляються, на жаль, вони виявляються

запущені і ми чуємо від пацієнтів, від лікарів, від сімейних лікарів, що люди лікують що завгодно, але не включають туберкульоз, на жаль.

РАК Л.М. За минулий рік лікують переважно коронавірус.

БУЛАХ Л.В. Так. Спочатку лікують просто якусь нежить і простуду, потім лікують коронавірус.

РАК Л.М. А потім вже виявляють туберкульоз.

БУЛАХ Л.В. Дякую.

Наступна доповідь у нас, Донецька область.

Наталія Миколаївна Клименко – експерт департаменту охорони здоров'я Донецької обласної адміністрації за напрямом "Фтизіатрія".

Прошу, пані Наталю.

КЛИМЕНКО Н.М. Доброго дня, шановні учасники слухань! Я хочу зауважити, що помилка у наших відсотках була у попередньому проекті програми: у нас зменшення захворюваності відбулося не на 25 відсотків, а на 15 відсотків. І тому я зауважу, що у нас дійсно найкращий показник щодо зменшення виявлення у порівнянні з минулим роком.

Отож, для своєчасного виявлення хворих на туберкульоз, ми вже почули, що нам потрібен безперервний доступ до діагностичних послуг на всіх рівнях надання медичної допомоги. Що ми отримали на початок 2020 року? Виклики реорганізації, реформування фтизіатричної служби, системи охорони здоров'я в цілому, плюс пандемія COVID-19, обмеження в роботі всіх типів закладів охорони здоров'я стали основним бар'єром для виявлення туберкульозу.

Попередження критичного рівня недовиявлення захворювання в нашій області стало можливим за рахунок системної, постійної, комплексної та скоординованої роботи усіх партнерів та складалась з наступних напрямків.

По-перше, на регіональному рівні систематично проводився аналіз епідемічної ситуації. Ми чітко визначали прогалини в заходах протидії ТБ та ми розуміли причини цих прогалин. Не приховувалося питання недовиявлення випадків захворювання з урахуванням особливості регіону. Під час військового конфлікту перервали лікування та були втрачені від спостереження у нас 40 відсотків хворих на лікарсько-стійкий туберкульоз. Велика міграція населення всередині області, наявність "сірих" зон з обмеженим доступом населення до якісної медичної допомоги.

Ці питання заслуховувалися на колегіях облдержадміністрації, департаменту охорони здоров'я, на нарадах Міністерства охорони здоров'я та Центру громадського здоров'я, що сформувало політичну прихильність регіональної влади до питань протидії туберкульозу. Проводилася постійна скоординована робота щодо протидії ... *(не чути)*, ... коінфекції ТБ-ВІЛ департаментом, центром СНІДу, регіональною протитуберкульозною службою, проектом USAID "Виклик ТБ" PATH були здійснені сумісні моніторингові візити та проведено навчання фахівців на робочому місці. Разом ми відпрацювали та затвердили на регіональній раді "дорожню карту" з покращення якості послуг хворим на коінфекцію ТБ-ВІЛ, де чітко прописали завдання для всіх рівнів надання медичної допомоги та індикатори їх виконання.

За 2020 рік Донецька область єдина в країні, яка демонструє стабільне виявлення коінфекції. Ми проводили постійну роботу впродовж 2020 року з первинною ланкою. Після впровадження гнучкої системи транспортування біологічного матеріалу та ліків в регіоні, в тому числі за рахунок проекту USAID "Підтримка зусиль у боротьбі з туберкульозом в Україні" PATH, мобільні бригади регіональної протитуберкульозної служби у складі лікаря та медичної сестри особисто по кожному маршруту курсування автомобілів відвідали кожний заклад охорони здоров'я первинного та вторинного рівнів з метою формування політичної прихильності, проведення навчання алгоритмам виявлення захворювання на робочих місцях, удосконалення "маршрутів пацієнтів". З кінця 2020 року впроваджується пілот ПСМД в рамках проекту USAID PATH.

Регіональна служба взяла на себе проведення щотижневого моніторингу результативності виявлення та виконання індикаторів якості виявлення нових випадків туберкульозу. Проведено розширення мережі лабораторій з доступом до швидкої діагностики туберкульозу шляхом встановлення нових систем GeneXpert в рамках реалізації гранту Глобального фонду та безперебійного забезпечення...

БУЛАХ Л.В. Наталіє Миколаївно, у вас хвилиночка.

КЛИМЕНКО Н.М. ... лабораторної мережі. Постійна співпраця з нашими міжнародними, регіональними партнерами: проводяться на регулярній основі зустрічі, обговорюється поточна ситуація та заходи у відповідь на ТБ/ВІЧ.

Отже, скоординована та злагоджена робота із залученням фахівців всіх рівнів надання медичної допомоги, насамперед служби СНІДу, первинної ланки, міжнародних партнерів, громадських організацій, здатна забезпечити належний рівень виявлення хворих на ТБ.

На сьогоднішній день регіонам вкрай потрібно на національному рівні включення послуг з виявлення туберкульозу на всіх рівнях надання медичної допомоги до Програми медичних гарантій та розроблення і затвердження алгоритму виявлення та діагностики туберкульозу у дітей та дорослих, що буде визначати завдання та чітко регламентувати обов'язки медичних працівників на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Наталіє Миколаївно.

Ми заслухали представників трьох фтизіопульмонологічних центрів Тернопільської Львівської і Донецької області.

Зараз переходимо до наступного блоку, де ми будемо спілкуватися і заслуховувати доповідь уже представників первинної ланки.

Запрошую Закарпатську область. Тетяна Юріївна Козак. Доповідь буде про регіональний вже досвід медичних послуг для лікування туберкульозу на первинній ланці медичної допомоги. Тетяна Юріївна у нас директор комунального некомерційного підприємства "Ужгородський міський центр первинної медико-санітарної допомоги".

Тетяно Юріївно, ви з нами?

Поки ми чекаємо Козак Тетяну Юріївну, яку ми не чуємо, пропоную тоді Дніпропетровськ, Дніпропетровська область. Дениско (даруйте, якщо наголос не там) Наталія Валентинівна, головний лікар комунального некомерційного підприємства "Царичанський центр первинної медико-санітарної допомоги" Царичанської селищної ради Дніпропетровської області.

ДЕНИСКО Н.В. Доброго дня, шановні депутати! Шановні члени комітетських слухань! Дякую вам дуже за можливість сказати своє слово щодо даної проблеми.

Медична спільнота на первинному рівні медичної допомоги добре розуміє важливість і необхідність лікування туберкульозу в межах максимальної доступності і наближеності до пацієнтів цієї вразливої групи хворих і раді, що розглядається така можливість завдяки пакету лікування туберкульозу на первинці. Але розглянувши умови закупівлі медичних послуг та специфікацію надання медичних послуг за пакетом НСЗУ "Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги", хочу зазначити основні перепони, які не дозволяють нам у разі підписання якісно реалізувати цей пакет послуг. Тому про неприємне.

Хочу сказати те, що логістика транспортування біологічного матеріалу, а саме мокротиння, до регіонального фтизіопульмонологічного центру є досить проблемною у зв'язку з віддаленістю. В нашому випадку – це 90 кілометрів. Лабораторна діагностика деяка, яка зазначена, неможлива на первинному рівні, оскільки це є повноваженнями вторинного рівня надання медичної допомоги. Наприклад, це біохімічні дослідження крові.

Третє. Є нагальна потреба в чіткій координації сімейного лікаря щодо постійної взаємодії з лікуючим лікарем-фтизіатром щодо процесу лікування, так як відсутність лікарів-фтизіатрів в регіонах на сьогодні досить є такою, що лікарів-фтизіатрів не є. В разі, якщо це буде лікар регіонального фтизіопульмонологічного центру, то наскільки він буде досяжним? А саме відстань, закріплення таких лікарів за сільськими територіями.

Четверте. Сімейні лікарі не мають інформації щодо наявності функціонуючих закладів паліативної і хоспісної допомоги, їх потужностей та маршрутизації хворих на туберкульоз, що потребують даного виду допомоги. Наявність внутрішньої системи управління і контролю якості із здійсненням безперервного моніторингу індикаторів оцінки критеріїв їх доступності та якості здаються занадто серйозною вимогою, зважаючи на відсутність таких орієнтирів щодо критеріїв якості медичної допомоги на рівні держави.

Ну і основними такими проблемами є проблема кадрового забезпечення лікарями на первинному рівні надання допомоги. У нас це, наприклад, складає 67 відсотків, з них 33 перебуває у декретних відпустках, 42 – це пенсійного віку. Виходячи з вищезазначеного, відсоток лікарів, що реально надають первинну допомогу, складає 34 відсотки.

Також віддаленість місця надання допомоги не дасть змоги реалізувати амбулаторну модель DOT-лікування, а саме: протяжність сільського району обслуговування складає від 56-и на 35 кілометрів. Відстань між місцями надання первинної медичної допомоги складає від 7 до 28 кілометрів. Тому якісне надання медичної допомоги даному контингенту хворих є спірним, а один лікар на заклад робить її малодоступною і все ж лікування з використанням відео-DOT майже неможливим, так як дана категорія хворих часто має соціальну незахищеність і не володіє високотехнологічними засобами зв'язку.

Тому було б дуже добре, якби спільними зусиллями ми могли нівелювати перелічені проблеми для реалізації якісного надання допомоги хворим на туберкульоз на всіх рівнях надання медичної допомоги.

Дякую. Може, які питання?

БУЛАХ Л.В. Дякую, Наталіє Валентинівно.

З перелічених вами проблем на дуже швидкий перший погляд питома вага цих проблем все ж таки регіонального рівня. І, скажімо так, ініціатива і рішення має бути прийнято регіону і обласної ради, точно не на рівні міністерства або навіть Верховної Ради. Я думаю, що тут не треба нікого переконувати в тому, що на амбулаторному етапі лікування можливе і ефективно і найбільш дружнє до людини, тому що випасти з усіх своїх соціальних ролей на 6 місяців мінімум це дуже складно і звісно, що пацієнти і зараз уникають, і будуть уникати такої довгої госпіталізації. Все ж таки, чи залежить це від рішень на місцевому рівні?

ДЕНИСКО Н.В. В даному випадку є дуже велика проблема кадрова, найбільша. Тому один лікар на заклад, ви ж розумієте, відстань, пацієнт не доїде за 28 кілометрів випити препарат. А якщо там немає лікаря взагалі, немає кому це проконтролювати, а якщо це на рівні первинки сільської місцевості, то це треба вивчити цих лікарів, які існуючі, а не одного лікаря на заклад, як це в специфікації, і якимось будемо намагатися вирішити ці проблеми, але є складно, дуже складно.

Я можу говорити про наш досвід, саме на своєму рівні, тому що я там не можу масштабно за міста казати, але в сільській місцевості, я думаю, що це не тільки в нас така проблема.

БУЛАХ Л.В. Я бачу, що Андрій Борисович хоче щось додати або відповісти. Пан Віленський.

ВІЛЕНСЬКИЙ А.Б. Так. Дякую. В мене буде одна репліка. Я хочу наголосити, що цей пакет послуг не є примусовим для первинної медичної допомоги, він є добровільним. Заклад, якщо бачить, що він відповідає вимогам, можна подати пропозиції на відповідний пакет послуг.

Хочу сказати, що на сьогоднішній день вже 290 закладів охорони здоров'я саме первинної медичної допомоги по Україні подали пропозиції на цей пакет. Ми опрацьовуємо і вони зможуть укласти договір.

Коли ми говоримо про розвиток цього виду допомоги амбулаторної, то треба з чогось починати. Починаємо в цьому році, далі будемо дивитись, як буде працювати і будемо очікувати від колег офіційних коментарів, з ними розглядати і приймати відповідні рішення.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую.

Прошу до доповіді Одеську область. Світлана Володимирівна Єсипенко, генеральний директор комунального неприбуткового

підприємства "Одеський обласний центр соціально значущих хвороб" Одеської обласної ради. Світлано Володимирівно, ви з нами?

ЄСИПЕНКО С.В. Так. Дякую, Ладо Валентинівно.

Шановні учасники слухань! Михайле Борисовичу!

Дозвольте представити такий нестандартний досвід Одеської області на перехідному етапі реформування протитуберкульозної служби Одеського регіону. Хворий на туберкульоз. Що ми відчуваємо, коли чуємо такі слова? Страх, бажання дистанціюватись, ізолювати, обмежити, уникати. Саме на таких принципах будувалась відокремлена система надання протитуберкульозної допомоги. Система закрита, яка не передбачала участі інших ланок системи охорони здоров'я, включаючи первинну медичну допомогу, неурядового сектора та громадянського суспільства.

В Одеській області реформа протитуберкульозної служби розпочалась у 2016 році і відбувалася за принципом інтеграції діяльності з загальною медичною мережею, центром СНІДу та неурядовим сектором щодо лікування, профілактики та виявлення туберкульозу. Новизною було введення до структури нового спеціалізованого закладу - Одеського обласного центру соціально значущих хвороб - посади сімейного лікаря, який пройшов навчання з питань туберкульозу, ВІЛ-інфекцій, гепатитів та COVID-19.

Основною ідеєю було підвищити ефективність виявлення та лікування туберкульозу, коінфекції ТБ/ВІЛ, ВІЛ з обов'язковим психосоціальним супроводом, забезпечити доступ до лікування гепатитів, замісної підтримувальної терапії, діагностика та лікування коморбідних станів, іншої соматичної патології, у тому числі COVID-19.

Для того щоб облаштувати та забезпечити діяльність цього сімейного лікаря, наші міжнародні партнери, особисто USAID PATH зробив все необхідне для того, щоб ми забезпечили необхідним обладнанням цього сімейного лікаря для подання згідно вимог НСЗУ заявки на пакет на первинну медичну допомогу.

Станом на січень 2021 року з сімейним лікарем нашого центру заключено вже 2 тисячі декларацій, з яких біля 300 ВІЛ-позитивних осіб та 350 хворих на туберкульоз. Такі дії в першу чергу дозволили забезпечити надання медичної допомоги за умов відсутності стигми і дискримінації по відношенню до хворих на соціально значущі захворювання.

З 2020 року виникла потреба ще у двох сімейних лікарях. При проведенні оптимізації кадрового ресурсу фтизіатричної служби нашої області два наших лікарі, один з них - лікар-інфекціоніст, другий – лікар-фтизіатр, пройшли спеціалізацію з загальної практики та сімейної медицини.

Включаючи сімейну медицину до системи протитуберкульозної служби, на перехідному етапі реформування ми робимо крок до подолання стереотипів щодо хворих на туберкульоз.

Для подолання страху дискримінації, покращуючи якість життя пацієнтів, нам необхідно буде посилити кадровий потенціал первинної ланки шляхом створення стійкої та гнучкої системи підготовки та перепідготовки лікарів-фтизіатрів, створити системи менторської підтримки з боку фтизіатричної служби, організувати системи моніторингу та оцінки заходів під час реалізації проекту Національної служби здоров'я "Амбулаторне лікування туберкульозу на первинному рівні" і забезпечити обов'язковий психосоціальний супровід при децентралізації ТБ-послуг на первинний рівень.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Світлано Володимирівно, за вашу передову практику. Особисто ми, коли у нас було виїзне засідання комітету в місто Одеса, серпень чи вересень, за моєї ініціативи, ми відвідали ваш заклад. Це дійсно передова практика, все в одному місці, максимально толерантно, окремі сервіси для людей з залежностями і в співпраці з усіма іншими стейкхолдерами і громадськими організаціями. Але ви активно залучаєте і соціальні служби.

Дякую вам.

ЕСИПЕНКО С.В. Дякую. Шановна Ларо Валентинівно, я хочу зі свого боку, ви запитуєте всі регіони щодо зниження захворюваності на туберкульоз, я хотіла б пояснити ситуацію, яка склалася в Одеському регіоні вже за звітами 2020 року.

У нас відбулася досить нестандартна ситуація, не схожа на інші регіони. У нас відбулося зменшення захворюваності на туберкульоз на 36 відсотків, але при цьому зростання захворюваності на ВІЛ-інфекцію на 46 відсотків. Коли ми подивилися ці два показники зменшення, ми пояснили зменшення захворюваності на туберкульоз тим, що у нас зменшилась ця захворюваність за рахунок зниження кількості хворих з коінфекцією ТБ-ВІЛ на 51 відсоток. Ми робимо такі висновки, що ті послідовні дії, які ми проводили протягом вже понад 5 років щодо інтеграції наших служб - служб СНІДу та служби туберкульозу, все ж таки мають уже свій позитивний результат. Ми бачимо на 46 відсотків зниження показників смертності як від туберкульозу, так і від коінфекції ТБ-ВІЛ, все ж таки розширення доступу до АРТ, посилення діагностики туберкульозу серед ВІЛ-інфікованих – вже на сьогодні має місце такий позитивний результат в Одеському регіоні. Надалі вже, от буквально через день-два ми розпочинаємо в рамках нашого проекту USAID/PATH такий "пілот в пілоті" – нестандартний проект, який буде

сконцентрований на діяльності наших міжрайонних протитуберкульозних кабінетів як допомога щодо мобільності створення такої мобільної команди, і показати, що наявність навіть одного міжрайонного фтизіатра на 4-5 районів, якщо він стане мобільним і у нього буде автомобіль для виїзду у "вогнища" і розташування там контактних хворих на туберкульоз, це дозволить нам все ж таки посилити заходи з виявлення туберкульозу навіть там, де у нас є складнощі, де немає ВІЛ-інфекції. Тому що в рамках COVID-19 нам дуже активно допомагав департамент охорони здоров'я, у нас був такий доступ до тестування на ВІЛ-хворих з підозрою на COVID-19, що це і дало такі результати, що ми підвищили рівень виявлення ВІЛ-інфекції.

БУЛАХ Л.В. Дякую.

Впевнена, що раннє виявлення ВІЛ-інфекції зменшує захворюваність на туберкульоз, тому що ми зберігаємо здоров'я пацієнту, на жаль, з однією невиліковною інфекцією, і це дає можливість не захворіти на туберкульоз.

Коли ми планували наші комітетські слухання, ми не могли не запросити і не заслухати представника нашої пенітенціарної служби. Тому зараз запрошую до слова Васильєва Сергія Григоровича – директора державної установи "Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України".

Доповідь про поточний стан та перспективи організації медичної допомоги хворим на туберкульоз в установах Державної кримінально-виконавчої служби України.

Ми всі знаємо, що в організованому колективі легше діагностувати і лікувати туберкульоз, але і розповсюдження туберкульозу так само дуже швидко відбувається. Тому, скажімо так, увага у діагностиці, лікуванні і виліковуванні наших ув'язнених, засуджених також є питанням номер один в сьогоднішньому засіданні.

Будь ласка, Сергію Григоровичу.

ВАСИЛЬЄВ С.Г. Добрий день! Дякую за можливість виступити і доповісти коротко про поточний стан організації медичної допомоги хворим на туберкульоз у системі ДКВС.

Центр охорони здоров'я як державна установа створений у 2017 році, безпосередньо функціонує з 2018 року. Наші структурні підрозділи, вони такі об'ємні, представлені кожен медичною частиною як при слідчих ізоляторах, так і при виправних колоніях.

І у нас таких 89 медичних частин, а також окремо є 7 туберкульозних лікарень, в яких надається допомога засудженим, і при 5 з яких відкриті дільниці СІЗО, в яких лікується категорія осіб, які називаються "ув'язнені або

взяті під варту", до яких не застосовані, відсутні вироки суду, і вони користуються максимально можливо у нашому законодавстві, власне, можливостями медицини Міністерства охорони здоров'я.

У цілому за минулий рік у нас на сьогоднішній момент кількість хворих становить на туберкульоз 889 осіб, з яких на лікуванні перебуває 740 осіб, з яких в кількості хворих 557 – це випадки туберкульозу, які зареєстровані минулого року, з яких 28 – жінки. Із тих 557 випадків нові випадки – це 311, і 246 – це рецидиви разом з лікуванням після переривання повторного лікування. Інші 149 осіб, які перебувають в нашій системі, це люди, в яких 18 на теперішній момент є відмов, а інші 131, які перебувають на паліативному лікуванні у зв'язку з неможливістю підібрати схеми, так як основний туберкульоз, який спостерігається у нас, за даними наших досліджень, це 71 відсоток лікарсько-стійкого туберкульозу. І тільки 29 відсотків – це чутливий туберкульоз.

Ви праві, Ладо Валентинівно, з одного боку, закрита територія – це підконтрольна, і це абсолютно в руках і медиків, і режиму з наданням медичної допомоги, вироблення прихильності до лікування. Але, з іншого боку, наш контингент хворих несе в собі низьку прихильність, і виробити цю прихильність із сприянням соціальних працівників неурядових організацій все-таки набагато важче. Є свої якісь закони, якість бачення. Люди, як правило, хворіють з низкою супутніх захворювань, вони мають залежності від психоактивних наркотичних речовин, вони в якійсь частині своїй недисципліновані, а примусового лікування у нас як такого немає. Тому паралельно із можливостями лікування ми маємо, ну, називаємо це супротив, але проблема в охопленні стопроцентного лікування. Але на тому рівні, в якому у нас лікування відбувається, ми вважаємо, що охоплення досить таки непогане.

Хочу наперед забігти, сказати, що ми з квітня 2020 року також використовуємо в своєму лікуванні схему лікування з новими протитуберкульозними препаратами. Нові протитуберкульозні препарати нам закупили за кошти державного бюджету за рахунок коштів Міністерства юстиції, ми отримали частину за рахунок співпраці із Глобальним фондом і їхніми субреципієнтськими організаціями, і препарат Клофазимін, який державний бюджет не може закупити, Центр охорони здоров'я не може закупити, так як на нього відсутня зареєстрована оптова відпускна ціна, нам його минулого року забезпечили за рахунок можливості комітету ... *(не чути)*

Таким чином у нас в цілому медикаментів вистачає на 2021 рік повністю і деяких тільки до завершення третього кварталу, але у нас через 2 тижні має бути розкриття пропозицій, ми оголосили торги на закупівлю протитуберкульозних препаратів, так що я не сподіваюся на те, що у нас будуть якісь переривання.

Разом з тим, у нас за сприяння знову ж таки неурядових організацій, ми тісно співпрацюємо і з "Сто процентів життя", і з "Альянсом громадського здоров'я", і окремо співпрацюємо з міжнародною організацією РАТН, проектом "Заради життя", ми маємо досить такі непогані напрямки нашої діяльності. У нас розроблені стандарти і процедури на весь процес надання медичної допомоги, починаючи із заходу у ворота системи – це слідчі ізолятори, обстеження, анкетування, рентген-дослідження, якщо не проведено було до моменту надходження до нас, дослідження біологічного матеріалу осіб з підозрою на туберкульоз методом мікроскопії або молекулярно-генетичним методом.

Усіх підозрілих і всіх, хто потребує, ми ізолюємо в окремі ізолятори. Звичайно, що вони не в усіх установах відповідають вимогам інфекційного контролю, але ми прагнемо... А так як ми підконтрольні Офісу Уповноваженого з прав людини, все-таки місця несвободи, і нагляд над нами здійснює Генеральна прокуратура, то максимально ми намагаємося мати такі палати для ізоляції і максимально можливо в швидкі терміни таких хворих вивести в наші установи, якщо це засуджені, і до періоду, поки не припиниться бактеріовиділення, це у регіональний фтизіатричний центр.

Тому наші лабораторії в минулому році пройшли зовнішній контроль якості. Всі лабораторії, які у нас знаходяться, а це 7 лабораторій третього рівня і 60 лабораторій першого рівня, всі вони отримали позитивні результати. У нас є 22 апарати GeneXpert, які розміщені в 19 регіонах. Ми охоплюємо такими послугами 20 наших регіонів, 20 областей і очікуємо в цьому році завершити закриття повністю апаратами GeneXpert, неіснуючих на сьогоднішній момент в 4-х регіонах. Є в проекті Глобального фонду новому – передбачено придбання таких GeneXpert. Ми маємо достатню кількість тест-систем, картриджів для тестування...

БУЛАХ Л.В. Сергію Григоровичу, хвилиночка у вас.

ВАСИЛЬЄВ С.Г. У нас заклади охорони здоров'я, лікарні, ми максимально їх розділили за правилами інфекційного контролю, для того щоб пацієнти не пересікалися. У нас в достатній кількості...

БУЛАХ Л.В. Я просто хочу уточнити, бо потім не буде часу. От я так почула, що 7 лікарень...

ВАСИЛЬЄВ С.Г. Протитуберкульозних, так.

БУЛАХ Л.В. І майже 900 пацієнтів. Не знаю, мені здається... Наскільки вони заповнені? Наскільки є потреба в 7-и лікарнях для 900 людей?

ВАСИЛЬЄВ С.Г. Дивіться, тут же інша ситуація. Крім того, що вони мають бути розділені по видах захворюваності, по діагнозах, плюс до того всього до кожного з них застосовується золоте правило: мінімум 7,5 квадратних метрів на одну особу. Площі, які у нас є, якраз дозволяють, десь приблизно до тисячі пацієнтів, дотримуватися цих вимог законодавства щодо засуджених. Інакше неможливо. А, на жаль, у нас приміщення, вони все-таки є нетиповими для лікарень. Тому нам приходится поки що тримати більшу кількість самих лікарень. Хоча ми уже протягом минулого року зменшили чисельність ліжок і плануємо в цьому році також їх скоротити, розглядаємо можливості щодо закриття певних лікарень, які, на нашу думку, за результатами роботи в минулому році, не потрібно, щоб вони у нас функціонували. Разом з тим є вимоги режиму, наприклад, "довічники" повинні перебувати окремо, в окремих палатах, до них застосовуються особливі заходи безпеки, і якщо їх переводити з лікарні, то туди, де є пристосовані до вимог законодавства приміщення. Таких приміщень в системі є багато в наших тубзакладах, де працюють, ну де є фтизіатри, де є лікарні туберкульозні.

Тому тут є багато тих нюансів, які ми би з радістю реалізували при можливості фінансовій на інші видатки, крім на придбання медикаментів. Ми працюємо над цим. Я надіюсь, що нам вдасться деякі лікарні закрити, якщо, власне, перемістити не зможемо в інші установи...

БУЛАХ Л.В. Аби тільки доступ до лікування не зменшився і якість лікування.

ВАСИЛЬЄВ С.Г. У нас досить непогані контакти з фтизіатрами і ми регулярно їздимо самі, і не тільки самі, а з центром громадського здоров'я, тісно співпрацюємо з моніторинговими ... (*Нерозбірливо*).

Недавно пережили аудиту з Глобального фонду, які приїжджали і дивились, які в нас успіхи, які є проблеми. Не скажу, що все так просто, не скажу, що так все легко працювати, але ми плануємо на наступний рік, на цей рік залучити кошти інвестиційних проектів, завершити будівництво в Голопристанській сьомій лікарні нового корпусу, а за рахунок економії з проектів Глобального фонду відреставрувати в тій самій лікарні ціле приймальне відділення з карантинною дільницею для знову прибулих у сьому лікарню. Таких лікарень у нас окремо стоячих зі своїми очисними спорудами є 3, ми їх плануємо завантажувати в подальшому на повну для того, щоб усе-таки це було віддалено від населених пунктів в силу того, що наші пацієнти несуть у собі таку хворобу, яка має важчий перебіг і важче піддається лікуванню.

Якщо так коротко, в мене все.

БУЛАХ Л.В. Дякую вам, Сергію Григоровичу.

Наступну доповідь у нас робить Ольга Анатоліївна Клименко. Ми завершили доповіді від представників, від посадових осіб, держслужбовців, медичних установ і ДКВС і зараз в нас є декілька доповідей (я розумію, від управління охорони здоров'я), доповіді від представників пацієнтських організацій і міжнародних організацій, які беруть активну участь у подоланні туберкульозу.

Тому запрошуюю Ольгу Анатоліївну Клименко, голову правління БО "TVpeopleUkraine", Національне Партнерство "Зупинимо туберкульоз. Україна", яка нам розповість про бар'єри в доступі людей, яких заторкнула проблема туберкульозу, до протитуберкульозних послуг на рівні громад.

Прошу, Ольго Анатоліївно.

КЛИМЕНКО О.А. Дякую, Ладо Валентинівно.

Доброго дня, шановні учасники заходу, з метою забезпечення якості я вимкну камеру і, будь ласка, можна зразу наступний слайд. Так як представила мене Лада Валентинівна, дійсно, ми представляємо інтереси і захищаємо права людей, яких торкнулась проблема туберкульозу, а також об'єднуємо потужну платформу партнерства між неурядовим сектором і державними установами як Національне Партнерство "Зупинимо туберкульоз. Україна", тому напряду комунікуємо з пацієнтами, з медичними працівниками і бачимо не тільки ситуацію, яка приймається на національному рівні, а й те, як це відображається в реальності на місцевому рівні. Тому давайте, я сьогодні буду говорити, можливо, за виключенням деяких областей, але в цілому узагальнюю, якщо будуть якісь додаткові коментарі по уточненню, я зможу надати відповідь.

Тобто наша інформація, яку ми використовуємо, базується на 1662 особах, постраждалих від туберкульозу, яким ми надали допомогу. Загальна допомога, надана за 2020 рік за підтримки міжнародних організацій, такі як "PATH Ukraine", Центр "PATH Moldova", Глобальний фонд, "Stop TB Partnership" перевищує 230 [тисяч] гривень. Можна наступний слайд? А що це за 230 тисяч гривень? Це оплата послуг, які на сьогоднішній день, тобто це пацієнти, які після верифікації були визначені як ті, які не отримують допомогу в основних проектах Глобального фонду і потребують вирішення питання. Тобто це оплата діагностики, оплата операційних втручань, додаткове харчування, підтримка дітей, підтримка родин, які залишились без доходу. Тобто це саме та ключова допомога, бар'єри, з якими стикаються пацієнти, коли в рамках реформування, ми не говоримо тільки про COVID, тому що COVID насправді спричинив менше бар'єрів, ніж те, що відбувається на місцях задовго до реформи і до COVID.

Відсутність можливості для стаціонарних пацієнтів у відновленні документів, механізми переадресації. Завдяки співпраці між неурядовим сектором взаємодії і медичними структурами на місцях, дійсно, вдається вирішувати більшу кількість звернень. Але хочу зауважити на те, що області, в яких є дійсно взаємодія і налагоджені механізми, з 24-х в Україні, плюс місто Київ, менше половини. Тобто більша територія України - не налагоджено партнерство між неурядовими організаціями, медичними службами і всередині медичних структур між первинною ланкою, вторинною ланкою і відсутністю політичної волі.

Наступний слайд, будь ласка. На слайді ви можете ознайомитись, що покращило ситуацію, за нашою думкою, але на чому засновується те, чому ми говоримо, що ці заходи покращили ситуацію. На сьогоднішній день критичними показниками в Україні є те, що незважаючи на те, що на державному рівні намагаються навіть в пандемію COVID створювати, приймати національні стратегії, впроваджувати національні стратегії, на місцевому рівні ефективність досить повільна, якщо не брати ті передові області, які у нас завжди передові були, тобто Полтава, Львів, Черкаси, Одеса, де вже не перший рік (задовго до реформи) почалося реформування. І політична воля місцевої влади бере на себе зобов'язання у фінансуванні заходів з протидії туберкульозу і модернізації медичних установ. Але з'явився новий конфлікт в умовах децентралізації: наразі, коли відбулось об'єднання в КНП, повністю зняла з себе відповідальність місцева влада, зважаючи на те, що заклади відносяться до обласних рад. Але в цих закладах громадяни міста також отримують послуги. На нашу думку, місцева влада також має забезпечувати, включатися в процес реформування і подолання епідемії в регіоні. Але, на жаль, цього не відбувається. І цей політичний конфлікт між розділом влади, я розумію, що це є питання законодавства, але якщо ми говоримо про епідемію, я думаю, що є національна стратегія, з якою треба шукати, напрацьовувати плани.

Друге питання. Це якість послуг. Ми говоримо про контракування, ми говоримо про те, що ми чуємо постійно доповіді, що у нас все налагоджено, все прийнято. У нас повністю відсутній контроль і механізми контролю за якістю послуг, які отримують пацієнти. Навіть добре, що тут присутній Андрій Борисович Віленський, тому що навіть отримавши контракування від НСЗУ на пакети, зважаючи на тотальний дефіцит або на реформу, яка не відбулася у медичних закладах, фінансування НСЗУ нерідко використовується для покриття адміністративних витрат, що провокує в свою чергу оплату медичних послуг зі сторони пацієнтів. На сьогоднішній день, і це те, що я говорю, рахунки пацієнтам встановлюються від тисячі до 50 тисяч гривень, особливо діагностика і хірургія. Прошу звернути на це увагу.

Наступний слайд, будь ласка.

Харчування лікарень. Ми провели аналіз (нижній рядок, якщо бачите), ми прорахували постанову Кабінету Міністрів, скільки мало б коштувати харчування для людей з туберкульозом в лікарнях. Так, це загальна сума, без тендерів і так далі, але ми бачимо фактичні цифри, які виділені на 2021 рік. Така інформація у нас є по всіх областях.

Дякую Тернопільській, Миколаївській, Рівненській областям за збільшення видатків на фінансування.

Наступний слайд, будь ласка.

Але ми розуміємо, що якщо нам потрібно 200 гривень, а нам виділяють 20 гривень, то жодної якості фінансування у нас не може бути. На сьогоднішній день указом Президента є забезпечення заходів до святкування 30-річчя незалежності, а також встановлення прапорів, і це до відповідальності місцевої влади.

Декілька прикладів. Миколаївська область: фінансування встановлення прапорів – 14 мільйонів, модернізація закладу – 930 тисяч. Рівне: 3 мільйони – прапор, 3 мільйони – Програма протидії ТБ. Черкаси: 2 мільйони – прапор, 7 мільйонів – Програма протидії ТБ. Запорізька область – реформа не відбулася.

Будь ласка, наступний слайд. Він ніби останній.

Так виглядають лікарні (це фотографії 2021 року), де місцева влада не включається в виконання Державної національної стратегії подолання епідемії туберкульозу.

Будь ласка, наступний слайд.

А це фотографії лікарень, де місцева влада фінансує, виконує зобов'язання по виконанню. Хочу зауважити, що більшість цих фотографій, це Луцький обласний диспансер. І на сьогоднішній день це всього-на-всього 12 відсотків з потреби 63 мільйони (коштувала реконструкція закладу). Оці результати, це всього 12 відсотків від змін, які відбудуться.

Останній слайд, будь ласка.

І це реально наше звернення, я вже не говорю про соціальне контракування. 2020 рік – неофіційно, непідтверджена некінцева статистика – майже 3 тисячі осіб померло від туберкульозу. ХХІ сторіччя, виліковне захворювання, 3 тисячі осіб! Це відповідальність кожного з нас.

Ми просимо від комітету звернення до Кабінету Міністрів і до Офісу Президента з направленням у регіони на обласні і міські адміністрації листа з зобов'язанням про виконання Державної національної стратегії розвитку протитуберкульозної служби і подолання епідемії туберкульозу.

Дякую. Вибачте, якщо затримала час.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Ольго Анатоліївно. І дякую вам за, знаєте, таке приземлення нас усіх, тому що традиційно представники системи, скажімо так, мінімізують проблеми або взагалі не інформують нас про них. А завдяки залученням саме вас і представників громадських організацій ми все ж таки можемо бачити, скажімо так, буквально, який стан, який рівень, і ви акцентуєте нашу увагу на тому, що покращення може відбутися тільки тоді, коли ми визнаємо наші проблеми. І саме ви допомагаєте нам їх бачити і визнавати. Дякую вам за вашу презентацію.

Наступна доповідь. Прошу до слова Андрія Олександровича Клепікова – виконавчого директора Міжнародного благодійного фонду "Альянс громадського здоров'я". Доповідь про роль громадянського суспільства саме в підтримці протитуберкульозних зусиль держави в умовах COVID-19. Андрію, ви тут?

КЛЕПШКОВ А.О. Так-так. Дякую, Ладо Валентинівно.

Доброго дня! Ну що, моя презентація про роль громадянського суспільства. І справді, не так багато сьогодні ми згадували про громадянське суспільство. Донори – так, а от все ж таки роль громадських організацій в умовах COVID значно зросла порівняно з попередньою ситуацією. Ми бачимо, що фактично ці організації, як і пацієнтські організації, стали опорою та з'єднуючою ланкою медичних працівників та людей з туберкульозом. Тобто серед таких прикладів сприяння доступу населення до медичних послуг, доступу хворих до послуг з діагностики та лікування, в тому числі з використанням "GeneXpert", транспортування мокротиння, допомога в проходженні тестування на COVID при госпіталізації хворих на туберкульоз і доставка протитуберкульозних препаратів.

Виклики COVID продемонстрували, що неурядові організації можуть допомогти фактично державній відповіді на епідемію. І знову-таки цілий спектр напрямів я хотів би озвучити: це і допомога у підготовці керівництв, проектів законодавчих актів, забезпечення безперервності послуг у виявленні та лікуванні туберкульозу, особливо серед уразливих груп, операційні дослідження, закупівлі, адвокація зниження цін, залучення донорських коштів та бюджетна адвокація.

Потенціал громадянського суспільства фактично за допомогою донорських коштів реалізується у виявленні нових випадків захворювання туберкульозом та психосоціальними супроводами людей. 90 відсотків людей з числа груп ризику, які за результатами скринінгового анкетування мали симптоми, фактично обстежені, перенаправлені і пройшли обстеження в лікувальних закладах, це дуже високий показник і свідчення такої взаємної співпраці.

Ще один результат, який задокументовано як найкращі практики Всесвітньої організації охорони здоров'я – це ефективна ланка від виявлення нових випадків захворювання до психосоціального супроводу і фактично початок лікування. Тобто ви бачите на діаграмі, як на кожному етапі ми простежуємо як кількість людей, так і відсоток ефективності. Тобто як результат, це результат, яким ми пишаємося, що серед контактних осіб виявлення випадків у 6 разів перевищує результати рутинного відстеження випадків захворювання туберкульозом. У 6 разів! Тобто це свідчить і про ефективність роботи, і про ефективне використання коштів.

Стосовно ще одного спектру роботи. Це медико-психосоціальний супровід пацієнтів представниками громадських організацій. Фактично дослідження довели, що ефективність лікування підвищується до 82 відсотків пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом, і 91 відсотка пацієнтів з чутливим туберкульозом. Тобто це доведений приклад, як на додаток до суто медичного лікувального компоненту, ліків, власне, від громадських організацій додаткова цінність дає такий результат – 82 та 91 відсоток.

Про бар'єри вже казала Оля. Теж, на додаток, декілька бар'єрів також на слайді ми тут ілюструємо, що це через COVID-19 обмеження, як у отриманні послуг, так і аутріч роботи, прогалини в нормативній базі.

І останній слайд – пропозиції. Власне, те, що нам досі бракує, це план переходу від донорського до бюджетного фінансування. По програмах з ВІЛ такий перехід вже здійснено, а от з програмами по туберкульозу – це нагальне завдання.

Далі. Це здійснити розробку та впровадження ефективних регіональних заходів соціального захисту пацієнтів з туберкульозом та членів їх родин, забезпечення їхнього фінансування. Впровадження місцевих програм підтримки уразливих груп населення для доступу до програм державних фінансових гарантій медобслуговування. Соціальне замовлення, також покращення нормативно-правової бази у відповідності до принципів УНС загального охоплення послугами здоров'я. І також необхідно привести положення Закону України "Про протидію захворюваності на туберкульоз" у відповідність до сучасних підходів, до організації надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та заходами щодо запобігання поширенню серед населення.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Андрію. Не можу не подякувати вам за підтримку вашими експертами і роботи нашої міжпарламентської платформи і я знаю, що ваші колеги активно допомагали нам в проведенні цих комітетських

слухань. Дякую вам за таку регулярну підтримку і увагу до проблеми подолання туберкульозу.

І в нас остання доповідь від представниці секретаріату Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, координаторки проекту Програми розвитку ООН "Зміцнення Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні" Кравець Любов Петрівна. В двох словах, це представник нашої Національної ради з питань протидії туберкульозу і СНІДу.

Доповідь "Багатосекторальний механізм взаємодії та підзвітності щодо виконання зобов'язань Політичної декларації ООН з питань туберкульозу: від вихідної оцінки до огляду на найвищому державному рівні".

КРАВЕЦЬ Л.П. Доброго дня. Мене чути?

БУЛАХ Л.В. Так.

КРАВЕЦЬ Л.П. Доброго дня ще раз всім, доброго дня головуючим, всім депутатам, учасникам цієї зустрічі. Хотіла просто нагадати, у вересні 2018 року відбулася перша в світі нарада високого рівня Генеральної Асамблеї ООН з питань туберкульозу, за результатами якої 10 жовтня 2018 року країнами було підписано відповідну Політичну декларацію ООН з питань туберкульозу. І для досягнення такого глобального завдання щодо подолання епідемії туберкульозу до 2030 року були встановлені цією політичною декларацією цільові орієнтири та зобов'язання до 2022 року.

Які ці зобов'язання? По-перше, це покращення та належне охоплення діагностикою, профілактикою, діагностикою та ефективним лікуванням від туберкульозу, достатнє та стає фінансування у цій сфері, зниження стигми та дискримінації, захист прав людей, належна підтримка та інвестиції для забезпечення нових і ефективних вакцин, нових методів діагностики та лікування, нових моделей надання допомоги особам, які захворіли, а також їхнім сім'ям, і в тому числі створення єдиного міжсекторального механізму взаємодії і підзвітності.

І очікується, що з 2023 року на нараді високого рівня Генеральної Асамблеї ООН за участі всіх голів держав і урядів відбудеться комплексний огляд таких проміжних результатів досягнення ліквідації туберкульозу у всіх країнах.

Серед ключових цілей та зобов'язань Політичної декларації передбачено створення так званого механізму міжсекторальних взаємодій і підзвітності як такого інструменту для досягнення та оцінки прогресу в ліквідації туберкульозу на національному рівні, на регіональному рівні та на глобальних рівнях.

Для посилення заходів у боротьбі з туберкульозом держави-члени ООН звернулись до Всесвітньої організації охорони здоров'я з проханням розробити так званий рамковий документ, який буде регламентуючим таким документом для запровадження на рівні кожної країни механізму взаємодії і підзвітності. І минулого року ВООЗ презентував країнам контрольний перелік питань для оцінки вихідної ситуації, який складається з трьох додатків, в яких встановлюються напрямки для оцінки. Перше – це завдання тих міністерств і органів, які залучать до ліквідації туберкульозу на рівні країни. Друге - оцінка залучення громадянського суспільства, а також громад до забезпечення міжсекторальної взаємодії. І третє – це прийняття та впровадження настанов ВООЗ щодо протидії туберкульозу на рівні країни.

На сьогодні за технічної підтримки, в принципі, Європейського регіонального бюро ВООЗ та рішенням Національної ради день проводиться така оцінка вихідна на рівні України, і за результатами цієї оцінки будуть напрацьовані пропозиції для формування національної дорожньої карти на 2021-2023 роки з впровадженням механізму міжсекторальної взаємодії та підзвітності. Сподіваємося, що на початку квітня, в середині квітня ми будемо мати вже заключний звіт. 22 березня ми очікуємо проведення першої презентації оцінки в рамках робочої групи Національної ради.

Взагалі ВООЗ розробив таку рамку, згідно з якою мають всі країни працювати для запровадження механізму взаємодії і підзвітності. І ця рамка передбачає, що має в країні працювати механізм координації щодо реалізації стратегії з ліквідації епідемії туберкульозу. На сьогоднішній день, так, у нас є дві стратегії, про які ми всі згадували. І за процеси координації міжвідомчої відповіді з питань туберкульозу на сьогоднішній день відповідає Національна рада з ВІЛ/СНІД та туберкульозу як консультативно-дорадчий орган уряду. І 28 січня цього року на засіданні Національної ради за участі представників Європейського регіонального бюро ВООЗ було розглянуто питання щодо запровадження цього механізму і погоджено покладення цієї функції на Національну раду.

А також другий важливий компонент цієї діяльності – це моніторинг і звітування щодо реалізації національних документів з ліквідації туберкульозу, зокрема у вигляді періодичного огляду на високому рівні, зокрема очолюваному Президентом країни. Це рекомендація Всесвітньої організації охорони здоров'я.

І враховуючи це, і у зв'язку з усім цим ми пропонуємо все ж таки розглянути можливість запровадити механізм міжсекторальної взаємодії та підзвітності на високому державному рівні шляхом підписання відповідного, можливо, указу Президента, яким передбачити три таких основних компоненти: запровадити з 24 березня наступного року до Всесвітнього дня боротьби з туберкульозом щорічне скликання наради високого рівня в Офісі Президента України за участі ключових партнерів і зацікавлених сторін.

Друге – за результатами проведення вихідної оцінки, яку зараз ми проводимо, розроблення урядом і залучення зацікавлених сторін до національної дорожньої карти на 2021-2023 роки з впровадженням механізму взаємодії і підзвітності.

І щороку до 1 березня, починаючи з наступного року, готувати і надавати урядом до Офісу Президента річний національний звіт, у тому числі весь спектр впровадження дорожньої карти.

Ну і враховуючи...

БУЛАХ Л.В. Любов Петрівна, хвилиночка.

КРАВЕЦЬ Л.П. Все! Враховуючи вищезазначене, я звертаюсь все ж таки до членів комітету підтримати цю ініціативу щодо запровадження все ж таки на постійній основі щорічних зустрічей на чолі з Президентом за участі народних депутатів, представників уряду, неурядових організацій, донорів, усіх зацікавлених для обговорення за участі Президента щорічних результатів боротьби країни, досягнення країною успіхів і, можливо, прийняття певних управлінських рішень на високому рівні з цих питань.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую. Так, ця ініціатива, пропонована Всесвітньою організацією охорони здоров'я, я думаю, що головна мета – це увага політичного лідера, увага Президента країни у процесі подолання епідемії.

Дякую за доповідь.

Всі планові наші доповіді ми заслухали. Прошу, тепер всі бажаючі, які хочуть поставити питання, я не обіцяю, що всі, хто робив доповіді, у нас досі присутні, але, сподіваюся, що ваші питання матимуть відповіді. Тому запрошую всіх, хто ще за нами, до обговорення.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пані Ладю, хотів би нагадати, що у вас залишилося 7 хвилин на все це.

БУЛАХ Л.В. Я пам'ятаю. Будь ласка, пані Оксано.

ДМИТРИЄВА О.О. Якщо у родині захворіла дитина або член родини захворів на туберкульоз, як далі проходить профілактика інших членів родини? Як це має проходити? Хто може відповісти? До кого це правильно ставити питання?

БУЛАХ Л.В. Оксано, можливо, Яна Терлеєва від Центру громадського здоров'я знає? Якщо вона з нами, можливо, відповість. Тому що насправді ці

питання мені часто ставлять мажоритарники, які поверхово розуміють, що є пакет Національної служби здоров'я, націлений на діагностику, лікування конкретного хворого. А хто здійснює профілактику і за чий кошт здійснюється ця профілактика?

ЛЯШКО В.К. Давайте Міністерство охорони здоров'я підготує вам роз'яснення чітке з інфографікою для того, щоб це було зрозуміло всім. Але от Яна є...

БУЛАХ Л.В. Вікторе, я тебе ловлю на слові. Це буде чудово, якщо ти коротенько зробиш нам таку інформаційну довідку, я розішлю всім членам. Насправді у нас у платформі проти туберкульозу близько 50 членів. Я хочу сказати, що увага депутатів від регіонів дуже велика. Особливо, коли було питання про закриття протитуберкульозних санаторіїв, їх залучили, трішечки потім пожалкували, що їх залучили, тому що ми розібралися в цій проблемі і дійсно підтримуємо рішення Міністерства охорони здоров'я про зміну їх призначення.

Прошу, Яно.

ТЕРЛЕЄВА Я. Дякую.

Дуже приємно, що задали запитання. Я дійсно підтримую Віктора Кириловича, що, певно, у нас має бути сформований такий постійний алгоритм обміну інформацією, щоб ми не чекали комітетських слухань, а поточно, коли виникає, щоб ми швидко більшість аудиторії інформували за різними напрямками, в тому числі ділилися про проблемні питання не тоді, коли, наприклад, вакцина БЦЖ закінчилася, а попереджали про такі ризики і як держава вирішує це питання.

Що стосується профілактичного лікування туберкульозу, це зараз сучасний термін "латентна туберкульозна інфекція", то це прерогатива фтизіатричної служби, саме призначення відбувається фаховими фахівцями, але слід зазначити, що тут є важлива роль сімейної медицини, тому що саме сімейний лікар знає цю родину і в комплексі з лікарем-фтизіатром має вжити всіх заходів для того, щоб знайти цих контактних, поставити їх на облік, обстежити їх і вже потім за результатами обстеження саме, частіше це в ... застосовується, має звернутись до свого фтизіатра, але можуть бути моделі, коли і хіміопротифілактика може бути передана на сімейну медицину, але поки що це скоріше як виключення, враховуючи, що зараз ми тільки починаємо залучення цих послуг на первинний рівень. Але детально це прописано в стандарті надання медичної допомоги, під який зараз і програму медичних гарантій, під новий стандарт, який зараз є в Міністерстві охорони здоров'я на черговому оновленні, затвердження, а там можна буде більш детально почитати.

БУЛАХ Л.В. Тобто я правильно зрозуміла, що в рамках існуючих і нового пакету лікування одного кейсу в рамках ПМГ фтизіатр залучає оточення хворого до профілактики? Дякую.

Наступне питання. Марина Орлова, первинна ланка, Харківська область.

ОРЛОВА М. Добрий день, дякую за декілька слів, хочу сказати коментарі. Харківська область, первинка, 11 років мала досвід, працювала районним фтизіатром, і саме в сільській місцевості. Тому хочу сказати, що цей пакет, який на сьогоднішній день Національна служба здоров'я рекомендує до укладання на первинці, він є важливим і необхідним.

Поясню чому. Первинка здійснює амбулаторне лікування хворих на туберкульоз, тому що районний фтизіатр один, це менше ніж навіть ті сімейні лікарі, яких не вистачає в нас на сьогоднішній день в селах. Тому в пацієнта повинна бути до амбулаторії або до фельдшерського пункту крокова доступність. Вважаю, що це все правильно і це ми робили і будемо робити на рівні, вже якщо в нас буде цей пакет.

Єдине побажання, яке в мене є до Національної служби здоров'я. Ми всі знаємо, що є в нас функціонал електронний e-TV Manager, це для фтизіатричної служби взагалі, тобто це послідовність передання пацієнта з етапу на етап лікування, стаціонарне лікування, амбулаторне. Якщо цей простір електронний зробити цілий і включити сюди сімейного лікаря, щоб це також було видно для сімейного лікаря, яке саме лікування, які були аналізи на перших етапах лікування цього пацієнта, це було б дуже здорово і дуже класно для сімейного лікаря.

Тому дякую вам за увагу. Ми будемо цей пакет звісно радити.

БУЛАХ Л.В. Дякую, Марино, і дякую за вашу вмотивованість.

Наступне питання від Олени Труш, "Лікарі без кордонів".

ТРУШ О. Дякую. Я розумію, що в нас лишилось менше трьох хвилин, тому я з трьох хвилин хоча би одну займу і підніму таке питання, що результати нашої роботи, ми працюємо в Житомирській області по лікуванню хіміорезистентного туберкульозу, показують, що застосування нового режиму при лікуванні з новими препаратами вже через два місяці від початку лікування дає успіх у 98 відсотків пацієнтів конверсію мокротиння, тобто припинення бактеріовиділення, і хворі не поширюють інфекцію. І це лікування з використанням нових схем однаково ефективно для хворих з різними супутніми захворюваннями: ВІЛ, гепатитом і зловживанням алкоголем. А це значить, що всі пацієнти з мультирезистентним туберкульозом, незалежно від складності їх соціального статусу і

коморбідності, вони мають високий шансвилікуватися від туберкульозу, тим більше, що термін лікування уже не 24, а 9 місяців.

Але що сьогодні насторожує? Що досягнення таких результатів можливе лише за умови надання кожному пацієнту комплексної соціально-психологічної підтримки і ретельного медичного спостереження та лікування супутніх захворювань саме на амбулаторному етапі. Бо через два тижні, коли хворий вже є ... (*Нерозбірливо*), він переходить на амбулаторне лікування, навіть такий складний, як мультирезистентний.

І тому ми хочемо ще раз наголосити, що пацієнтоорієнтована модель лікування, яку рекомендує ВООЗ, потребує на сьогодні широкого і термінового впровадження. І надавачі послуг на місцях, особливо лікарі первинної ланки, а також місцеві громади, потребують дуже чітких інструкцій щодо того, як впроваджувати необхідні послуги, хто має за це відповідати. І тільки так Україна може стримати поширення туберкульозу.

Дякую вам за надане слово.

БУЛАХ Л.В. Дякую. Ми також відвідували Житомир, відвідали і Житомирську протитуберкульозну лікарню і дивилися, в принципі, унікальні результати, які були досягнуті в лікуванні саме пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом, у яких якби не було цієї участі "Лікарів без кордонів", можливо, і не було б можливості завершити лікування успішно і продовжити своє життя.

Ще остання репліка.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Пані Ладо, час!

БУЛАХ Л.В. Остання.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. У нас наступний комітет, пані Ладо.

БУЛАХ Л.В. Я обіцяю, остання. Добре? Ольга Клименко, давайте, хвилинка.

КЛИМЕНКО О.А. Я менше ніж хвилинка. Дуже дякую. Я хочу звернути увагу, що за сьогоднішнє засідання не озвучили тему закупівлі і забезпеченості протитуберкульозних препаратів та безперервний доступ пацієнтів. Я прошу комітет в 2021 році сприяти і долучатися до процесу того, що відбувається в Україні з закупівлями ПТП, для того щоб ми уникнули ситуації, яка у нас була з перериваннями і листами-очікуваннями в 2020 році, тому що на сьогоднішній день ми знову вбачаємо ризики і, скажемо так, дежавю 2020, 2019, 2018 і всіх попередніх років.

Дякую.

БУЛАХ Л.В. Дякую. Я не можу, ну, скажімо, погодитись, тому що Михайло Борисович точно знає, що я регулярно роблю депутатські звернення на Міністерство охорони здоров'я і цікавлюсь станом забезпеченості фтизіатричної служби протитуберкульозними препаратами. Звісно, що хотілось би, щоб у нас ніяких не було проблем з їх наявністю. Але все одно думаю, що внаслідок наших комітетських слухань Міністерство охорони здоров'я надасть об'єктивну інформацію, як мінімум, на рік вперед, щоб ми об'єктивно знали, чи будуть наші пацієнти забезпечені протитуберкульозною терапією у 2021 році.

Дякую.

І тоді передаю вже слово голові Комітету з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування Михайлу Борисовичу Радуцькому для підведення підсумків і завершення заходу.

РАДУЦЬКИЙ М.Б. Дякую, пані Ладо. Дякую, колеги.

Шановні учасники, сьогодні в ході комітетських слухань ми з вами обговорили низку питань і проблем, що стосуються організації ефективної протидії туберкульозу. Безумовно, проведення нами слухань та обмін думками, що відбувся, стануть поштовхом для подальшого вдосконалення державної політики у сфері боротьби з туберкульозом в Україні. Сподіваюся, що слухання були корисними для всіх нас і привернули увагу суспільства до цієї важливої проблеми.

За результатами цих слухань будуть підготовлені рекомендації комітету, в які увійдуть надані та висловлені під час слухань пропозиції. Якщо хтось не встиг подати свої пропозиції, ви можете надіслати їх в секретаріат комітету протягом тижня до 25 березня, контакти є на офіційному веб-сайті комітету. Усі ваші пропозиції будуть опрацьовані, а затверджені комітетом рекомендації оприлюднені на веб-сайті комітету.

Хочу запевнити, що наш комітет готовий до подальшої співпраці і буде робити усе від нього залежне для збереження і зміцнення здоров'я народу України.

Дякую всім за участь та конструктивну роботу.

Слухання оголошую закритими.