

Укладачі: Мельник В. М., д-р мед. наук, проф.; Линник М. І., д-р мед. наук; Матусевич В. Г. канд. мед. наук.; Новожилова І. О. канд. мед. наук.; Тарасенко О. Р. канд. мед. наук; Арефєва Л. В.; Приходько А. М.; Нікіфорова Л. Г.; Бушура І.В. (НІФП НАМНУ).

Рецензенти:

Зайков С. В. професор кафедри фтизіатрії і пульмонології НМАПО ім. П. Л. Шупика, д-р мед. наук, проф.;
Процик Л. М. старший науковий співробітник відділу хіміорезистентного туберкульозу, канд. мед. наук.

Голова профільної проблемної комісії МОЗ та НАМН України:

акад. НАМН України, д-р мед. наук, проф. Ю. І. Фещенко

Голова експертної комісії: д-р мед. наук, проф. В. М. Мельник

Відповідальний за випуск: Державна установа “Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”,

03038, м. Київ, вул. М. Амосова, 10.

Тел. (044) 275 54 88, факс. (044) 275 21 18.

E-mail: secretar@ifp.kiev.ua

НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Державна установа

“Національний інститут фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України”

(НІФП НАМНУ)

УДК: 616-002.5:614.2(477)

Випуск із проблеми

"Фтизіатрія і пульмонологія"

ЗАТВЕРДЖЕНО

Вченою радою Національного інституту

фтизіатрії і пульмонології

ім. Ф. Г. Яновського НАМН України,

протокол № 8

від 26 вересня. 2017 р.

**АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ РЕФОРМИ
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОЇ СЛУЖБИ**

(інформаційний лист)

Пропонується для впровадження в практику організації охорони здоров'я алгоритм проведення реформи протитуберкульозної служби, який розроблено у відділі епідеміологічних та організаційних проблем фтизіопульмонології НІФП НАМНУ.

На тлі зниження середньоукраїнських показників за 2015–2016 рр. збільшилась захворюваність у 10-ти, а смертність від туберкульозу – у 4-х адміністративних територіях, що свідчить про хитку епідемічну ситуацію з цієї недуги і незадовільне функціонування протитуберкульозної служби (ПТЗ). Так, в Україні в середньому на 1 ліжко у протитуберкульозному диспансері припадає 2,3 хворих на рік і 4,6 хворих на 1 санаторне ліжко на рік. На 1 фтизіатра припадає 16,2 хворих на рік, причому щороку їх кількість зменшується на 2,5 %. На 1 робочий тиждень в країні проводиться 0,75 фтизіохірургічних втручань. Близько 68,0 % виділених коштів витрачається на стаціонарне лікування хворих.

Реформу слід розпочати із загальнопідготовчих заходів (змінити чинне законодавство, надати протитуберкульозним закладам (ПТЗ) повну автономію, переобрати усіх керівників ПТЗ мотивованих до проведення реформ) і провести початкові заходи (створити реформаторську робочу групу, вдосконалити клінічні протоколи і стандарти, створити єдиний медичний простір та інтегрувати ПТЗ у загальну медичну мережу, створити прозору електронну звітність, включаючи рух ліків та фінансів, переглянути диспансерну тактику хворих на туберкульоз).

Керівників ПТЗ слід обирати за конкурсом на 5 років і не більше ніж на два строки поспіль з можливістю відкликання. Керівник ПТЗ повинен укладати контракти зі всіма своїми співробітниками, а ПТЗ – з хворими. Контроль за ПТЗ повинна здійснювати наглядова і медична рада закладу, громадські та пацієнтські організації та через доступний «електронний бюджет».

Залежно від кількості хворих слід: оптимізувати структуру і ліжковий фонд ПТЗ і санаторіїв, кількість фтизіатрів із урахування на пріоритетне амбулаторне лікування бактеріонегативних хворих, створити міжобласні фтизіохірургічні відділення і ліквідувати ті, які не виконують своєї функції (див. рисунок).



Рисунок. Алгоритм проведення реформи протитуберкульозної служби