



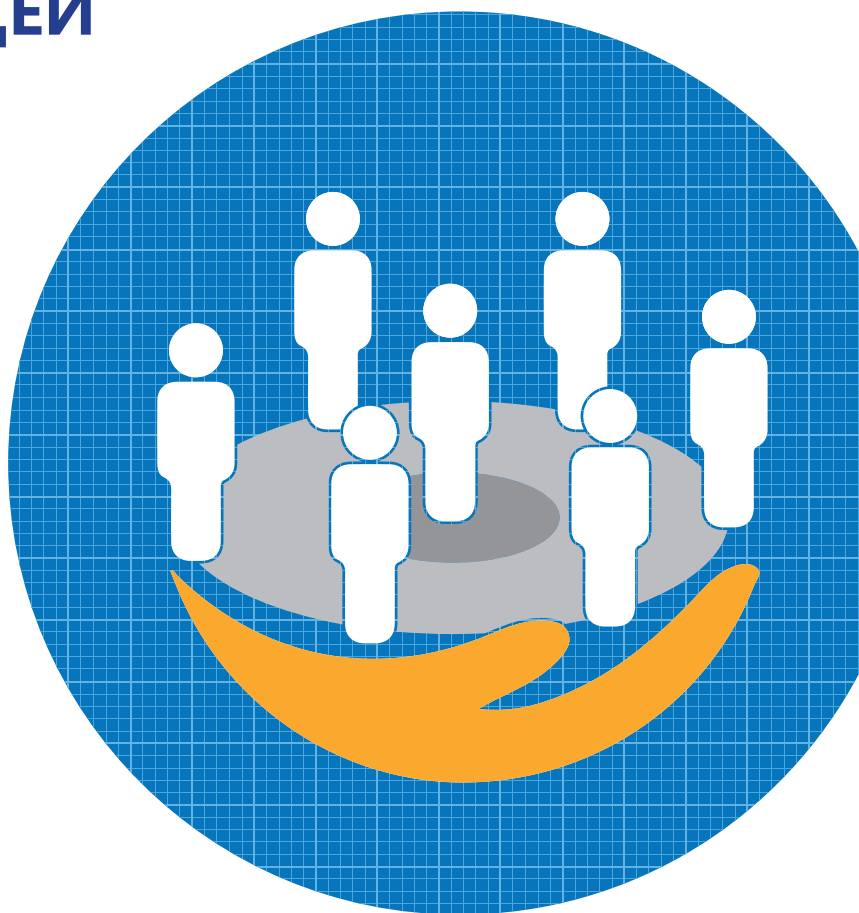
Всемирная организация
здравоохранения

Европейское региональное бюро

МОДЕЛЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Концептуальный проект модели для стран Восточной Европы и Центральной Азии, первое издание

Этот документ основывается на общих принципах Регионального проекта по борьбе с туберкулезом в Восточной Европе и Центральной Азии, с тем чтобы оказать поддержку странам региона для выработки политических решений и внедрения эффективных и действенных систем оказания противотуберкулезной помощи, обеспечить переход к амбулаторным, ориентированным на нужды людей моделям медицинской помощи при устойчивом финансировании, а также добиться более высоких результатов профилактики и лечения ТБ.



ERS
EUROPEAN
RESPIRATORY
SOCIETY
every breath counts



THE LONDON SCHOOL
OF ECONOMICS AND
POLITICAL SCIENCE

LONDON
SCHOOL of
HYGIENE
& TROPICAL
MEDICINE



we act today for tomorrow's future!

Stop TB Partnership

АННОТАЦИЯ

Этот документ основывается на общих принципах Регионального проекта по борьбе с туберкулезом в Восточной Европе и Центральной Азии, с тем чтобы оказать поддержку странам региона для выработки политических решений и внедрения эффективных и действенных систем оказания противотуберкулезной помощи, обеспечить переход к амбулаторным, ориентированным на нужды людей моделям медицинской помощи при устойчивом финансировании, а также добиться более высоких результатов профилактики и лечения ТБ.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА

СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МОДЕЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ,
ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Запросы относительно публикаций Европейского регионального бюро ВОЗ следует отправлять по адресу:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Кроме того, запросы на документацию, информацию по вопросам здравоохранения или разрешение на цитирование или перевод документов ВОЗ можно заполнить в онлайн-режиме на сайте Регионального бюро: (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

Design and layout: 4PLUS4.dk

© Всемирная организация здравоохранения 2017

Все права защищены. Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения охотно удовлетворяет запросы о разрешении на перепечатку или перевод своих публикаций частично или полностью.

Обозначения, используемые в настоящей публикации, и приводимые в ней материалы не отражают какого бы то ни было мнения Всемирной организации здравоохранения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города или района или их органов власти или относительно делимитации их границ. Пунктирные линии на географических картах обозначают приблизительные границы, относительно которых полное согласие пока не достигнуто.

Упоминание тех или иных компаний или продуктов отдельных изготовителей не означает, что Всемирная организация здравоохранения поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или продуктами аналогичного характера, не упомянутыми в тексте. За исключением случаев, когда имеют место ошибки и пропуски, названия патентованных продуктов выделяются начальными прописными буквами.

Всемирная организация здравоохранения приняла все разумные меры предосторожности для проверки информации, содержащейся в настоящей публикации. Тем не менее, опубликованные материалы распространяются без какой-либо явно выраженной или подразумеваемой гарантии их правильности. Ответственность за интерпретацию и использование материалов ложится на пользователей. Всемирная организация здравоохранения ни при каких обстоятельствах не несет ответственности за ущерб, связанный с использованием этих материалов. Мнения, выраженные в данной публикации авторами, редакторами или группами экспертов, необязательно отражают решения или официальную политику Всемирной организации здравоохранения.

СОДЕРЖАНИЕ

Выражение благодарности	ii
Авторский коллектив	v
Члены научной рабочей группы проекта TB-REP	v
Список сокращений	vi
Краткое описание и принципы	1
Предпосылки и контекст концептуального проекта	3
Обоснование и важность услуг по лечению ТБ, ориентированных на нужды людей ..	5
Разработка системы оказания медицинской помощи больным ТБ	8
Модель противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, для региона ВЕЦА.....	11
Профилактика	13
Выявление и диагностика	13
Лечение и поддержка	14
Интеграция с другими службами	16
Места лишения свободы.....	17
Согласование модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, с другими структурными элементами системы здравоохранения	19
Финансовые стимулы	19
Согласование финансовых стимулов с моделью противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей	20
Кадры системы здравоохранения	22
Перераспределение обязанностей	23
Наращивание потенциала / образование.....	25
Определение практических навыков и планирование	26
Оценка качества кадровых ресурсов здравоохранения	26
Основные изменения и инновации	27
Библиография	29
Приложение 1. КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ	34
Основные критерии для госпитализации больных ТБ	34
Основные условия для стационарных лечебных учреждений госпитализирующих больных ТБ.....	35

Критерии выписки из стационара.....	35
Положительный результат микроскопии мазка мокроты и лечение в амбулаторных условиях.....	36
Предлагаемые критерии оказания ПМСП при амбулаторном лечении больных ТБ.....	37
Оптимальные условия для лечения ТБ в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства и на дому	37
Библиография.....	38
 Приложение 2. ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА.....	39
Ключевые вопросы, которые следует учитывать в процессе планирования и организации пропускной способности противотуберкулезного учреждения.....	39
Методология расчета потребностей в больничных койках в противотуберкулезном учреждении.....	39
 Приложение 3. ДЕЙСТВУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ В 11 СТРАНАХ ПРОЕКТА ТВ-REP	49
Приложение 4. ГЛОССАРИЙ ТВ-REP ТЕРМИНОВ: КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	51
Библиография.....	53

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ

Этот концептуальный проект модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, в странах Восточной Европы и Центральной Азии был подготовлен техническими партнерами Регионального проекта по борьбе с туберкулезом в Восточной Европе и Центральной Азии (TB-REP) «Укрепление систем здравоохранения для эффективного контроля туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью возбудителя», осуществляемого при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией. Партнерами данного проекта являются Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Лондонская школа экономики и политологии и Европейское респираторное общество в сотрудничестве с Европейским региональным бюро ВОЗ, Центром политики и исследований здравоохранения, Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, а также с Альянсом общественного здоровья, Партнерством «Остановить туберкулез» и Европейской коалицией по борьбе с ТБ.

Разработка этого документа стала возможной благодаря финансированию, предоставленному Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией в рамках гранта для реализации проекта TB-REP «Укрепление систем здравоохранения для эффективного контроля туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью возбудителя». Мнения авторов, выраженные в данной публикации, необязательно отражают точку зрения Глобального фонда, TB-REP или других партнеров проекта TB-REP.

АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ

- Д-р Stela Bivol (Центр политики и исследований здравоохранения (Центр PAS), Республика Молдова);
- Д-р Martin van den Boom (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания);
- Д-р Masoud Dara (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания);
- Д-р Hans Kluge (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания);
- Г-жа Ieva Leimane (Европейское респираторное общество, Швейцария);
- Г-н Alexandre Lourenco (руководитель здравоохранения, госпиталь и университетский центр Коимбра, Португалия);
- Д-р Uldis Mitlenbergs (Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, Швейцария);
- Д-р Zlatko Nikoloski (Лондонская школа экономики и политологии, Соединенное Королевство);
- Д-р Anna Odone (Лондонская школа гигиены и тропической медицины, Соединенное Королевство);
- Д-р Ihor Perehinets (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания);
- Д-р Viorel Soltan (Центр PAS, Республика Молдова);
- Г-н Szabolcs Szigeti (Страновой офис ВОЗ, Венгрия);
- Г-жа Regina Winter (Европейское региональное бюро ВОЗ, Дания).

ЧЛЕНЫ НАУЧНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ ПРОЕКТА ТБ-РЕП

- Д-р Sevim Ahmedov (Агентство США по международному развитию, Соединенные Штаты Америки);
- Д-р Tamar Gabunia (старший технический консультант, Центр инноваций и технологий, Университетская исследовательская компания, ООО, Грузия);
- Д-р Евгения Гелюх (Альянс общественного здоровья, Украина);
- Д-р Армен Айрапетян (Национальный центр по борьбе с туберкулезом, Армения);
- Г-жа Айнура Ибраимова (проект АМР США «Победим туберкулез», Кыргызстан);
- Д-р Жумагали Исмаилов (Национальный центр проблем туберкулеза, Казахстан);
- Д-р Шахимурад Исмаилов (Национальный центр проблем туберкулеза, Казахстан);
- Д-р Максут Кульжанов (консультант ВОЗ, Казахстан);
- Г-н Сафар Наимов (Молодое поколение Таджикистана, Таджикистан);

- Д-р Алена Скрахина (Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии, Беларусь);
- Д-р Наталья Вежнина (консультант ВОЗ, Российская Федерация);
- Д-р Andrei Mosneaga (старший консультант по вопросам туберкулеза Министерства труда, здравоохранения и социального обеспечения, Грузия).

Отказ от ответственности: несмотря на все усилия, эта публикация может содержать неточности и неполные данные. Изложенные здесь материалы не предназначены для клинического лечения отдельных пациентов, однако содержат описание вариантов политики, направленной на повышение качества противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей. Комментарии и предложения по улучшению могут быть направлены по адресу: eurotbrep@who.int.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВЕЦА	Восточная Европа и Центральная Азия
ИП	инъекционные препараты
ЛВН	лечение под видеонаблюдением
ЛНН	лечение под непосредственным наблюдением
ЛУ-ТБ	лекарственно-устойчивый туберкулез
ЛПУ	лечебно-профилактическое учреждение
ЛЧ-ТБ	лекарственно-чувствительный туберкулез
МЛУ-ТБ	туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ПЗК	показатель занятости койки
ПВР	препараты второго ряда
ПМСП	первичная медико-санитарная помощь
ПР-ТБ	полирезистентный туберкулез
ППР	препараты первого ряда
РР-ТБ	туберкулез с устойчивостью к рифампицину
СПГ	средняя продолжительность госпитализации
ТБ	туберкулез
ТВ-REP	Региональный проект «Укрепление систем здравоохранения для эффективного контроля туберкулеза, в том числе с лекарственной устойчивостью возбудителя в регионе Восточной Европы и Центральной Азии»
ТЛЧ	тестирование лекарственной чувствительности
ШЛУ-ТБ	туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ЭПЗ	эквивалент полной занятости; полная штатная единица
FQ	фторхинолоны
R	rifampicin (рифампицин)
Xpert MTB/RIF	автоматизированный тест в реальном времени на основе амплификации нуклеиновых кислот для быстрого и одновременного выявления ТБ и устойчивости к рифампицину



КРАТКОЕ ОПИСАНИЕ И ПРИНЦИПЫ

Этот концептуальный проект модели разработан в помощь управленцам, формирующим политику, и заинтересованным сторонам, ответственным за разработку и реализацию политики в области здравоохранения в странах Восточной Европы и Центральной Азии (ВЕЦА). Целью проекта является предоставление информации для обсуждения и поддержки первых шагов по смещению услуг по профилактике, лечению и ведению больных туберкулезом (ТБ) в амбулаторные условия с использованием подхода, ориентированного на нужды людей.

В целях представления информации как можно большему числу заинтересованных сторон, авторы данной публикации постарались избежать чрезмерно технического изложения и вместо этого рассматривают указанную тему в более широком контексте. Публикация разбита на главы, в которых излагается предыстория и контекст концептуального проекта, в том числе сведения о возникновении и персистировании лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) в Европейском регионе ВОЗ; обоснование и важность лечения ТБ, ориентированного на нужды людей; данные о разработке маршрута больного ТБ; предлагаемая модель противотуберкулезной помощи для достижения поставленной цели; изменения для согласования этой модели с другими структурными элементами системы здравоохранения (механизмами финансирования здравоохранения, моделью предоставления услуг и организации кадровых ресурсов для планирования услуг здравоохранения) для начала реализации реформы общей модели противотуберкулезной помощи. Кроме этого, в документе изложены идеи о том, как возглавить процесс изменений и внедрения инноваций. Руководящие принципы, изложенные в этом концептуальном проекте, и планируемая разработка последующих технических документов призваны обеспечить улучшение результатов лечения с учетом не только эпидемиологических аспектов, но и возможного вклада социальной поддержки, устойчивых механизмов финансирования, кадровых ресурсов здравоохранения и обеспечения справедливого доступа к высококачественным лекарствам и технологиям.

Кроме того, для создания благоприятной и стимулирующей среды для осуществления изменений рекомендуется использовать перечисленные ниже варианты политических решений.

Для **групп населения и частных лиц** предлагаемые меры включают:

- обзор необходимой поддержки на уровне местных сообществ и пациентских организаций как поставщиков услуг для преодоления секторальных границ и обеспечения подхода, ориентированного на нужды людей;
- поддержка развития местных служб здравоохранения, в том числе мотивирование и вовлечение людей в процесс самостоятельной работы по определению их потребностей и запросов в отношении здоровья;
- поддержка совместного принятия решений и самостоятельного контроля над своим заболеванием среди пациентов.

Для **процессов предоставления услуг** предлагаемые меры включают:

- проведение экспресс-оценки или ситуационного анализа текущего состояния модели противотуберкулезной помощи (предоставление услуг по лечению ТБ в амбулаторных и стационарных учреждениях, а также действующие национальные руководства и стратегии по лечению) для обоснования разработки новой модели или улучшения существующей с использованием подробных указаний, изложенных в данном концептуальном проекте;

- пересмотр основных терминов и определений для учреждений и организаций, предоставляющих противотуберкулезные услуги, в целях приведения их в соответствие с национальными и международными стандартами;
- определение и разработка соответствующих технических документов (клинических руководств, критериев госпитализации и т.п.) для противотуберкулезных служб;
- определение сфер компетенции, задач и стандартов лечения для штатных медицинских работников и стандартизация практики с использованием таких инструментов, как клинические руководства и протоколы;
- открытие новых и/или перепрофилирование существующих учреждений по оказанию услуг в соответствии с моделью оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, и разработка маршрутизации пациентов, в том числе для перевода в другие учреждения, направления к специалистам и на первичный уровень для последующего наблюдения, для определения оптимальных маршрутов пациентов в соответствии с их индивидуальными потребностями для обеспечения максимальной координации и недопущения дублирования действий.

Для **процессов системы здравоохранения** предлагаемые меры включают:

- разработку и включение новой концепции модели противотуберкулезной помощи в общую повестку программы реформирования системы здравоохранения, чтобы максимально использовать возможности взаимодействия и избежать распространения противоречивой информации и получения противоречивых результатов;
- установление взаимосвязи между механизмами оплаты труда поставщиков медицинских услуг с повышением эффективности работы на основе модели противотуберкулезной помощи, а также с качеством и интеграцией услуг;
- гарантию, что руководящие принципы клинической практики способствуют оптимальному предоставлению высококачественных и доступных по цене лекарственных средств;
- перевод ряда услуг по лечению ТБ из стационарных в амбулаторные условия; принятие общей схемы перераспределения задач, которая могла бы стать частью протоколов оказания медицинской помощи пациентам;
- создание системы непрерывного обучения в процессе работы для гарантии того, что сотрудники располагают навыками, необходимыми для использования модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей;
- реформу медицинского образования с целью объединения специализации по фтизиатрии со специализацией по пульмонологии / инфекционным заболеваниям в системе дипломного и пост-дипломного обучения врачей для обеспечения стратегического перехода от узконаправленного образования по лечению отдельных болезней к более широкому, интегрированному и ориентированному на потребности людей обучению.

Для **процессов управления изменениями** предлагаемые меры включают:

- разработку планового подхода для содействия общесистемным изменениям и унификации действий в рамках общего видения и направленности на будущее с целью достижения скорейших результатов для обеспечения устойчивости;
- осуществление пилотных или демонстрационных проектов для апробации идей и формирования основы для преобразований с использованием подхода «снизу-вверх» для поиска решений, принимаемых на основе существующих реалий.

Для соответствия разнообразным условиям в странах региона ВЕЦА может потребоваться адаптация руководящих принципов и предлагаемых вариантов политики, изложенных в этом документе. ВОЗ и сеть ее партнеров могут оказать содействие в этом процессе путем проведения оценок регуляторного воздействия, разработки дорожных карт и руководящих указаний, а также путем ведения информационно-разъяснительной работы в интересах осуществления преобразований на всех уровнях согласно установленным приоритетным направлениям деятельности по созданию системы оказания комплексных услуг здравоохранения.

ПРЕДПОСЫЛКИ И КОНТЕКСТ КОНЦЕПТУАЛЬНОГО ПРОЕКТА

Несмотря на заметный прогресс, достигнутый за последнее десятилетие, туберкулез (ТБ) по-прежнему является проблемой общественного здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ, который несет тяжелое бремя туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) с показателями в когортах новых и ранее леченых больных более чем в два раза превышающими аналогичные показатели в любом другом регионе ВОЗ. Из 30 стран мира, которые, как принято считать, несут наиболее тяжелое бремя МЛУ-ТБ, девять расположены в Европейском регионе ВОЗ (1).

Возникновение и персистирование ЛУ-ТБ является прямым следствием существующих недостатков в системе здравоохранения. В частности, это результат отсутствия связей между различными частями системы, особенно между сектором здравоохранения и службой исполнения наказаний, а также нехватки надлежащей инфраструктуры, например, лабораторий, и наличия проблем в обеспечении постоянного доступа к необходимым, высококачественным противотуберкулезным препаратам. Эти проблемы, особенно если они еще более усугубляются по причине слабости систем психосоциальной поддержки, приводят к некачественному лечению или его перерывам, особенно среди наиболее уязвимых групп пациентов.

Многие страны региона ВЕЦА сегодня переходят от систем здравоохранения с вертикальной моделью, где лечебные мероприятия преимущественно проводятся в стационарах, к более согласованным моделям, в которых усилена первичная медико-санитарная помощь. Однако, для такого перехода необходимы механизмы для преодоления наследия раздробленных структур управления, финансовых систем, которые зачастую создают набор порочных стимулов, устаревших подходов к оказанию услуг, слабой инфраструктуры и неравномерного распределения персонала, особенно в сельских районах. Дополнительными факторами, способствующими возникновению проблем в сфере оказания услуг, являются низкая мотивация медицинских работников и относительно небольшое количество стимулов для поощрения развития их навыков (2-19).

Появление МЛУ-ТБ и туберкулеза с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ) создает большую нагрузку на системы здравоохранения. Лечение МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ является сложным, продолжительным и дорогостоящим. Для перехода к моделям, обеспечивающим эффективное лечение этих форм ТБ, необходимо внедрить механизмы, которые поддерживают междисциплинарные модели лечения и ухода, принять ориентированные на пациента практики, обеспечить сотрудничество между различными медицинскими учреждениями, расширить и углубить клинические навыки, а также обеспечить высокий уровень мотивации персонала – ничто из перечисленного не является традиционной практикой в системах здравоохранения в регионе ВЕЦА.

Для соблюдения требований лечения пациентам зачастую необходима психосоциальная поддержка. Она включает в себя как психологическую помощь, например, консультирование или поддержку в группах «равный-равному», так и материальную поддержку, которая направлена на покрытие косвенных расходов пациентов при получении медицинских услуг. Поддержка может осуществляться в форме финансовой помощи, такой как бонусы, транспортные субсидии, льготы при оплате коммунальных услуг или денежные пособия, или в форме продовольственной помощи, такой как оплата питания, продуктовые пайки, дополнительное питание или талоны на питание.

Такая поддержка крайне важна для решения сложных тесно взаимосвязанных многосоставных проблем ТБ как социальной болезни. В конечном итоге она будет способствовать улучшению результатов лечения ТБ, поскольку помогает пациенту продолжать надлежащее лечение благодаря строгому соблюдению требований лечения. Основными источниками психосоциальной поддержки являются члены семьи, гражданское общество, неправительственные организации и члены местных сообществ.

Европейское региональное бюро ВОЗ активно поддерживает комплексный многокомпонентный подход к укреплению систем здравоохранения, целью которого является существенное и быстрое повышение уровня профилактики и лечения ТБ. Этот подход согласуется с целью № 3 Организации Объединенных Наций в области устойчивого развития, которая включает достижение целей по осуществлению всеобщего охвата услугами здравоохранения и прекращению эпидемии ТБ (20). Кроме этого, данный подход согласуется с рядом основополагающих рамочных документов и стратегий в Европейском регионе, включая «Здоровье-2020»: основы европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия (21), «План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг.» (22), и «Приоритеты ВОЗ по укреплению системы здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг.» (23).

С целью продвижения данного подхода и реагирования на вышеописанные региональные проблемы, в одиннадцати странах Восточной Европы и Центральной Азии (Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан и Украина) при финансовой поддержке со стороны Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией началась реализация регионального проекта для стран Восточной Европы и Центральной Азии (TB-REP) по укреплению систем здравоохранения для эффективной борьбы с ТБ и ЛУ-ТБ. Общая цель проекта TB-REP – уменьшить бремя ТБ и остановить распространение лекарственной устойчивости путем укрепления политической приверженности и использования фактических данных для реализации модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей.

Данный концептуальный проект модели, разработанный в рамках проекта TB-REP, предлагает варианты политических решений для поддержки стран в реализации этой модели. Его цель – обеспечить перенос лечения в амбулаторные учреждения, поддерживаемые устойчивыми механизмами финансирования и оплаты, разработанными для достижения более высоких результатов в области профилактики и лечения ТБ (24). Для обеспечения устойчивых и значимых изменений и улучшения результатов в отношении здоровья странам, реализующим данный проект, необходимо подумать о том, как трансформировать медицинскую помощь, чтобы сделать ее более ориентированной на нужды людей. Проект и описанная в нем модель оказания медицинской помощи опираются на:

- опыт стран и примеры передового опыта;
- уроки, извлеченные партнерами;
- национальные и международные руководящие принципы;
- доступные фактические данные;
- заключения экспертов, в том числе материалы, предоставленные научной рабочей группой по TB-REP и соответствующими организациями гражданского общества.

ОБОСНОВАНИЕ И ВАЖНОСТЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Государства-члены Европейского региона ВОЗ привержены укреплению систем здравоохранения в целях здоровья и развития, и признают важность перехода к системам здравоохранения, ориентированным на нужды людей (21, 25–37).

Медицинская помощь, ориентированная на нужды людей, сосредоточена не на пациентах или болезнях, а на потребностях людей и местных сообществ, а также на их ожиданиях в отношении здравоохранения (25).

Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения (38) структурирована по четырем направлениям (рис.1), каждое из которых предусматривает ряд действий для преобразования услуг здравоохранения с целью удовлетворения потребностей людей:

- **управление изменениями** – управлять процессами изменения, определить четкое направление, развитие партнерств и вовлечение партнеров в работу, апробация инноваций, чтобы осуществляемые преобразования были адаптированы к нуждам населения и сохранялись на протяжении длительного времени;
- **группы населения и отдельные лица** – работать в партнерстве с населением и отдельными лицами, включая пациентов, членов их семей, лиц, осуществляющих уход, а также представителей местных сообществ, гражданского общества и групп с особыми интересами; определять потребности в услугах здравоохранения; поддерживать образ жизни, способствующий укреплению здоровья; укреплять навыки и ресурсы, которые позволяют людям брать под свой контроль собственное здоровье, а также работать над выявлением детерминантов здоровья и над укреплением здоровья на всех этапах жизни;
- **процессы предоставления услуг** – гарантировать соответствие новых моделей лечения возможностям их реализации и потребностям тех групп населения и отдельных лиц, для которых они предназначены;
- **факторы, содействующие работе системы**, – учитывать вклад других функций системы здравоохранения, включая управление, финансирование и создание ресурсов, в целях поддержки более высокого качества предоставления услуг;
- **управление изменениями** – управлять процессом изменений, определять четкое направление, создавать партнерства и вовлекать партнеров в работу, проводить апробацию инноваций для гарантии устойчивости преобразований и их соответствия потребностям населения.

Рис. 1. Европейская рамочная основа для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения



Источник: ВОЗ (38).

Этот подход дополняется концепцией моделей оказания медицинской помощи, ориентированной на нужды людей и направленной на удовлетворение потребностей в услугах здравоохранения и ожиданий людей на всех этапах жизни. Ее цель – найти баланс между правами и потребностями пациентов, их обязанностями и возможностями участия в качестве заинтересованных сторон в системе здравоохранения (23).

Естественный ход развития ТБ (как социальной болезни, требующей многомесячного лечения), а также его факторы риска и основные детерминанты, способствует применению подхода, основанного на программах и стратегиях, ориентированных на нужды людей. Путь, который проходит пациент – от диагноза к лечению и, в конечном счете, к излечению – может стать гораздо более удобным в результате применения подхода, ориентированного на нужды людей (37).

Для того чтобы это произошло, необходимо изменить принципы лечения ТБ и перейти от модели с преобладанием стационарного лечения, в которой лечение осуществляется в значительной степени изолировано от системы первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и более широкого общества, к модели, реализуемой на уровне местных сообществ и направляемой системой ПМСП (39–46). Таким образом, медицинская помощь становится более близкой и доступной для тех людей, кому она требуется, и потому она с большей вероятностью будет востребованной и полезной для пациентов. Для этого необходимо развивать возможности планирования, внедрения и мониторинга интегрированных моделей лечения внутри секторов профилактического, амбулаторного, домашнего лечения, а также лечения с привлечением сил местных сообществ. Кроме того, следует пересмотреть представление о больницах как об одном из многих звеньев в сети предоставления медицинских услуг, где пациенты в зависимости от необходимости беспрепятственно перемещаются между разными учреждениями. В рамках этой сети роль больниц ограничивается оказанием специализированного лечения пациентам с особенно сложными состояниями.

Тем не менее, переориентация противотуберкулезной помощи возможна только в случае укрепления потенциала местных сообществ для оказания необходимых услуг, разработки соответствующих информационно-разъяснительных мероприятий для групп населения, которые с трудом идут на контакт, и, если требуется, для оказания медицинской помощи в мобильных клиниках и на дому у пациентов.

Проведение лечения и профилактики ТБ в амбулаторных условиях или на базе местных сообществ по результатам не уступает больничному и стационарному лечению (с точки зрения своевременной диагностики, соблюдения режима лечения и результатов терапии), характеризуется уменьшением риска передачи инфекции и снижением затрат на лечение ТБ, как с лекарственной чувствительностью, так и с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя (39–42). Накопленные фактические данные подтверждают рекомендации ВОЗ о проведении лечения ТБ преимущественно в амбулаторных условиях или на базе местных сообществ при условии соблюдения мер инфекционного контроля и в зависимости от клинического состояния больных, наличия поддержки для обеспечения соблюдения требований лечения и резервных учреждений для ведения больных, нуждающихся в стационарном лечении (39, 47, 48). Децентрализация лечения и перенаправление ресурсов из стационаров в сферу амбулаторных услуг может позволить службам здравоохранения сократить расходы, расширить возможности и обеспечить высококачественную медицинскую помощь, ориентированную на пациента (40). Странам рекомендуется реинвестировать средства, сэкономленные за счет сокращения объемов госпитализации, на борьбу с ТБ в рамках национальных программ борьбы с ТБ – например, на материальную, продовольственную и социальную поддержку больных ТБ (40). Модель лечения ТБ, ориентированная на нужды людей, не только не уступает традиционным моделям по результатам и эффективности, но и направлена на обеспечение качества клинических услуг, повышение уровня удовлетворенности пациентов и поставщиков услуг, на усиление контроля над распространением инфекций, передающихся воздушным путем. Результатом ее внедрения будет более высокая приверженность лечению, достижение своевременного и полного излечения, а также более эффективное использование ресурсов.

РАЗРАБОТКА СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТБ

Надлежащая модель медицинской помощи гарантирует больным получение необходимой помощи со стороны подготовленных специалистов в нужное время и в нужном месте с учетом преобладающих условий в каждом конкретном случае (49). Научная рабочая группа проекта TB-REP определила модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, как „эффективный и комплексный набор недорогих, доступных и приемлемых медицинских услуг, предоставляемых в благоприятной среде для профилактики, диагностики и лечения ТБ”.

В большинстве стран ВЕЦА существующая модель противотуберкулезной помощи была унаследована от систем здравоохранения, которые в значительной степени опирались на стационарное лечение, при котором больные ТБ были изолированы от общества, что давало пациентам возможность выздороветь с течением времени. Эти модели были разработаны и внедрены в то время, когда эффективные противотуберкулезные препараты не были доступны, и еще не существовало МЛУ-ТБ. Таким образом, помощь оказывалась фтизиатрами в специализированных учреждениях. Многие из этих больниц находятся в плохом состоянии, не имеют надлежащих механизмов соблюдения мер инфекционного контроля, что лишь повышает риск внутрибольничной передачи инфекции и, следовательно, передачи ТБ и М/ШЛУ-ТБ (25, 49–50).

Модель оказания медицинской помощи необходимо адаптировать к конкретным условиям каждой страны. Кроме того, крайне важно учитывать маршрут больного ТБ по самым разным взаимосвязанным лечебно-профилактическим учреждениям (50). В этом контексте разработка модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, ведет к новому определению ТБ как заболевания, при котором наиболее эффективную медицинскую помощь оказывают в системе амбулаторного лечения, а лечащие врачи работают через специализированные подразделения в местных сообществах для координации деятельности всех поставщиков медицинских услуг на уровне первичной и вторичной помощи.

Модель оказания противотуберкулезной помощи, ориентированная на нужды людей, должна быть разработана для гарантии соблюдения следующих требований:

- соответствие услуг потребностям и ожиданиям пациентов и их семей;
- принятие во внимание социальных детерминант здоровья;
- определение услуг, задач и обязанностей каждого учреждения и подразделений внутри разных медицинских учреждений с признанием необходимости гибкого подхода к реагированию на потребности отдельных пациентов;
- наличие в разных учреждениях и подразделениях хорошо функционирующих систем направления пациентов к специалистам;
- наличие приемлемой для потребителей модели оказания медицинской помощи;

- наличие надежной системы отчетности по данным для мониторинга выполнения работ, а также задержек с постановкой диагноза и случаев потери пациентов для дальнейшего врачебного наблюдения;
- защита пациентов и их семей от катастрофических финансовых расходов.

Хотя эти принципы разработаны уже много лет назад, их трудно реализовать из-за ряда заблуждений, которых придерживаются некоторые группы заинтересованных сторон. К ним относятся, например, такие мифы:

- все больные ТБ заразны независимо от стадии их лечения;
- больные ТБ не могут вносить свой вклад в общество (то есть, не способны работать);
- госпитализация больных ТБ требуется для соблюдения требований лечения и инфекционного контроля.

Несмотря на то, что такие представления многократно опровергались, многие сообщества упорно сопротивляются переходу на амбулаторное лечение (51). На самом деле, следует отметить, что госпитализация создает определенные препятствия для лечения, ограничивая свободу пациентов заниматься их повседневной деятельностью. Кроме этого, госпитализация повышает риск повторного инфицирования в случае контактов с вновь поступившими больными или больными с поздней негативацией мазка мокроты.

Любая задержка начала лечения повышает вероятность передачи инфекции и потери пациентов для последующего врачебного наблюдения. Следовательно, высокий уровень осведомленности о ТБ среди населения и медицинских работников имеет большое значение для раннего выявления и незамедлительного направления в специализированные амбулаторные службы больных с симптомами, указывающими на ТБ.

Всех больных с подобными симптомами следует направлять к медицинским специалистам, которые могут провести клиническое обследование, а также собрать материал для лабораторных исследований и теста на лекарственную чувствительность (ТЛЧ). В некоторых случаях, когда медицинские работники не имеют доступа к необходимому лабораторному оборудованию, следует обеспечить транспортировку образцов и получение информации о результатах. Больные не должны совершать дальние поездки для получения услуг.

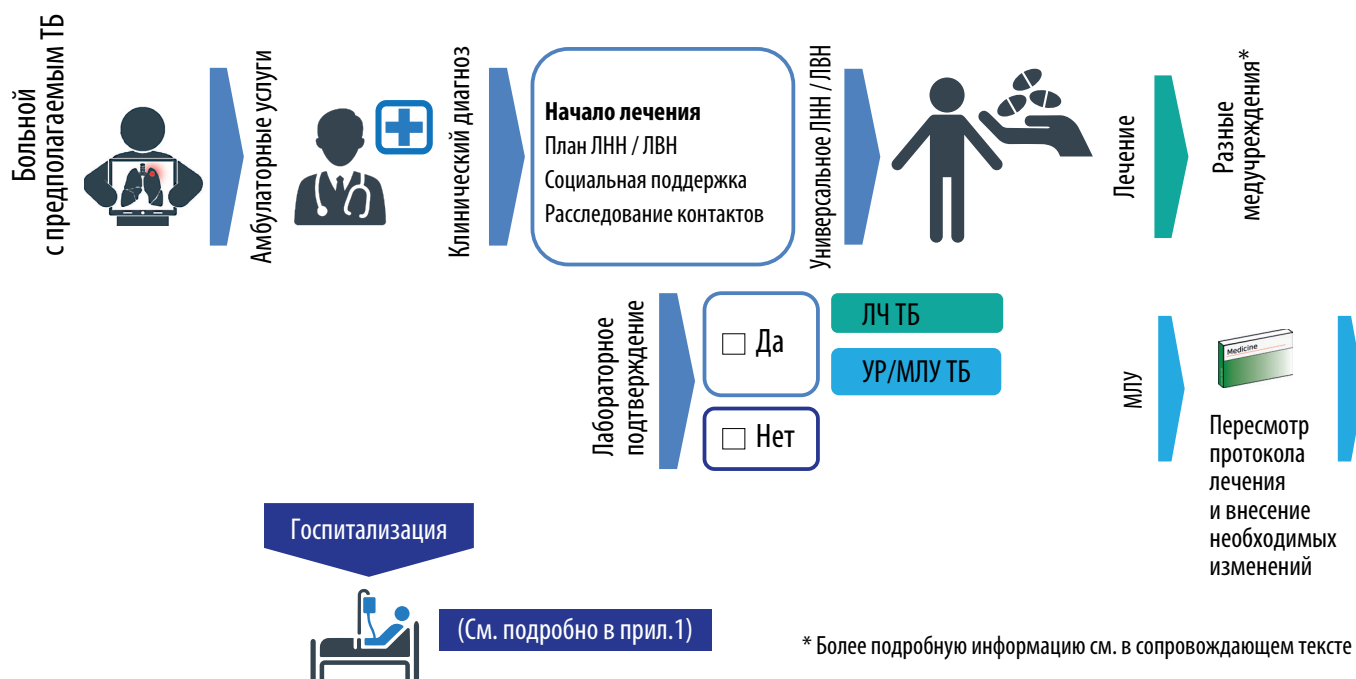
Важными и неразрывно связанными программными элементами, необходимыми для достижения удовлетворительных результатов лечения, являются ранняя диагностика, расследование контактов, непрерывное и бесперебойное лечение до полного выздоровления в сочетании с наблюдением за вспомогательным и поддерживающим пациента лечением (для снижения риска развития лекарственной устойчивости). Лечение больных ТБ должно проходить под ежедневным наблюдением, например, под непосредственным наблюдением (ЛНН)¹ или лечения под видеонаблюдением (ЛВН), как на дому, так и в соответствующем амбулаторном учреждении (53). Такой подход должен сопровождаться соответствующими мерами инфекционного контроля, включая проведение профилактики для совместно проживающих лиц, если лечение осуществляется на дому. После завершения интенсивной фазы лечения наблюдение за приемом препаратов можно проводить с учетом обстоятельств пациента (например, на рабочем месте, в школе, в медицинском пункте, в центре ПМСП, в центре лечения наркомании или алкогольной зависимости или в аутрич-программе). Для содействия соблюдению требований лечения и успеху терапии крайне важно, чтобы пациенты, по возможности, были полностью интегрированы в общество и возвращались к повседневной жизни, что позволит им нормально взаимодействовать с привычным для себя окружением. Чтобы стимулировать такую интеграцию, нормативная и законодательная базы в странах должны обеспечивать возможность по-

1 При проведении ЛНН сотрудник, осуществляющий уход, регулярно встречается с больным ТБ. Больной регулярно принимает противотуберкулезные препараты под наблюдением медицинского работника. Кроме того, этот сотрудник опрашивает больного о наличии побочных эффектов и других проблем, связанных с приемом противотуберкулезных препаратов и/или лечением ТБ. Все это должно происходить в удобном для больного месте и в удобное для него время (52).

сещения школ, мест работы или дошкольных учреждений для людей, получающих эффективное противотуберкулезное лечение.

На рис. 2 приведен пример возможного маршрута пациента

Рис. 2. Графическое изображение возможного маршрута пациента



Организации гражданского общества играют важную роль в обеспечении ориентированности противотуберкулезной помощи на нужды людей. Они могут оказывать поддержку пациентам для продолжения лечения, что способствует улучшению соблюдения требований терапии и ее результатов. Кроме того, они играют ключевую роль в других важных областях, таких как формирование и поддержание уровня информированности населения о ТБ, противодействие стигматизации и усиление вовлеченности общества в процесс лечения и ухода. Кроме этого, организации гражданского общества играют большую роль в оказании психосоциальной поддержки пациентам и их семьям. Одной из моделей, которая, как было установлено, способствует вовлечению в процесс организаций гражданского общества, является социальный заказ. Он помогает организациям гражданского общества активнее участвовать в оказании ряда противотуберкулезных услуг при финансовой поддержке со стороны государства или иных источников, используя такое преимущество этих организаций, как «близость» к людям, страдающим от ТБ, и их семьям. В Европейском регионе ВОЗ подобные организации вносят свой вклад в профилактику и лечение ТБ в нескольких разных странах и в разных условиях. Они являются полезным и неотъемлемым компонентом комплексной противотуберкулезной помощи.

МОДЕЛЬ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ, ДЛЯ РЕГИОНА ВЕЦА

Модель, ориентированная на нужды людей (см. определение в разделе «Разработка системы оказания помощи больным ТБ»), направлена на поддержку пациентов по мере их продвижения по маршруту лечения. Она основана на имеющихся фактических данных и лучшей практике в области предоставления услуг по профилактике, выявлению и диагностике, лечению и поддержке больных (48, 54). Учитывая сложность оказания медицинской помощи больным ТБ, модель, описанная в данном концептуальном проекте, также учитывает возможность объединения и координации усилий с другими секторами, а также между службами и учреждениями, например, в местах лишения свободы.

Ниже приводится подробная информация о применении модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, для каждой из этих служб, а также о ее роли в интеграции и координации процесса оказания медицинской помощи. Однако важно учитывать, что модель может и должна корректироваться в соответствии с индивидуальными потребностями и возможностями каждой страны (32, 55–57).

В табл. 1 приведены различные компоненты модели противотуберкулезной помощи. Приведенный ниже текст структурирован в целях детального изложения информации об услугах, предоставляемых в различных условиях и учреждениях, а также о необходимых для этого кадрах.

Таблица 1. Компоненты модели противотуберкулезной помощи

Условия	Учреждения	Типы помощи	Услуги		
Амбулаторные	Медицинский пункт, центр ПМСП (в сельской местности), центр ПМСП (город, район, область/регион), специализированное поликлиническое отделение, центр дневного пребывания, мобильные бригады, многопрофильные учреждения, диагностический центр	Профилактика (укрепление и защита здоровья)	Пропаганда здорового образа жизни и санитарное просвещение, иммунизация, скрининг на латентную ТБ инфекцию, назначение лечения при выявленной латентной ТБ инфекции, ведение пациентов с латентной ТБ инфекцией		
		Выявление и диагностика	Активное выявление случаев, пассивное выявление случаев, выдача направлений, клиническое обследование на ТБ, лабораторные, рентгенологические и другие исследования по мере необходимости		
Местные сообщества	Центры в местных сообществах (неправительственные организации, организации на базе местных сообществ и т.д.), мобильные бригады			Лечение и поддержка	Начало лечения, осуществление лечения и наблюдение за приемом лекарственных препаратов, мониторинг хода лечения и ответа на лечение, профилактика и выявление неблагоприятных явлений и сопутствующих заболеваний, диагностика и лечение неблагоприятных явлений и сопутствующих заболеваний, лабораторный мониторинг хода лечения, консультирование и психологическая поддержка, социальная поддержка
Стационарные	Противотуберкулезная больница, больницы общего профиля с койко-местами для больных ТБ, специализированная больница, тюремная больница				
Кадры здравоохранения					
Врачи: общего профиля и специалисты	Медицинский персонал среднего звена: медсестры, фельдшеры, ассистенты врачей и лабораторный персонал	Немедицинский персонал работники психосоциальной помощи, психологи, диетологи и т.д.	Поддержка пациентов: работники в сообществе, волонтеры, лица, оказывающие помощь в лечении, и члены семьи	Управление услугами здравоохранения и вспомогательный персонал: административный персонал, бухгалтеры по управленческому учету, юристы, водители и уборщики	

^a Многопрофильные учреждения: различные медицинские службы (зачастую специализированные) размещены под одной крышей. Например, в противотуберкулезном диспансере могут предоставляться эндокринологические услуги, или осуществляться одновременное лечение ТБ и ВИЧ-инфекции.

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактические противотуберкулезные мероприятия включают вакцинацию, укрепление здоровья, санитарное просвещение пациентов и лечение латентной ТБ инфекции. Вакцинация новорожденных проводится в неонатальных учреждениях и центрах ПМСП медицинским персоналом среднего звена, врачами общей практики и врачами-специалистами в соответствии с действующими рекомендациями ВОЗ (58).

Услуги по укреплению здоровья и первичной профилактике включают в себя, помимо прочего, мероприятия по повышению уровня информированности и социальной мобилизации. Они могут предоставляться в различных учреждениях, таких как центры общественного здравоохранения или ПМСП, а также в организациях гражданского общества или организациях на базе местных сообществ. Услуги по укреплению здоровья и профилактике заболеваний могут предоставляться, например, медицинскими работниками среднего звена, немедицинским персоналом, и людьми, оказывающие поддержку пациентам.

Просвещение о ТБ ведется во всех учреждениях системы здравоохранения хорошо подготовленными сотрудниками, которые информируют людей о различных аспектах ТБ в форме, доступной для конкретной аудитории (пациенты, их семьи и т.д.). Санпросвет работа с больными может осуществляться в местных сообществах и в условиях оказания помощи на дому, где медицинские специалисты и немедицинский персонал могут помочь в сокращении стигмы, связанной с лечением ТБ, и тем самым способствовать усилению приверженности больных лечению. Кроме того, общественные организации могут обеспечить дополнительное санитарное просвещение больных, если получают полномочия от национальной программы борьбы с ТБ и соответствующих органов власти.

В зависимости от уровня заболеваемости ТБ важными компонентами профилактики являются скрининг и лечение латентной ТБ инфекции. Как правило, они не считаются приоритетными мерами в странах с высоким уровнем заболеваемости, и их следует рассматривать в каждом конкретном случае. Обученный должным образом персонал может проводить такие мероприятия, как выявление и лечение латентного ТБ в амбулаторных условиях, и, что важно, оказывать поддержку тем, кто, проходит лечение активного ТБ (59).

ВЫЯВЛЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА

Выявление ТБ, а именно активное и пассивное выявление случаев заболевания, обычно происходит в амбулаторных учреждениях (58–63). Специалисты, оказывающие первичную медицинскую помощь, в том числе врачи общей практики в центрах ПМСП в сельской местности и в городах, медицинский персонал в специализированных амбулаторных отделениях и врачи общего профиля в мобильных бригадах и учреждениях совместного размещения, отвечают, в основном, за пассивное выявление случаев ТБ, за проведение скрининга симптомов ТБ и первичную клиническую оценку. В любых местах, где велико бремя болезней, например, в наркологических и эндокринологических учреждениях (занимающихся лечением диабета), в учреждениях лечения ВИЧ и других учреждениях, необходимо обеспечивать высокий уровень информированности о ТБ, а также возможности для выявления заболевания.

Активное выявление случаев заболевания включает в себя систематический скрининг групп повышенного риска и уязвимых групп населения, у которых доступ к медицинским услугам ограничен или отсутствует (это, например, люди, употребляющие инъекционные наркотики, бездомные, мигранты, заключенные в местах лишения свободы, перемещенные лица, беженцы и дети, как указано в таких документах ВОЗ, как Глобальная стратегия ВОЗ по ликвидации ТБ и План действий по борьбе с ТБ для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. (54, 64), а также в документах, признанных странами). Кроме этого, в мероприятия по активному выявлению случаев заболевания входит и расследование контактов (в том числе возможное выявление исходных случаев заболевания). Оно должно проводиться в амбулаторных, на уровне местных сообществ и домашних условиях или в учреждениях ПМСП, специализированных амбулаторных отделе-

ниях, центрах общественного здравоохранения, мобильных бригадах и многопрофильных учреждениях врачами общего профиля, медицинскими специалистами среднего звена, специалистами общественного здравоохранения и лицами, оказывающими поддержку пациентам (работники в местных сообществах, волонтеры, лица, оказывающие поддержку в ходе лечения, люди одного круга и члены семей).

Диагностика ТБ, в том числе клиническая оценка, рентгенологическое обследование и ТЛЧ с помощью микроскопии и молекулярных методов (65–66), проводится в амбулаторных условиях в специализированных амбулаторных отделениях врачами-специалистами или врачами ПМСП и врачами общей практики (при условии, что они прошли сертификацию и соответствующую подготовку) в учреждениях ПМСП. Предполагается, что специалисты в стационарах не должны проводить диагностику, вместо этого они должны принимать пациентов, у которых уже диагностирован ТБ.

Поставленный диагноз ТБ должен стать отправным пунктом для проведения тщательного обследования на наличие наиболее распространенных сопутствующих заболеваний (заболевания печени, ВИЧ, диабет, психические расстройства, злоупотребление алкоголем и наркотиками) и выявления потенциальных социальных детерминантов и факторов, способствующих восприимчивости к ТБ (таких как злоупотребление наркотиками и алкоголем, недостаточное питание и табакокурение) (67–68). Учет этих состояний и детерминантов, которые, как известно, влияют на результаты лечения, позволит медицинским специалистам определить наилучшие условия оказания помощи (согласно критериям, определенным в приложении 1), и выбрать любые дополнительные услуги, которые могут способствовать достижению наилучшего результата лечения для каждого пациента.

ЛЕЧЕНИЕ И ПОДДЕРЖКА

В модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, специализированные амбулаторные отделения (в рамках больниц общего профиля или противотуберкулезных больниц, служб ПМСП или автономных учреждений) могут координировать лечение и сопровождение больных ТБ; осуществлять мониторинг ответа на лечение и соблюдения требований лечения; а также планировать, осуществлять и оценивать мероприятия по поддержке приверженности лечению (46, 69).

Лечение рекомендуется начинать в определенных амбулаторных учреждениях городских и сельских центров ПМСП, в специализированных амбулаторных отделениях, мобильных бригадах и многопрофильных учреждениях врачами-специалистами и врачами общей практики (при условии, что они прошли соответствующую подготовку и национальную сертификацию) в соответствии с директивными указаниями ВОЗ. Основное внимание должно быть направлено на то, чтобы и учреждение и медицинские специалисты могли начать лечение как можно скорее, так как любая задержка начала лечения увеличивает шансы на дальнейшую передачу инфекции и потерю больного из-под последующего врачебного наблюдения.

Пациенты со сложными формами ТБ, которые отвечают критериям госпитализации, должны быть приняты на лечение специалистами в больницах общего профиля, имеющих койко-места для больных ТБ, противотуберкулезных стационарах и специализированных больницах (см. приложение 1). В приложении 2 представлено упражнение по прогнозированию числа койко-мест для планирования возможностей лечения в стационаре на основе критериев госпитализации с учетом моделей устойчивости возбудителя.

Схемы лечения должны соответствовать национальным и международным руководящим принципам. Странам рекомендуется разработать подход к лечению, ориентированный на нужды людей, для всех больных ТБ и М/ШЛУ-ТБ в целях содействия соблюдению режима лечения, улучшению качества жизни и облегчению страданий (46, 70–71). Странам рекомендуется включать эти услуги в индивидуально составленный и ориентированный на нужды людей клинический план лечения, который включает в себя выявление других заболеваний и направление в специализированные учреждения для их лечения, а также сопровожде-

ние и согласование действий с оказанием соответствующих немедицинских услуг (исходя из выявленных потребностей пациента).

Поддержка и ведение лечения включают в себя поддерживающее и вспомогательное наблюдение за пациентами, например, в рамках ЛНН или ЛВН, а также мероприятия, направленные на улучшение соблюдения требований лечения и уменьшение числа пациентов, выбывших из-под наблюдения. Сюда могут входить следующие мероприятия:

- социальная поддержка больных ТБ и их семей;
- психологическая поддержка, консультирование и санитарное просвещение;
- обеспечение доверительных отношений между медицинскими работниками, пациентами и их семьями;
- соблюдение профессиональной этики, деонтологии и конфиденциальности;
- оказание материальной поддержки (например, выдача продуктовых пайков, финансовые льготы и оплата расходов на общественный транспорт);
- так называемые «контрольные мероприятия», такие как посещение на дому и общение по медицинским вопросам в цифровом формате (например, текстовые сообщения или телефонные звонки);
- цифровой контроль приема препаратов (72–73).

В случае наличия доступа к технологиям видеосвязи, которые могут быть надлежащим образом организованы и использованы поставщиками медицинских услуг и пациентами, в том числе децентрализованным способом, ЛВН может стать альтернативой ЛНН (69).

Особое значение в рамках модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на амбулаторное лечение и учитывающей потребности людей, имеет сопровождение случая заболевания и систематическая координация действий с другими учреждениями на амбулаторном уровне и в местных сообществах, также с задействованными в них кадрами. Это позволяет пациентам – с учетом их конкретных выявленных потребностей – свободно выезжать из дома для получения лекарств под непосредственным наблюдением в специализированных амбулаторных отделениях или для получения помощи от немедицинских специалистов по месту жительства и в домашних условиях. При определении места предоставления помощи больным следует учитывать риск несоблюдения ими режима лечения и любые имеющиеся клинические или социальные проблемы (такие как отсутствие постоянного места жительства, употребление психоактивных веществ, проблемы с психическим здоровьем и наркомания). Внимание и воздействие на социальные детерминанты здоровья могут существенно повысить вероятность соблюдения режима лечения (74–75) и улучшить результаты лечения и уменьшить страдания пациентов. Хотя это воздействие может осуществляться немедицинскими специалистами и медицинскими работниками среднего звена, организации гражданского общества имеют преимущества для поддержки этой дополнительной перспективы и поэтому должны быть вовлечены в процесс оказания поддержки пациентам (73).

Мониторинг хода лечения и ответа на проводимую терапию включает периодическую клиническую оценку и лабораторный мониторинг (в том числе мониторинг негативации мокроты, анализы крови, рентгенологические и другие исследования) в соответствии с национальными клиническими протоколами. Как правило, в амбулаторных условиях это входит в обязанности специалиста в специализированных амбулаторных отделениях, центрах дневного пребывания и мобильных бригадах. Врачи общей практики также могут выполнять эти функции, если в стране осуществляется процесс сертификации врачей по данной клинической компетенции. Как и прежде, для госпитализированных больных ТБ мониторинг хода лечения и ответа на проводимую терапию проводится в условиях стационара.

Профилактика и выявление побочных явлений и сопутствующих заболеваний осуществляется врачами (врачами общей практики и специалистами), медицинскими работниками среднего звена, и лицами, занимающихся поддержкой пациентов во всех амбулаторных медицинских учреждениях, на уровне местных сообществ и на дому (и в стационарных условиях для госпитализированных больных ТБ). В специализированных поликлинических учреждениях специалисты могут передать обязанности по оказанию этой услуги работникам среднего звена.

Ведение побочных явлений и лечение сопутствующих заболеваний можно проводить во всех учреждениях, включая амбулатории, стационары, медучреждения в местных сообществах, а также в домашних условиях. Врачи общей практики обычно отвечают за клинически ориентированное ведение побочных явлений и лечение сопутствующих заболеваний и, при необходимости, могут направлять в специализированные лабораторные и рентгенологические службы, которые необходимы для дополнения клинического мониторинга лечения (эти службы расположены в диагностических центрах в амбулаторных и стационарных учреждениях, а в некоторых странах – в центрах ПМСП, в зависимости от имеющегося оборудования и наличия навыков).

Некоторые виды контрольных исследований, сопровождающих лечение, такие как аудиометрия, общие и биохимические анализы крови, как правило, широко доступны за пределами противотуберкулезных больниц и диагностических центров и зачастую проводятся в максимальной близости к пациенту. Для некоторых видов обследований проведение исследований и обработка результатов осуществляются работниками среднего звена (включая лаборантов и техников), для других – рентгенологами и специалистами по другим видам инвазивной диагностики (например, по проведению биопсии при наличии показаний, например, в отношении внелегочных форм ТБ).

Как минимум, в целях мониторинга и оценки результатов на уровне учреждения необходима доступная, систематически поддерживаемая в рабочем состоянии, и, в идеале, переведенная в цифровой формат, система учета всех выданных лекарственных препаратов, бактериологического ответа, результатов лечения и побочных реакций по каждому пациенту. В перспективе, электронная программа борьбы с ТБ (например, E-TB Manager) будет интегрирована в национальный реестр пациентов и позволит объединить все виды медицинской помощи, оказываемой в любых условиях, учреждениях и службах, и наблюдать за ходом лечения больных во всей системе медицинской помощи.

ИНТЕГРАЦИЯ С ДРУГИМИ СЛУЖБАМИ

Странам рекомендуется разрабатывать и внедрять модель противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, в более широком контексте систем здравоохранения и социального обеспечения, при этом уделяя особое внимание интеграции услуг с другими программами, включая, среди прочего, программы по борьбе с ВИЧ/СПИДом, диабетом и другими неинфекционными заболеваниями, программы охраны здоровья матери и ребенка, а также услуги в области психического здоровья и наркологической помощи. ВОЗ определила некоторые ключевые уязвимые группы, к которым относятся бездомные, люди, употребляющие инъекционные наркотики, люди, с сочетанной инфекцией ТБ/ВИЧ, мигранты, перемещенные лица и беженцы.

При обосновании целесообразности содействия интеграции услуг с противотуберкулезной помощью учитывается зависящее от различных обстоятельств бремя заболеваний, сочетанных с ТБ, общие факторы риска и уязвимые группы. С помощью различных программ это также дает возможность оптимизировать предоставление услуг здравоохранения и улучшить показатели здоровья. Например, имея конечной целью улучшение показателей диагностики ТБ в регионе ВЕЦА и уменьшение случаев поздней диагностики,

следует дополнительно интегрировать в службы первичной и педиатрической помощи скрининг симптомов ТБ и услуги по выдаче направлений на диагностику ТБ, чтобы эти услуги последовательно предоставлялись семейными врачами и терапевтами, а также другими специалистами из числа медицинского и немедицинского персонала. Кроме того, рекомендуется осуществлять скрининг и выписывать направления на диагностику ТБ в соответствующих программах борьбы с заболеваниями согласно национальным и международным руководящим принципам, адаптированным с учетом условий региона ВЕЦА (76–77). Для интеграции услуг с оказанием помощи при диабете в соответствии с самыми последними руководящими документами и опубликованными фактическими данными желательно, чтобы региональные и страновые мероприятия были направлены на следующие виды деятельности:

- создание механизмов сотрудничества;
- выявление и лечение ТБ у больных диабетом;
- выявление и лечение диабета у больных ТБ (21).

Что касается совместных мероприятий по борьбе с ТБ/ВИЧ, рекомендуется направлять региональные и страновые мероприятия на следующие виды деятельности:

- создание и укрепление механизмов оказания комплексных услуг в области ТБ и ВИЧ;
- сокращение бремени ТБ среди ВИЧ-инфицированных, и раннее начало антиретровирусной терапии;
- сокращение бремени ВИЧ среди больных с подозреваемым или уже диагностированным ТБ (78).

В регионе ВЕЦА интеграция также должна включать более широкую совместную деятельность противотуберкулезных служб с программами помощи людям, употребляющим инъекционные наркотики, и людям, страдающим психическими расстройствами, а также с наркологическими службами, в том числе с услугами по снижению вреда, лечению наркотической зависимости и оказанию помощи больным гепатитом (76, 79).

И последнее, но не менее важное: интеграция противотуберкулезной помощи с услугами по укреплению здоровья и санитарным просвещением предоставляет возможность для пропаганды здорового образа жизни и включает, среди прочего, оценку состояния питания и консультирование по различным аспектам здоровья, включая охрану репродуктивного здоровья и материнства, неонатальную, детскую и подростковую помощь и вопросы психического здоровья (67, 79).

МЕСТА ЛИШЕНИЯ СВОБОДЫ

В ходе национальных мероприятий по переходу к модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, необходимо также учитывать условия в местах лишения свободы. Планирование работы следует осуществлять в соответствии с Руководящими принципами по борьбе с ТБ в тюрьмах (2009 г.), которые, по возможности, реализуются, наиболее полно с учетом имеющихся ресурсов и адаптируются в соответствии с условиями в каждой конкретной стране (79, 80, 81).

Услуги по лечению ТБ в тюрьмах должны включать:

- быстрое выявление случаев заболевания с помощью методов пассивного и активного выявления;
- скрининг в различных местах заключения в течение срока отбывания наказания, включая медицинский осмотр по прибытии и выявление контактов;
- ТЛЧ;
- быстрое начало надлежащего лечения ТБ и лечения сопутствующих заболеваний, включая сочетанную инфекцию ТБ/ВИЧ.

Другие ключевые компоненты модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, включают инфекционный контроль на уровне индивидуальных, административных, управленческих мер и мероприятий по защите окружающей среды, а также осуществление эффективных планов освобождения с последующим направлением на лечение. Кроме того, разработка конкретных мер в отношении готовящихся к освобождению заключенных признана важным компонентом для обеспечения непрерывности лечения ТБ по месту жительства (70). В этих обстоятельствах медицинский персонал пенитенциарной системы, занимающийся ведением пациентов, должен координировать с системой здравоохранения (через районных координаторов по ТБ) дальнейшее медицинское наблюдение за освободившимися заключенными с учетом места их проживания после освобождения, а также координировать любую социальную поддержку и помощь после освобождения, принимая во внимание такие факторы, как обеспеченность жильем, трудовая занятость, продолжение лечения и психологическая поддержка.

СОГЛАСОВАНИЕ МОДЕЛИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ, С ДРУГИМИ СТРУКТУРНЫМИ ЭЛЕМЕНТАМИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ФИНАНСОВЫЕ СТИМУЛЫ

В регионе ВЕЦА финансовые механизмы исторически были разработаны для поощрения оказания услуг в больничных условиях, а не для стимулирования специалистов для ведения пациентов в ходе всего комплекса лечебных мероприятий (см. рис. 3). Больницы заинтересованы в приеме максимального числа пациентов и максимальной продолжительности их пребывания в стационаре. Хотя в странах ВЕЦА и были проведены некоторые реформы, направленные на дальнейшее согласование выплаты вознаграждений медицинским работникам и организациям с задачами рамочной модели TB-REP и помощи, ориентированной на нужды людей в более широком плане, эти реформы были реализованы в разной степени и с разным уровнем успеха.

Рис. 3. Структура механизмов финансирования в странах проекта TB-REP



Источник: адаптация из Imre и др (82), Szigeti S и A Lourenco

Несмотря на предпринятые усилия, финансовые механизмы продолжают поддерживать стационарное лечение и продолжительное пребывание больных в стационаре. Это, в частности, является результатом использования постатейных бюджетов, в которых определены детальные суммы, выделяемые больницам и другим организациям на оплату труда, оборудование, лекарства и содержание капитального фонда. Этот способ финансирования является довольно жестким и зачастую основывается, главным образом, на расходах за предыдущий год, что стимулирует больницы максимально использовать выделяемый бюджет.

В большинстве стран ВЕЦА службы ПМСП и амбулаторного лечения получают вознаграждение в рамках подушевой или смешанной подушевой модели, или модели оплаты за объем выполненных работ. Смешанная модель поощряет осуществление профилактики ТБ в условиях учреждений ПМСП и поликлиниках, а также соблюдение тех ключевых показателей, которые определены в схеме оплаты за объем выполненной работы. Всего несколько стран продолжают выплачивать вознаграждение за первичную медико-санитарную помощь в рамках постатейного бюджета (см. приложение 3).

Дополнительно следует отметить, что переход от механизма составления бюджета, основанного на затратном принципе, к механизму приобретения услуг у поставщика посредством закупочной деятельности или специальным учреждением (разделение между закупщиком и поставщиком услуг) является одним из основных факторов успеха стратегических закупок. В отличие от закупок на основе затрат, в модели с разделением закупщиков и поставщиков контракт на оказание услуг составляется закупщиками отдельно от поставщиков услуг. Тем не менее, этот путь не является обязательным для приведения финансовых стимулов в соответствие с моделью противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей.

СОГЛАСОВАНИЕ ФИНАНСОВЫХ СТИМУЛОВ С МОДЕЛЬЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ, ОРИЕНТИРОВАННОЙ НА НУЖДЫ ЛЮДЕЙ

Согласование методов оплаты влияет на конфигурацию модели предоставления услуг и, следовательно, на ключевые показатели эффективности, такие как ранняя диагностика, доступ к лечению и соблюдение требований лечения, продолжительность пребывания в стационаре и число госпитализированных пациентов (см. рис. 4).

Участие пациентов в лечении заболевания имеет решающее значение для завершения курса терапии. В большинстве стран проекта TB-REP пациенты принимают госпитализацию с предоставлением питания и койко-места как норму. Во время переходного этапа и при новой модели противотуберкулезной помощи следует рассмотреть возможность применения услуг или программ психосоциальной поддержки (например, выдачу талонов на питание) для пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях, чтобы мотивировать их к соблюдению режима лечения. Такой подход также может оказать большое влияние на сокращение числа случаев обнищания людей по причине заболевания и содействовать семейной поддержке для прохождения больными полного курса лечения. Такая поддержка может быть организована через национальные социальные и/или медицинские службы с прямыми выгодами для пациентов.

Гражданское общество, общественные организации или другие некоммерческие немедицинские организации могут предоставлять услуги на местном уровне для оказания психосоциальной поддержки, активного выявления случаев заболевания и проведения лечения. Эти организации, как правило, финансируются за счет грантов или социального заказа (финансируемых государством контрактов на предоставление набора услуг), сохраняя независимость своего управления от закупщика. В качестве инструментов могут быть использованы программы получения вознаграждения за результаты выполненной работы или получения платы за предоставленную услугу, например, премий за прохождение пациентами полного курса терапии или за подтвержденный диагноз.

Рис. 4. Возможное согласование финансовых стимулов с новой моделью противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей



Источник: адаптация из Imre и др (82), A Lourenco L Imre, S Sziget и P de Colombani

Сокращения: ЗрП – платежи по Всемирной продовольственной программе ООН «Закупки ради прогресса» (P4P, Purchase for Progress), ПзУ – Плата за услугу, способ оплаты медицинской помощи по отдельным услугам (FFS, fee for services)

В регионе ВЕЦА существуют различные формы первичной медицинской помощи. Что касается форм собственности, поставщики ПМСП могут относиться к государственному сектору и финансироваться преимущественно из статей бюджета, или относиться к частному сектору и финансироваться на основе договорных отношений. Заработная плата, которая обычно выплачивается сотрудникам государственного сектора здравоохранения, не создает четких стимулов к обеспечению высокого качества и повышению эффективности работы.

На этапе перехода от стационарного к амбулаторному лечению в странах, где существуют различные договорные механизмы, для повышения качества и эффективности лечения могут быть применены смешанные способы оплаты. Странам рекомендуется внедрять в практику программы выплат за услуги по скринингу, диагностике и проведению амбулаторного лечения, поскольку они могут обеспечить финансовые стимулы для сокращения задержек в постановке диагноза и получении доступа к лечению. Также должна быть внедрена программа выплат за объем выполненной работы, например, вознаграждение за проведение полного курса лечения ТБ для подкрепления стимула к сокращению объемов госпитализации в связи с ТБ, и, в итоге, сокращения общих расходов на лечение (по данным Imre и др (82)). Все страны могут использовать нефинансовые стимулы, такие как награждение лучших поставщиков услуг и публикация данных об объеме работ, выполненных каждым поставщиком.

В организационном плане, специализированные амбулаторные услуги могут быть в подразделении больниц общего профиля или противотуберкулезной больницы, в децентрализованных подразделениях или в учреждениях ПМСП. Следовательно, чтобы уменьшить объемы госпитализации, в учреждениях, предоставляющих специализированные амбулаторные услуги, необходимо усилить финансовые стимулы, в целях содействия уменьшению числа госпитализированных больных и сокращению продолжительности их пребывания в стационаре, а также повышению объема услуг, оказываемых в амбулаторных условиях.

Для стран, в которых структура финансирования основывается на бюджете с постатейным финансированием, и в которых переход к отношениям «закупщик–поставщик» невозможен, предлагаются две возможности: пересмотреть критерии затратной части или идти путем развития от жесткого постатейного бюджета к более гибкому глобальному бюджету. Пересмотр критериев затратной части позволяет ослабить побудительные причины для госпитализации (например, количество койко–мест, соотношение численности персонала к количеству койко–мест) и ввести систему стимулов для амбулаторного лечения (например, для персонала, работающего в амбулаторных условиях и амбулаторных учреждениях).

Странам, которые уже ввели разделение на закупщика и поставщика услуг, рекомендуется полностью исключить посуточную оплату, поскольку это может привести к избыточной госпитализации (82). Для содействия поступательному развитию координации лечения в амбулаторных условиях возможно финансирование больниц за счет подушевой оплаты, которая связывает амбулаторную и стационарную помощь (с объединенной оплатой по конкретному случаю) в сочетании с программой оплаты за выполненные работы, которая поощряет проведение полного курса лечения (83). Этот метод оплаты предусматривает единый тариф в расчете на одного больного ТБ, независимо от места проведения лечения. Такой комплексный метод оплаты может способствовать координации всех видов лечения и обеспечивать стимулирование перевода случая из стационарных условий (более дорогое и менее эффективное лечение) в амбулаторные условия (менее дорогостоящее и ориентированное на нужды людей), что приведет к повышению качества и эффективности противотуберкулезной помощи. Эта модель также имеет преимущество, заключающееся в максимально эффективном использовании существующих кадровых ресурсов, и которое не приводит к нарушениям среди кадровых ресурсов в сфере здравоохранения.

В работе с больными ТБ с более сложными формами заболевания, которым требуется лечение в специализированных больницах, может применяться сочетание групповых платежей по типологии диагностически связанных групп, с помощью которых стимулируется приемлемая продолжительность пребывания в стационаре. В больницах могут применяться и другие стимулы, например, вознаграждение за достижение целей инфекционного контроля и негативации мокроты или за излечение больных ТБ.

Амбулаторные службы, которые независимы от больниц, также могут финансироваться за счет объединенной оплаты по конкретному случаю в комплексе с оплатой за выполненные услуги, которая была выше предложена для оплаты лечения в стационарах. В этом случае финансовую ответственность за госпитализированных больных можно возложить на амбулаторные службы. Следовательно, в случае госпитализации больного, больница требует оплату у поставщика амбулаторных услуг.

КАДРЫ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Услуга может быть оказана на высшем уровне, если правильно подготовленные кадры, обладающие необходимыми навыками, присутствуют в нужное время в нужном месте. Для преобразования существующих служб противотуберкулезной помощи странам требуется определенное число медицинских работников, но при этом, для удовлетворения потребностей населения в отношении здоровья необходимо решать вопросы качества, актуальности, мотивации и удержания сотрудников. Политическая поддержка нужна для укрепления сотрудничества между секторами образования, здравоохранения, другими национальными органами и частным сектором, для улучшения взаимосвязи между образованием медицинских работников и существующими реалиями и потребностями практики оказания медицинских услуг.

В рамках модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, признаются роли, обязанности и задачи сотрудников здравоохранения, участвующих в оказании услуг больным ТБ и ЛУ-ТБ. Новая модель противотуберкулезной помощи признает ценность и опыт кадров здравоохранения, работающих в сфере профилактики, выявления, диагностики, лечения ТБ, оказания противотуберкулезной помощи и управления, и направлена на доведение до максимума их воздействия на результаты лечения путем перехода к подходу, более ориентированному на нужды людей.

В сфере оказания противотуберкулезных услуг можно выделить пять групп, составляющих кадровые ресурсы здравоохранения (см. табл. 2):

- врачи-специалисты;
- врачи общей практики;
- средний медицинский персонал;
- немедицинский персонал;
- лица, оказывающие поддержку больным, которые активно вовлечены в профилактику заболевания, уход за больными и оказание им помощи.

Таблица 2. Кадровые ресурсы для оказания противотуберкулезной помощи

Поставщики услуг здравоохранения				
Клиническая практика			Внеклинические услуги	
Врачи-специалисты:	Врачи общей практики:	Медицинский персонал среднего звена:	Специалисты немедицинского профиля:	Лица, поддерживающие пациентов:
пульмонологи, фтизиатры, специалисты по другим заболеваниям и др.	семейные врачи, терапевты, а также врачи нетрадиционной и альтернативной медицины	медицинские сестры, фельдшеры, ассистенты врачей, лаборанты, лаборанты-техники, рентгенологи и др.	сотрудники психосоциальной помощи, психологи, специалисты-диетологи и др.	персонал на уровне сообщества, волонтеры, помощники в лечении, равные-равному, члены семьи и др.

Источник: ВОЗ (85).

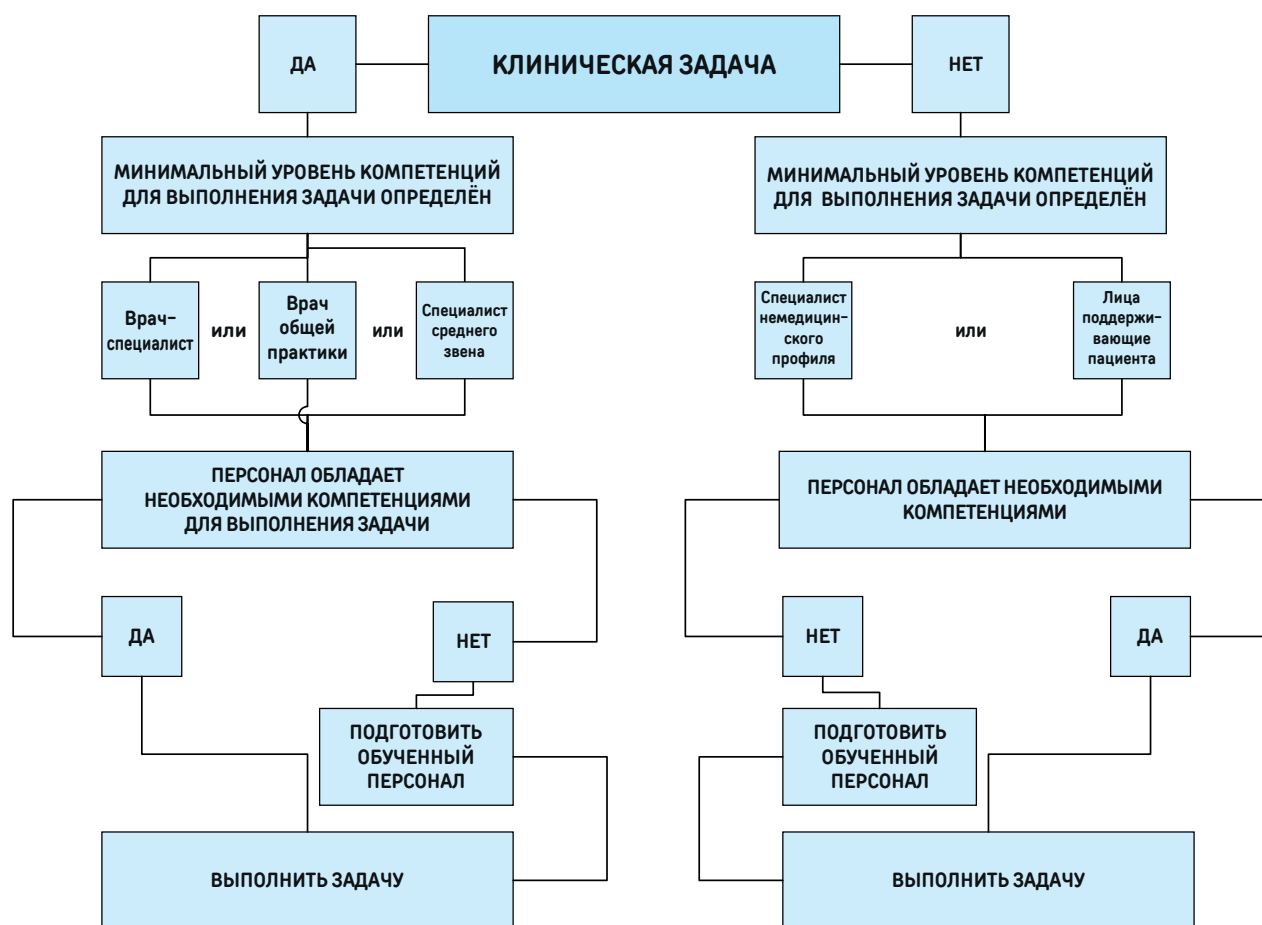
В сфере здравоохранения можно найти большое число сотрудников с разным прошлым опытом и уровнем подготовки – их гораздо больше, чем лиц, непосредственно занятых оказанием медицинских услуг. В их число входят такие специалисты, как статистики, программисты, бухгалтеры, менеджеры и администраторы, а также сотрудники вспомогательных служб, такие, как водители, уборщики, ремонтники и представители других рабочих специальностей, например, электрики. Дальнейшие детальные определения и описания представлены в приложении 4.

Перераспределение обязанностей

Для переноса оказания противотуберкулезных услуг из стационарных в амбулаторные условия потребуется перераспределение обязанностей персонала системы здравоохранения, что должно отразиться на организации системы оказания помощи пациенту. Там, где это уместно, стратегия включает передачу отдельных функций врачей-специалистов и врачей общего профиля специалистам среднего звена и, в свою очередь,

передачу некоторых обязанностей специалистов среднего звена немедицинским работникам, самим пациентам и лицам, оказывающим им поддержку. Если говорить о ведении больных ТБ, перераспределение обязанностей может способствовать как сокращению нехватки кадров здравоохранения путем обеспечения лучшего баланса поставщиков услуг и повышения качества помощи в амбулаторных условиях, что обеспечит еще большую согласованность деятельности системы здравоохранения с подходами, ориентированными на нужды людей (85). Однако при внедрении этих изменений крайне важно учитывать необходимость обеспечения постоянной координации действий между поставщиками медико-санитарных услуг и поставщиками немедицинских услуг, а также между амбулаторными и стационарными учреждениями. На рис. 5, где представлен инструмент «Дерево принятия решений», показан процесс определения задач для каждой категории персонала системы здравоохранения.

Рис. 5. Анализ задач при оказании услуги



Необходимо определить и скорректировать уровни компетенции для действующих и вновь набранных кадровых сотрудников таким образом, чтобы выполнялась следующая последовательность перераспределения задач:

- врачи осуществляют исключительно клинические задачи для консультирования пациентов со сложными формами ТБ и с сопутствующими заболеваниями;

- медицинский персонал среднего звена берет на себя задачи, которые до этого выполняли специалисты более высокого уровня (например, врачи);
- лица, которые оказывают поддержку пациентам, берут на себя некоторые задачи, которые до этого выполняли медицинский персонал среднего звена и, в отдельных случаях, врачи;
- пациенты на самообслуживании берут на себя выполнение некоторых задач, связанных с собственным лечением, которые ранее выполняли медицинские работники и поставщики немедицинских услуг (86–87).

Просвещением может заниматься любой сотрудник системы здравоохранения, если он имеет достаточный уровень подготовки и обладает соответствующими знаниями и навыками. Для обеспечения максимальной возможной эффективности крайне важно, чтобы человек, предоставляющий эту услугу, как можно раньше начал общаться с пациентом, который предположительно болен ТБ.

Немедицинские специалисты, медицинский персонал среднего звена и лица, которые оказывают поддержку пациентам, могут уверенно и эффективно выполнять множество задач, которые до недавнего времени выполнялись исключительно врачами. Сюда входит скрининг, консультирование, предоставление психосоциальной поддержки и координация услуг. Для обеспечения плавной передачи функций необходимо организовать на достаточном уровне подготовку, образование и повышение квалификации медицинского персонала среднего звена, пациентов и лиц, которые оказывают поддержку больным, для развития указанных выше компетенций (88).

Оценки профиля пациентов могут быть выполнены немедицинскими специалистами. Только в ситуациях, когда это невыполнимо, эта задача может быть поручена медицинскому персоналу среднего звена или лицам, которые оказывают поддержку больным, имеют надлежащую подготовку и используют стандартизированные методы. Консультирование должно проводиться немедицинскими специалистами или медицинским персоналом среднего звена, прошедшими специальную подготовку. Если есть необходимость в медицинском вмешательстве, например, в психиатрическом лечении, то диагностика и лечение должны проводиться специалистом.

В дополнение к указанным примерам, в национальных руководящих документах должен быть представлен полный перечень задач и стандартов их выполнения для определения четких обязанностей и обеспечения качества предоставляемых услуг.

Наращивание потенциала и образование

Переход к модели противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды людей, требует преобразования медицинского образования для подготовки как нынешних, так и будущих медицинских специалистов. Специальность фтизиатра в медицинских учебных заведениях может быть стратегически объединена со специальностью «пульмонолог / инфекционист», чтобы способствовать переходу от узкого понимания болезни к более широкому, комплексному, ориентированному на нужды людей образовательному процессу (89).

Такой комплексный подход должен быть распространен также на выпускников при прохождении ими ординатуры по специальности, сочетающей существующие учебные планы для врачей-фтизиатров с планами для врачей-пульмонологов или врачей-инфекционистов. Программа ординатуры должна быть посвящена респираторным заболеваниям (включая ТБ) у детей и взрослых – это будет способствовать более полному, комплексному взгляду на проблему легочных заболеваний. Объединение этих программ позволит подготовить поставщиков медицинских услуг с новыми специализированными и дополнительными навыками, поэтому потребуются разработать и четко определить новые компетенции для сотрудников системы здравоохранения.

В процессе работы по институционализации этого подхода, а также с целью обеспечения высококачественных услуг, предоставляемых работниками здравоохранения, странам ВЕЦА следует отказаться от устаревших систем обязательных курсов повышения квалификации и перейти к гибкой модели непрерывного профессионального развития, с помощью которой поставщики медицинских услуг могут накапливать «баллы» за повышение собственного профессионального уровня и проходить краткосрочные курсы в рамках пятилетнего цикла. Программы обучения должны быть аккредитованы, а вся деятельность взаимосвязана с сертификацией и лицензированием (90–92).

Однако основная проблема заключается в том, что стандартизация непрерывного профессионального образования является весьма сложной задачей, поэтому странам потребуется определить количество «баллов», продолжительность курсов и тип мероприятий, которые могут быть включены в систему аккредитации (91).

Определение практических навыков и планирование

Для расчета потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения необходимо всесторонне углубленно изучить организацию услуг, потоки пациентов в мероприятиях по контролю ТБ и рабочую нагрузку персонала.

Планирование кадровых ресурсов здравоохранения и практических навыков лечения ТБ должны основываться на спросе на услуги, обязанностях различных поставщиков услуг, задачах, которые должны быть выполнены, и возможностях учебных заведений. Следует проводить регулярные оценки рабочей нагрузки исходя из частоты и распространенности заболевания, с учетом последних достижений в медицине и технологиях, в том числе новых диагностических инструментов, тестов, лекарственных средств и укороченных режимов лечения, что может способствовать увеличению или уменьшению рабочей нагрузки поставщика услуг.

Опыт показывает, что сложно рационально планировать кадровые ресурсы здравоохранения для борьбы с ТБ на основе общих норм комплектования штата. Частично это связано с существенными отличиями в численности и производительности персонала как в пределах одной страны, так и в разных странах. На этот процесс также влияет ряд таких дополнительных факторов, как обучение, инфраструктура и доступность необходимых лекарств и технологий (93).

Ответственность за расчет потребностей в кадрах в основном ложится на плечи руководителей организаций здравоохранения. Признавая всю сложность этой работы, ВОЗ разрабатывает инструмент, позволяющий получить приблизительное общее представление о потребностях в персонале. Этот инструмент будет предложен странам к концу 2017 г. после первого раунда его апробации в Европейском регионе ВОЗ.

Оценка качества кадровых ресурсов здравоохранения

Кадровые ресурсы здравоохранения и спрос на услуги постоянно меняются, поэтому важно регулярно пересматривать перечни задач и компетенции. Кураторские визиты должны быть важным инструментом наблюдения за работой отдельных сотрудников и оценки их соответствия четко определенным уровням компетентности и нормативным показателям деятельности. Необходимо установить минимальные целевые ориентиры и показатели для управления кадровыми ресурсами здравоохранения и определить способы их оценки (94–97).

ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ И ИННОВАЦИИ

Лица, формирующие политику, специалисты и простые граждане все чаще признают, что нынешние модели предоставления медицинской помощи и иерархическая структура систем здравоохранения больше не являются стабильными с точки зрения стоимости, качества и удовлетворенности пациентов. Вместо этого, принятие мер по внедрению систем и услуг здравоохранения, ориентированных на нужды людей, становится приоритетной задачей. Хотя рамки и элементы ориентированного на людей подхода к предоставлению помощи четко определены, материалов о том, как лучше всего способствовать этим изменениям и продвигаться к ним, опубликовано немного. Чтобы устранить этот пробел, Европейское региональное бюро ВОЗ предприняло согласованные усилия, чтобы предоставить лицам, формирующим политику, специалистам и простым гражданам во всем регионе примеры и извлеченные уроки, обеспечивающие платформу, на которой руководители всех уровней системы здравоохранения смогут обмениваться опытом и углубленно изучать проблемы и успехи других.

Чтобы помочь руководителям систем здравоохранения решить вопрос о том, как переориентировать противотуберкулезную помощь на нужды людей, Региональное бюро приступило к проектному направлению под названием «Преобразование системы здравоохранения: практика реализации» (98). Эта работа предполагает проведение совещаний высокого уровня с участием лиц, формирующих политику, и экспертов, для того чтобы понять, как руководители систем спланировали, внедрили и приняли новые механизмы управления, финансирования и оказания услуг противотуберкулезной помощи. Предварительные результаты работы в этом направлении позволили выявить ряд основных препятствий и факторов, содействующих преобразующим изменениям. По опыту этих высших должностных лиц и экспертов, некоторые из важнейших факторов, способствующих изменениям, заключаются в следующем:

- в ситуации изменения политических циклов и меняющихся условий финансирования важно сформулировать видение на отдаленную перспективу, которое может объединить заинтересованные стороны в процессе решения повседневных задач, которые неизбежно возникнут во время реализации нового подхода. Важно отметить, что это видение должно быть технически осуществимым и согласованным с общими ценностями, которые могут стимулировать внедрение изменений субъектами системы здравоохранения на всех этапах предоставления помощи;
- инициативы часто пренебрегают ценностью общесистемного подхода вследствие кратковременного периода благоприятных возможностей. Использование системного подхода имеет решающее значение для долгосрочного успеха инициативы и, по возможности, для обеспечения согласованности изменений с основными компонентами системы здравоохранения (организация управления, финансирования и предоставления услуг), а также ценностями или убеждениями, в противном случае инициатива окажется безуспешной;
- в любой системе заинтересованные стороны обладают разным уровнем политической власти, предоставляемой им руководящими структурами. Составление перечня заинтересованных сторон может помочь в определении ресурсов, возможностей и препятствий, способных затормозить или активизировать участие ключевых влиятельных лиц;
- четкое представление стратегического видения и его побуждающее к действиям описание может сыграть важную роль в объединении заинтересованных сторон, особенно когда речь идет об участии в широкомасштабных институциональных изменениях;
- использование доказательной базы высокого качества при разработке политики и управления в сфере здравоохранения позволит выявлять и понимать проблемы и имеет решающее значение для достижения желаемых результатов при помощи мер политики и снижения риска непреднамеренных последствий;

- успешная реформа является результатом совместной деятельности многих заинтересованных сторон, работающих на всех уровнях системы здравоохранения ради осуществления изменений, а не героической работы отдельно взятого человека. Проводники этих изменений могут выступать в качестве важного инструмента, поскольку способны привлечь критическую массу заинтересованных сторон на раннем этапе, зачастую просто отстаивая и продвигая планы преобразований;
- постоянное информирование и побуждение к действию заинтересованных сторон сообщениями о первых успехах и распространением этой информации может способствовать вовлечению других людей и переубеждению тех, кто пока скептически относится к процессу перемен. На ранних этапах в ходе разработки стратегической концепции и планирования необходимо учитывать результаты деятельности и соотносить их с краткосрочными достижимыми целями, которые в целом соответствуют более сложному долгосрочному видению изменений;
- для разработки новых подходов и обеспечения постоянных инвестиций важно оптимальное соотношение централизованного планирования и координации с автономной реализацией на местном уровне при сочетании реализации мероприятий по принципу «сверху вниз» и «снизу вверх»;
- сложные проблемы требуют комплексных решений, оптимального соотношения «большого взрыва» и поэтапных изменений. Легко пропагандировать широкомасштабные преобразования, которые вытесняют привычные методы работы, но стратегия плавного управления изменениями часто требует сбалансированности между преимуществами новых подходов и историей, культурой, устоявшимися в организации и унаследованной организационной структурой, которые преобладают в странах со времени предыдущих реформ;
- сложные широкомасштабные изменения в политике здравоохранения должны распространяться среди многих заинтересованных сторон и секторов, что приводит к институционализации изменений. Необходимо покончить с разобщенностью профессионалов и правительства, стимулируя и поддерживая «стирание границ» и инвестируя в подготовку лидеров, готовых бросить вызов желанию многих ключевых игроков сохранить существующее положение дел;
- изменения в системе требуют времени, особенно если необходимо обеспечить достаточное участие и заинтересованных сторон и единодушную поддержку перемен. Проводникам изменений потребуется время и пространство, чтобы продумать правильное видение и концепцию изменений, сформировать доверие между партнерами и предоставить ответы на возникающие вопросы, чтобы убедить заинтересованные стороны.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 2 May 2017).
2. F Floyd K, Hutubessy R, Samyshkin E, Korobitsyn A, Fedorin I, Volchenkov G et al. Health-systems efficiency in the Russian Federation: tuberculosis control. *Bull World Health Organ*. 2006; 84(1):43–51.
3. Dimitrova B, Balabanova D, Atun R, Drobniewski F, Levicheva V, Coker R. Health service providers' perceptions of barriers to tuberculosis in Russia. *Health Policy Plan*. 2006; 21(4):265–74.
4. Atun RA, Samyshkin YA, Drobniewski F, Kuznetsov SI, Fedorin IM, Coker RJ. Seasonal variation and hospital utilization for tuberculosis in Russia: hospitals as social care institutions. *Eur J Public Health*. 2005; 15(4):350–4.
5. Atun R, Samyshkin Y, Drobniewski F, Kuznetsov S, Fedorin I, Coker R. Social factors influencing hospital utilisation by tuberculosis patients in the Russian Federation: analysis of routinely collected data. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2005; 9(10):1140–6.
6. Atun R, Baeza J, Drobniewski F, Levicheva V, Coker R. Implementing WHO DOTS strategy in the Russian Federation: stakeholder attitudes. *Health Policy*. 2005; 74(2):122–32.
7. Zignol M, Dara M, Dean AS, Falzon D, Dadu A, Kremer K et al. Drug-resistant tuberculosis in the WHO European Region: an analysis of surveillance data. *Drug Resist Updat*. 2013; 16(6):108–15.
8. MDR tuberculosis challenges global health-care targets. *Lancet Respir Med*. 2013; 1(10):755.
9. Skrahina A, Hurevich H, Zalutskaya A, Sahalchyk E, Astrauko A, Hoffner S et al. Multi-drug resistant tuberculosis in Belarus: the size of the problem and associated risk factors. *Bull World Health Organ*. 2013; 91(1):36–45.
10. Rusovich V, Kumar AM, Skrahina A, Hurevich H, Astrauko A, de Colombani P et al. High time to use rapid tests to detect multidrug resistance in sputum smear-negative tuberculosis in Belarus. *Public Health Action*. 2014; 4(4):243–8.
11. Royce S, Falzon D, van Weezenbeek C, Dara M, Hyder K, Hopewell P et al. Multidrug resistance in new tuberculosis patients: burden and implications. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2013; 17(4):511–3.
12. Milanov V, Falzon D, Zamfirova M, et al. Factors associated with treatment success and death in cases with multidrug-resistant tuberculosis in Bulgaria, 2009–2010. *Int J Mycobacteriol*. 2015; 4(2):131–7.
13. Jakab Z, Acosta C, Kluge HH, Dara M. Consolidated action plan to prevent and combat Multidrug- and Extensively drug-resistant tuberculosis in the WHO European Region, 2011–2015: cost-effectiveness analysis. *Tuberculosis (Edinb)*. 2015; 95(Suppl 1):S212–6.
14. Falzon D, Jaramillo E, Wares F, Zignol M, Floyd K, Raviglione MC. Universal access to care for multidrug-resistant tuberculosis: an analysis of surveillance data. *Lancet Infect Dis*. 2013; 13(8):690–7.
15. Dara M, Dadu A, Kremer K, Zaleskis R, Kluge HHP. Epidemiology of tuberculosis in WHO European Region and public health response. *Eur Spine J*. 2013; 22(Suppl 4):549–55.
16. Alikhanova N, Akhundova I, Seyfaddinova M, et al. First national survey of anti-tuberculosis drug resistance in Azerbaijan and risk factors analysis. *Public Health Action*. 2014; 4(Suppl 2):S17–23.
17. Acosta C, Dady A, Ramsay A, Dara M. Drug-resistant tuberculosis in eastern Europe: challenges and ways forward. *Public Health Action*. 2014; 4(Suppl 2):S3–12.
18. Acosta C, Kaluski D, Dara M. Conflict and drug-resistant tuberculosis in Ukraine. *Lancet*. 2014; 384(9953):1500–1.
19. Abubakar I, Zignol M, Falzon D, Raviglione MC, Ditiu L, Masham S. Drug-resistant tuberculosis: time for visionary political leadership. *Lancet Infect Dis*. 2013; 13(6):529–39.
20. Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages [website]. New York: United Nations; 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>, accessed 2 May 2017).

21. Здоровье-2020 – основы европейской политики и стратегия для XXI века (2013). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century-2013>, по состоянию на 2 мая 2017).
22. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016–2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (EUR/RC65/17 Rev.1; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>, по состоянию на 2 мая 2017 г.).
23. Приоритетные задачи в области укрепления систем здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ на 2015–2020 гг. Ориентация на нужды людей: от слов к делу. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (EUR/RC65/13; <http://www.euro.who.int/en/about-us/governance/regional-committee-for-europe/past-sessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6513-priorities-for-health-systems-strengthening-in-the-who-european-region-20152020-walking-the-talk-on-people-centredness>, по состоянию на 2 мая 2017 г.).
24. US\$ 6 million grant to boost TB control in eastern European and central Asian countries. In WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 ([http://www.euro.who.int/en/countries/georgia/news/news/2015/09/us\\$-6-million-grant-to-boost-tb-control-in-eastern-european-and-central-asian-countries](http://www.euro.who.int/en/countries/georgia/news/news/2015/09/us$-6-million-grant-to-boost-tb-control-in-eastern-european-and-central-asian-countries), accessed 2 May 2017).
25. Health systems strengthening glossary. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/, accessed 6 September 2016).
26. Таллиннская хартия: Системы здравоохранения для здоровья и благосостояния. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2008 г. (<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/tallinn-charter-health-systems-for-health-and-wealth>, по состоянию на 3 мая 2017 г.).
27. Smith DM. Patient-centered teaching in medical and surgical nursing. *Am J Nurs* 1950; 50(5):314–5.
28. Epstein RM, Street RL Jr. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011; 9(2):100–3.
29. Bardes CL. Defining “patient-centered medicine”. *N Engl J Med*. 2012; 366(9):782–3.
30. Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*. 2001; 322(7284):444–5.
31. Stewart M, Brown J, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman M. Patient centred medicine transforming the clinical method. Thousand Oaks, CA: Sage; 1995.
32. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C et al. Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*. 2001; 322(7284):468–72.
33. McMillan SS, Kendall E, Sav A, King MA, Whitty JA, Kelly F et al. Patient-centered approaches to health care: a systematic review of randomized controlled trials. *Med Care Res Rev*. 2013; 70(6):567–96.
34. Morgan S, Yoder LH. A concept analysis of person-centered care. *J Holist Nurs*. 2012; 30(1):6–15.
35. Strengthening integrated, people-centred health services. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHA69.24; <http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/framework-wha/en/>, accessed 3 May 2017).
36. Ориентировать системы здравоохранения на нужды людей – инновационный подход к улучшению здоровья. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2013 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/public-health-services/publications/2013/towards-people-centred-health-systems-an-innovative-approach-for-better-health-outcomes>, по состоянию на 3 мая 2017 г.).
37. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/180984>, accessed 3 May 2017).
38. Обзор Европейской рамочной основы для действий по организации интегрированного предоставления услуг здравоохранения. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/>

the-european-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery-an-overview-2016, по состоянию на 3 мая 2017 г.).

39. Bassili A, Fitzpatrick C, Qadeer E, Fatima R, Floyd K, Jaramillo E. A systematic review of the effectiveness of hospital- and ambulatory-based management of multidrug-resistant tuberculosis. *Am J Trop Med Hyg.* 2013; 89(2):271–80.
40. Andrews JR, Stout JE. Treating multidrug-resistant tuberculosis in community settings: a wise investment. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015; 19(2):127.
41. Bharty S, Prakash B, Saraf S, Rai R, Bhatnagar AK, Gupta UA. Initiation of MDR TB treatment: is hospitalization worth? *Indian J Tuberc.* 2014; 61(1):57–64.
42. Sinanovic E, Ramma L, Vassall A, Azevedo V, Wilkinson L, Ndjeka N et al. Impact of reduced hospitalisation on the cost of treatment for drug-resistant tuberculosis in South Africa. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2015; 19(2):172–8.
43. Khachadourian V, Truzyan N, Harutyunyan A, Thompson ME, Harutyunyan T, Petrosyan V. People-centered tuberculosis care versus standard directly observed therapy: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2015; 16:281.
44. Suarez PG, Floyd K, Portocarrero J, Alarcón E, Rapiti E, Ramos G et al. Feasibility and cost-effectiveness of standardised second-line drug treatment for chronic tuberculosis patients: a national cohort study in Peru. *Lancet.* 2002; 359(9322):1980–9.
45. Tupasi TE, Gupta R, Quelapio MI, Orillaza RB, Mira NR, Mangubat NV et al. Feasibility and cost-effectiveness of treating multidrug-resistant tuberculosis: a cohort study in the Philippines. *PLoS Med.* 2006; 3(9):e352.
46. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-drugresistant-guidelines/en/>, accessed 3 May 2017).
47. WHA approves post-2015 global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control [website]. Geneva: Stop TB Partnership (http://www.stoptb.org/news/stories/2014/ns14_031.asp, accessed 10 May 2017).
48. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015. In: World Health Organization [website]. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/post2015_strategy/en/, accessed 3 May 2017).
49. Understanding the process to develop a model of care: an ACI framework. Chatswood: Agency for Clinical Innovation; 2016 (<https://www.aci.health.nsw.gov.au/resources/models-of-care>, accessed 3 May 2017).
50. Предоставление услуг здравоохранения: изложение концепции (2016). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2015/health-services-delivery-a-concept-note-2015>, по состоянию на 2 мая 2017 г.).
51. Companion handbook to the WHO guidelines for programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/, accessed 3 May 2017).
52. Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes, fourth edition. Geneva: World Health Organization; 2010 (<http://www.who.int/tb/publications/9789241547833/en/>, accessed 10 May 2017).
53. WHO policy on TB infection control in health-care facilities, congregate settings and households. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-facilities-policy/en/>, accessed 10 May 2017).
54. Implementing the End TB strategy: the essentials. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/tb/publications/2015/The_Essentials_to_End_TB/en/, accessed 3 May 2017).

55. Thomas-Reilly RG, Tozija F, Soltan V, Nikovska DG, Crudu V, Atun R et al. Multidrug-resistant tuberculosis in Moldova and the former Yugoslav Republic of Macedonia: the importance of health system governance. *SEEJPH*. 2016; 5:4–13.
56. Shigayeva A, Atun R, McKee M, Coker R. Health systems, communicable diseases and integration. *Health Policy Plan*. 2010; 25(Suppl 1):i4–20.
57. Marx FM, Atun RA, Jakubowiak W, McKee M, Coker RJ. Reform of tuberculosis control and DOTS within Russian public health systems: an ecological study. *Eur J Public Health*. 2007; 17(1):98–103.
58. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, second edition. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/childtb_guidelines/en/, accessed 3 May 2017).
59. Руководство по ведению пациентов с латентной туберкулезной инфекцией. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015 (<http://www.who.int/tb/publications/latent-tuberculosis-infection/en/>, по состоянию на 3 мая 2017 г.).
60. Practical approach to lung health: manual on initiating PAL implementation. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-pal-manual/en/>, accessed 3 May 2017).
61. Same-day diagnosis of tuberculosis by microscopy: WHO policy statement. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/tb/publications/2011/tb_microscopy_9789241501606/en/, accessed 3 May 2017).
62. Use of tuberculosis interferon-gamma release assays (IGRAs) in low- and middle-income countries: policy statement. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-igras-statement/en/>, accessed 3 May 2017).
63. Systematic screening for active tuberculosis: principles and recommendations. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/tb/publications/tbscreening/en/>, accessed 3 May 2017).
64. Roadmap to implement the tuberculosis action plan for the WHO European Region 2016–2020: towards ending tuberculosis and multidrug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/roadmap-to-implement-the-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020.-towards-ending-tuberculosis-and-multidrug-resistant-tuberculosis-2016>, accessed 3 May 2017).
65. Стратегические рекомендации по определению лекарственной чувствительности (ОЛЧ) к противотуберкулезным препаратам второго ряда. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2008 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70500/2/WHO_HTM_TB_2008.392_rus.pdf, по состоянию на 3 мая 2017 г.).
66. Noncommercial culture and drug-susceptibility testing methods for screening patients at risk for multi-drug resistant tuberculosis: policy statement. Geneva: World Health Organization; 2011 (http://www.who.int/tb/publications/2011/mdr_tb_diagnostics_9789241501620/en/, accessed 3 May 2017).
67. Nutritional care and support for patients with tuberculosis: guideline. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/nutcare_support_patients_with_tb/en/, accessed 3 May 2017).
68. Sinclair D, Abba K, Grobler L, Sudarsanam TD. Nutritional supplements for people being treated for active tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (11):Cd006086.
69. Guidelines for the treatment of drug-susceptible tuberculosis and patient care. Geneva: World Health Organization; 2017 (http://www.who.int/tb/publications/2017/dstb_guidance_2017/en/, accessed 3 May 2017).
70. Management of MDR-TB: a field guide. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/tb/publications/2008/tb_field_guide_9789241547765/en/, accessed 3 May 2017).
71. The use of bedaquiline in the treatment of multi-drug resistant tuberculosis: interim policy guidance. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://www.who.int/tb/publications/mdrtb-treatment-guideline/en/>, accessed 3 May 2017).

72. Getahun B, Wubie M, Dejen G, Manyazewal T. Tuberculosis care strategies and their economic consequences for patients: the missing link to end tuberculosis. *Infect Dis Poverty*. 2016; 5(1):93.
73. Community involvement in TB care and prevention: towards partnerships for health. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-community-guidance/en/>, accessed 3 May 2017).
74. de Vries SG, Cremers AL, Heuvelings CC, Greve PF, Visser BJ, Belard S, et al. Barriers and facilitators to the uptake of tuberculosis diagnostic and treatment services by hard-to-reach populations in countries of low and medium tuberculosis incidence: a systematic review of qualitative literature. *Lancet Infect Dis*. 2017; 17(5):e128–e143 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28291721>, accessed 9 May 2017).
75. Craig GM, Daftary A, Engel N, O'Driscoll S, Ioannaki A. Tuberculosis stigma as a social determinant of health: systematic mapping review of research in low incidence countries. *Int J Infect Dis*. 2017; 56:90–100 (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S120197121631195X>, accessed 10 May 2017).
76. Collaborative framework for care and control of tuberculosis and diabetes. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-diabetes-framework/en/>, accessed 3 May 2017).
77. Политика ВОЗ в отношении сотрудничества в области ТБ/ВИЧ Руководящие принципы для национальных программ и других заинтересованных сторон. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2012 г. (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44789/3/9789244503003_rus.pdf?ua=1 / , по состоянию на 3 мая 2017 г.).
78. WHO policy options on collaborative TB/HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/tb/publications/2012/tb_hiv_policy_9789241503006/en/, accessed 3 May 2017).
79. Dara M, Chorgoliani D, de Colombani P. TB prevention and control care in prisons. In: Prisons and health. Geneva: World Health Organization; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2014/prisons-and-health>, accessed 3 May 2017).
80. Dara M, Grzemska M, Kimerling ME, Reyes H, Zagorskiy A. Guidelines for control of tuberculosis in prisons. The Hague: Challenge TB; 2009.
81. Dara M, Acosta CD, Melchers NV, et al. Tuberculosis control in prisons: current situation and research gaps. *Int J Infect Dis*. 2015; 32:111–17.
82. Lee CY, Chi MJ, Yang SL, Lo HY, Cheng SH. Using financial incentives to improve the care of tuberculosis patients. *Am J Manag Care*. 2015; 21(1):e35–42.
83. Lagenbrunner JC, Wiley CC. Hospital payment mechanisms: theory and practice in transition economies. Buckingham: Open University Press; 2002.
84. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006 (<http://www.who.int/whr/2006/en/>, accessed 4 May 2017).
85. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/, accessed 4 May 2017).
86. Россия: контролируемое лечение туберкулеза и ВИЧ-инфекции, координируемое пататными мед-сестрами диспансера, Самарская область (ситуационное исследование № 33). В публикации: Мед-сестры и акушерки: ключевой ресурс здравоохранения Европейский сборник примеров передовой сестринской и акушерской практики в поддержку реализации политики Здоровье-2020. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/nursing-and-midwifery/publications/2015/nurses-and-midwives-a-vital-resource-for-health.-european-compendium-of-good-practices-in-nursing-and-midwifery-towards-health-2020-goals>, по состоянию на 15 мая 2017 г.).
87. Uebel KE, Fairall LR, van Rensburg DH, Mollentze WF, Bachmann MO, Lewin S et al. Task shifting and integration of HIV care into primary care in South Africa: the development and content of the streamlining

- tasks and roles to expand treatment and care for HIV (STRETCH) intervention. *Implement Sci.* 2011; 6(1):86.
88. Paz-Soldan VA, Alban RE, Jones CD, Oberhelman RA. The provision of and need for social support among adult and pediatric patients with tuberculosis in Lima, Peru: a qualitative study. *BMC Health Serv Res.* 2013; 13:290.
 89. Tuberculosis: country assessments. In: WHO/Europe [website]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications/country-assessments>, accessed 11 May 2017).
 90. WHO progress report on health workforce education, 2013–2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/documents/progress-report_education/en/, accessed 4 May 2017).
 91. eLearning for undergraduate health professionals' education: a systematic review informing a radical transformation of health workforce department. Geneva: World Health Organization; 2015 (<http://who-educationguidelines.org/content/elearning-report>, accessed 8 May 2017).
 92. Policy brief on monitoring and evaluating the education of health professionals. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/policy-briefs>, accessed 8 May 2017).
 93. Blok L, van den Hof S, Mfinanga SG, Kahwa A, Ngadaya E, Oeyet L al. Measuring workload for TB service provision: a methodology. *Hum Resour Health.* 2012; 10:11. doi: 10.1186/1478-4491-10-11.
 94. Minimum data set for health workforce registry. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/hrh/statistics/minimun_data_set/en/, accessed 3 May 2017).
 95. National health workforce accounts: a handbook. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/hrh/documents/brief_nhwa_handbook/en/, accessed 3 May 2017).
 96. Human resource management rapid assessment tool for health organization: a guide for strengthening HRM systems. Cambridge: Management Sciences for Health; 2012.
 97. Evaluation of the structure and provision of primary care in Tajikistan: a survey-based project. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/primary-health-care/publications/2014/evaluation-of-the-structure-and-provision-of-primary-care-in-tajikistan-2014>, accessed 3 May 2017).
 98. Преобразование системы здравоохранения: практика реализации (2016). Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/health-system-transformation-making-it-happen-2016>, по состоянию на 3 мая 2017 г.).

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

КРИТЕРИИ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

В соответствии с действующими руководящими указаниями ВОЗ (1), больным ТБ, в том числе с устойчивостью возбудителя к изониазиду, к рифампицину и с множественной лекарственной устойчивостью (РР/МЛУ-ТБ), следует предоставлять медицинскую помощь преимущественно в амбулаторных учреждениях, а не в стационарах. Эта рекомендация основана на систематическом обзоре и анализе экономической эффективности, в котором сравнивается программное ведение лекарственно-устойчивого туберкулеза (ЛУ-ТБ) с использованием, главным образом, стационарных моделей оказания помощи с амбулаторными моделями лечения (2). Данные указывают на то, что общая экономическая эффективность ухода за больным, МЛУ-ТБ, получающим лечение, может быть улучшена с помощью амбулаторной модели.

Систематический обзор, проведенный после разработки руководящих принципов ВОЗ 2011 г. (3), указывает на то, что, несмотря на ограниченность имеющихся данных, нет существенной разницы в результатах лечения между стационарными и амбулаторными моделями. Принимая во внимание фактические данные, при отсутствии четкой клинической необходимости или потребности общественного здравоохранения, людей с предположительно contagiозным туберкулезом или подтвержденным туберкулезом легких не следует госпитализировать для проведения диагностических тестов или лечения.

ОСНОВНЫЕ КРИТЕРИИ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ТБ

Предлагаемые ключевые критерии госпитализации включают:

- осложненные формы ТБ, требующие госпитализации (4) – состояния, непосредственно связанные с заболеванием ТБ, требующие стационарного лечения (то есть, дыхательная недостаточность и состояния, требующие хирургических вмешательств, такие как кровотечение, пневмоторакс и плеврит);
- тяжелые формы заболеваний, в том числе болезни с тяжелыми клиническими проявлениями сопутствующих заболеваний, требующие госпитализации; состояния, связанные с предшествующими сопутствующими заболеваниями, которые усугубились на фоне ТБ и не поддаются лечению в амбулаторных условиях (заболевания печени, заболевания почек и неконтролируемый диабет);
- угрожающие жизни и серьезные медицинские состояния, вызванные неблагоприятными побочными эффектами противотуберкулезных препаратов (такими как угрожающие жизни аритмии, психоз, почечная недостаточность и потеря слуха).

Дополнительные обстоятельства включают:

- случаи, когда эффективное и безопасное лечение не может быть обеспечено в амбулаторных учреждениях, по месту жительства или на дому (например, в тяжелых случаях бездомности, перенаселенности, в случае контакта больного с детьми в возрасте до 5 лет и беременными женщинами в домашних условиях) и/или при проблемах с территориальной доступностью (например, большая удаленность амбулаторного учреждения);
- в качестве крайней меры – принудительная изоляция больных, не соблюдающих требования лечения, если использованы/исчерпаны все другие подходы к обеспечению непрерывности лечения (5).

Примечание. Эти дополнительные пункты следует применять только в очень редких и исключительных случаях. Все поставщики медицинских услуг должны максимально стремиться к проведению амбулаторного лечения.

Госпитализированные пациенты должны находиться в одноместных палатах. В условиях стационара больных с предполагаемым контагиозным ТБ или подтвержденным ТБ легких следует быстро обследовать на предмет наличия МЛУ-ТБ, после чего:

- пациентов, отнесенных к группе низкого риска РР/МЛУ-ТБ, следует разместить в одноместных палатах;
- пациентов, отнесенных к группе высокого риска РР/МЛУ-ТБ, в идеале, следует разместить в палатах с отрицательным давлением и незамедлительно провести быстрые диагностические тесты, например, тесты амплификации нуклеиновых кислот.

ОСНОВНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ СТАЦИОНАРНЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ ГОСПИТАЛИЗИРУЮЩИХ БОЛЬНЫХ ТБ

Ниже представлены минимальные требования /основные условия для стационарных учреждений, принимающих больных ТБ легких (6).

- обязательное соблюдение соответствующих инструкций по инфекционному контролю, выполнение и контроль установленных требований;
- обеспечение наличия изоляторов для больных ТБ с сохраняющимся положительным результатом микроскопического/культурального исследования мокроты;
- обеспечение обучения и надлежащей курации всех сотрудников для соблюдения административных мер инфекционного контроля ТБ;
- обеспечение достаточного числа подготовленного персонала для предоставления всем пациентам помощи и поддержки в лечении под наблюдением, например, при лечении под непосредственным наблюдением (ЛНН) или лечении под видеонаблюдением (ЛВН);
- обеспечение открытого и безопасного пространства для общения пациентов в соответствии с их статусом инфективности и типом устойчивости: важно не смешивать группы больных с выявленной лекарственной устойчивостью и больных с лекарственно-чувствительной формой ТБ;
- внедрение «дружественных» административных процедур, облегчающих регулярные посещения пациентов родственниками;
- наличие четко определенных протоколов для эффективного информационного взаимодействия и координации действий с подробным описанием круга обязанностей для задействованного персонала (включая подотчетность и функциональные обязанности), для лабораторий, оказывающих услуги во время лечения, а также для подразделений на периферии, в которые пациенты поступают после выписки из стационара;
- наличие у лечебного учреждения возможностей разрабатывать план клинических и психосоциальных услуг, который охватывает особые и индивидуальные потребности, выявленные во время обследования пациента, в том числе соответствующую психологическую и социальную поддержку.

КРИТЕРИИ ВЫПИСКА ИЗ СТАЦИОНАРА

Больной ТБ может быть выписан из стационара, если:

- отсутствует клиническая необходимость стационарного лечения (т. е. больной не отвечает ключевым критериям госпитализации), и после проведения эффективной терапии наблюдается клиническое улучшение, в том числе:
 - улучшение состояния (т.е. нормализация температуры тела, улучшение общего состояния здоровья, которые характеризуются стабилизацией массы тела или ее увеличением);

- сокращение респираторных симптомов (кашля, выделения мокроты);
- сокращение клинических проявлений сопутствующих заболеваний;
- снижение тяжести побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, если они ранее наблюдались или о них сообщал медицинский работник и/или пациент;
- обеспечено эффективное лечение (лекарственная схема основана на достоверном результате ТЛЧ и хорошо переносится), непрерывное продолжение лечения и ЛНН в условиях амбулатории, на дому или в ЛПУ по месту жительства.

Любые решения о выписке больных с подтвержденным ТБ, у которых произошло улучшение состояния и прекратилось выделение мокроты, должна принимать мультидисциплинарная группа специалистов на основе имеющихся фактических данных. Возможность более ранней выписки больных с подтвержденным МЛУ-ТБ следует рассматривать в случае наличия надлежащих возможностей лечения на дому и соблюдения больным определенного плана лечения ТБ. До принятия решения о выписке из стационара больного с предполагаемым или подтвержденным МЛУ-ТБ необходимо заключить договор между пациентом и поставщиками медицинских услуг, а также обеспечить условия для непрерывной медицинской и психосоциальной помощи и ЛНН в условиях амбулатории (7).

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЙ РЕЗУЛЬТАТ МИКРОСКОПИИ МАЗКА МОКРОТЫ И ЛЕЧЕНИЕ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

В соответствии с действующими рекомендациями ВОЗ, лечение ТБ – независимо от статуса мазка мокроты и ТЛЧ – может осуществляться в амбулаторных условиях с первого дня, в том числе и для больных с положительным результатом микроскопии мазка мокроты, с целью снижения риска внутрибольничной передачи инфекции в условиях стационара и улучшения приверженности пациента к лечению. Амбулаторную помощь нужно организовать больному, если он проживает рядом с лечебно-профилактическим учреждением, в котором можно проходить лечение (если учреждение расположено в пределах пешей доступности или при наличии транспорта). Кроме того, если мероприятия инфекционного контроля в противотуберкулезном учреждении не соответствуют международным стандартам, лечение больных с положительным результатом мазка мокроты также можно организовать на амбулаторном уровне. Каждое амбулаторное учреждение должно соответствовать определенным минимальным критериям для проведения лечения больных ТБ и ЛУ-ТБ. Необходимо располагать доказательствами наличия строгого проведения ЛНН, высококачественного клинического мониторинга и лечения неблагоприятных побочных эффектов на протяжении всего периода лечения, включая интенсивную фазу.

Благодаря эффективному лечению лекарственно-чувствительного ТБ, больные быстро перестают быть заразными, задолго до того, как произойдет негативация мазков мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ) или негативация культуры (8), поэтому положительный результат мазка не является противопоказанием для выписки из стационара. Тем не менее, при применении неэффективной лекарственной схемы передача инфекции не прекращается, например в случае использования ППР для лечения РР/МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ (6). Таким образом, обязательным предварительным условием для выписки из стационара должен быть четкий результат ТЛЧ для определения модели лекарственной устойчивости.

Примечание. Большинство больных ТБ уже инфицировали всех, кого могли, еще до постановки диагноза и госпитализации. Поэтому основное внимание следует уделять надлежащему расследованию контактов (как бытовых, так и других близких контактов), а не госпитализации и содержанию пациентов в больнице. Необходимо также усиливать и поддерживать работу по расследованию контактов, активному выявлению случаев заболевания в соответствующих группах риска и профилактику. При этом особое внимание следует уделять последним разработкам в области диагностических технологий, новым препаратам и укороченным схемам лечения РР/МЛУ-ТБ, которые сами по себе не являются панацеей и должны применяться в тщательно подобранных и отобранных комбинациях.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ КРИТЕРИИ ОКАЗАНИЯ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ АМБУЛАТОРНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТБ

Учреждение должно пройти оценку национальной программы по борьбе с ТБ и соответствовать минимальным критериям для проведения амбулаторного лечения больных ТБ и ЛУ-ТБ. Необходимо обеспечить:

- наличие в учреждении специалистов, обученного проведению лечения ТБ и ЛУ-ТБ, в том числе, обращению с инъекционными препаратами, диагностике и лечению побочных эффектов;
- наличие вспомогательных лекарственных средств (из основного списка) для лечения побочных эффектов;
- возможность проведения регулярных лабораторных и бактериологических исследований, а также рентгенографии грудной клетки в соответствии с требованиями национальных протоколов (или создать надежную систему направлений);
- наличие системы поиска больных, выбывших из-под наблюдения (в том числе, патронаж на дому с транспортной поддержкой);
- создание системы повышения приверженности лечению (с помощью мер поощрения и других стимулов).

ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ТБ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА И НА ДОМУ

Для оптимального амбулаторного лечения ТБ и МЛУ-ТБ в этих условиях необходимы:

- четкая политика и протоколы в отношении функциональных обязанностей, знаний, умений и минимальных требований к организациям по месту жительства, которые оказывают поддержку больным ТБ;
- нормативная база в области общественного здравоохранения, позволяющая членам сообщества выполнять некоторые функции в области здравоохранения;
- достаточное количество представителей местных сообществ, оказывающих поддержку больным ТБ для обеспечения ЛНН, по крайней мере, шесть дней в неделю, а также работающих по дополнительному графику, который позволяет проводить лечение дважды в день, если это необходимо;
- наличие немедицинского персонала, должным образом обученного в соответствии с национальными протоколами об услугах, предоставляемых членами сообщества;
- проверки на предмет соответствия инфраструктуры домашнего хозяйства пациента рекомендациям по контролю респираторной инфекции;
- наличие представителей сообщества, оказывающих поддержку больным ТБ и РР/МЛУ-ТБ, обученных соблюдению конфиденциальности и методам сокращения стигматизации.

Примечание. Невыполнение какого-либо из этих условий не означает, что больные не должны получать медицинскую помощь по месту жительства, дома или в амбулаторных учреждениях.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis 2016 update. Geneva: World Health Organization; 2016 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/250125>, accessed 9 May 2017).
2. Преобразование системы здравоохранения: практика реализации. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2016 г. (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/health-system-transformation-making-it-happen-2016>, по состоянию на 3 мая 2017 г.).
3. Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2011 (<http://www.who.int/tb/publications/tb-drugresistant-guidelines/en/>, accessed 3 May 2017).
4. Sia IG, Wieland ML. Current concepts in the management of tuberculosis. Mayo Clin Proc. 2011;86(4):348–61. doi:10.4065/mcp.2010.0820.
5. Management of MDR-TB: a field guide. Geneva: World Health Organization; 2008 (http://www.who.int/tb/publications/2008/tb_field_guide_9789241547765/en/, accessed 3 May 2017).
6. Companion handbook to the WHO guidelines for programmatic management of drug-resistant tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2014 (http://www.who.int/tb/publications/pmdt_companionhandbook/en/, accessed 3 May 2017).
7. Tuberculosis: NICE guideline NG33 [website]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2016 (<https://www.nice.org.uk/Guidance/NG33>, accessed 11 May 2017).
8. Dharmadhikari AS, Mphahlele M, Venter K, Stoltz A, Mathebula R, Masotla T et al. Rapid impact of effective treatment on transmission of multidrug-resistant tuberculosis. Int J Tuberc Lung Dis. 18:1019–1025.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

ИНСТРУМЕНТ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ КОЕЧНОГО ФОНДА

Примечание: инструмент доступен в электронной версии на сайте: <http://www.pas.md/en/TBRep>.

КЛЮЧЕВЫЕ ВОПРОСЫ, КОТОРЫЕ СЛЕДУЕТ УЧИТЫВАТЬ В ПРОЦЕССЕ ПЛАНИРОВАНИЯ И ОРГАНИЗАЦИИ ПРОПУСКНОЙ СПОСОБНОСТИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

- Следует подчеркнуть, что противотуберкулезные учреждения – это медицинские учреждения, предоставляющие неотложную помощь, а не долгосрочную медицинскую или социальную помощь.
- Планирование коечного фонда должно быть согласовано с целями национального стратегического плана по борьбе с ТБ и основываться на современной доказательной базе, а не только на исторически сложившейся организационной структуре и установившейся практике. Следует отметить, что в этой связи решения о госпитализации больного ТБ, а также о его выписке из стационара следует принимать на основании клинического состояния (прогрессирование туберкулезного процесса и/или сопутствующих заболеваний), а не других факторов, в число которых могут входить социальные потребности или проблемы с оказанием помощи в амбулаторных условиях.
- основополагающим принципом планирования пропускной способности стационара является проведение лечения в соответствии с моделью лекарственной устойчивости больного. Этот принцип преобладает над другими критериями, такими как эпидемиологический статус (инфекционные или неинфекционные случаи), история болезни (новые или ранее леченные случаи), локализация процесса (легочная или внелегочная форма), возрастная группа (взрослые или дети) и т. п.
- Надлежащее планирование коечного фонда для больных ТБ требует соблюдения ряда условий в соответствии с требованиями ВОЗ, которые включают:
 - доступность быстрых молекулярных тестов (т. е. автоматизированных тестов в режиме реального времени на основе амплификации нуклеиновых кислот для быстрого и одновременного выявления ТБ и устойчивости к рифампицину (Xpert MTB / RIF)) в качестве исходных тестов на ТБ с устойчивостью возбудителя к изониазиду и к рифампицину (PP –ТБ);
 - полный охват (быстрыми) ТЛЧ и проведение правильного лечения в соответствии с моделью устойчивости больного;
 - предоставление надлежащего лечения всем больным ТБ, в том числе М/ШЛУ-ТБ;
 - внедрение и расширение масштабов применения укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ, а также новых и перепрофилированных противотуберкулезных препаратов;
 - внедрение преимущественно амбулаторной модели лечения ТБ и других подходов к обеспечению противотуберкулезной помощи, ориентированной на нужды пациента.
- Эти мероприятия следует проводить совместно с основными заинтересованными сторонами и представителями ВОЗ, а также, по возможности, с другими международными партнерскими организациями по оказанию помощи в целях развития, которые работают в этой сфере.

МЕТОДОЛОГИЯ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТЕЙ В БОЛЬНИЧНЫХ КОЙКАХ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Инструмент для расчета потребности включает 18 шагов, разделенных на два этапа. В нижеследующих разделах изложены инструкции по выполнению предлагаемых действий и приведены примеры результатов. Все расчеты проведены для вымышленной страны среднего размера, расположенной в регионе Восточной

Европы и Центральной Азии с населением около 7,5 миллионов человек и показателем заболеваемости ТБ в 2015 г. на уровне примерно 85/100 000. Регистрация случаев ТБ: в онлайн-инструменте для электронного расчета значения должны быть введены только в ячейки, выделенные синим цветом, как показано ниже. Также приводится ряд кратких пояснений.

Примечание. Рекомендуется начинать упражнения с национального уровня. После этого (особенно для более крупных стран) расчеты с использованием того же подхода следует применять для административных территорий с четко определенной структурой системы здравоохранения (например, для областей Беларуси, Казахстана, Украины и Узбекистана) и для групп населения (взрослые/дети, гражданский /пенитенциарный сектор). Страны также могут выполнять упражнение по сценарию с низкими/средними/высокими показателями, в особенности для расчета на долгосрочную перспективу (онлайн-инструмент электронных расчетов содержит соответствующий шаблон).

Этап 1 (шаги А–Н) посвящен оценке характеристик эпидемии ТБ.

- Начните с данных о больных за последний доступный год (и/или с данных проекта на 3–5–10 лет).
- Используйте последние определения ВОЗ для регистрации случаев ТБ.
- Оцените (текущий и запланированный) охват ТЛЧ для ППР и ПВР.
- Оцените (текущую и ожидаемую) распространенность лекарственной устойчивости.

Этап 2 (шаги I–R) отражает стратегии лечения и практику госпитализации.

- Оцените показатели зачисления на лечение, с разбивкой по категориям лечения.
- Применительно к случаям МЛУ–ТБ, оцените долю случаев, подлежащих лечению по стандартным и укороченным режимам лечения.
- Оцените долю больных ТБ, подлежащих госпитализации, с разбивкой по категориям лечения.
- Оцените среднюю продолжительность пребывания в стационаре, с разбивкой по категориям лечения.

ШАГ А. ЧИСЛО ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ТБ (В ГОД)

Регистрация случаев ТБ представлена с использованием общих категорий ВОЗ для регистрации случаев (из последней версии формы ВОЗ для сбора данных).¹

1	НОВЫЕ СЛУЧАИ	5250
1.1	Новый случай ТБ легких с лабораторным подтверждением	3390
1.2	Новый случай ТБ легких с клинически установленным диагнозом	630
1.3	Новый случай внелегочного ТБ	1230
2	РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫЕ СЛУЧАИ	1990
2.1	Рецидивы ТБ легких с лабораторным подтверждением	760
2.2	Рецидивы ТБ легких с клинически установленным диагнозом	200
2.3	Рецидивы внелегочного ТБ	110
2.4	Ранее леченные, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	920
3	ВСЕГО	7240

Примечание. Определение ВОЗ для случаев с лабораторным подтверждением диагноза включает ТЛЧ, автоматизированный тест в режиме реального времени на основе амплификации нуклеиновых кислот для быстрого и одновременного выявления устойчивости к ТБ и рифампицину (Xpert MTB/RIF) и культуральное исследование.

¹Приложение 1. Access to the WHO global TB database. In: Global tuberculosis report. Geneva: World Health Organization; 2016 (http://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, accessed 2 May 2017)..

ШАГ В. ОХВАТ ТЛЧ К ППР: ДОЛЯ СЛУЧАЕВ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЛЧ К ППР (ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ДЛЯ РИФАМПИЦИНА (R))

На основании текущего охвата ТЛЧ к ППР, доля случаев с результатами ТЛЧ оценивается для каждой вышеуказанной категории регистрации.

1	НОВЫЕ СЛУЧАИ	%
1.1	Новый случай ТБ легких с лабораторным подтверждением	90
1.2	Новый случай ТБ легких с клинически установленным диагнозом	5
1.3	Новый случай внелегочного ТБ	10
2	РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫЕ СЛУЧАИ	
2.1	Рецидивы ТБ легких с лабораторным подтверждением	90
2.2	Рецидивы ТБ легких с клинически установленным диагнозом	5
2.3	Рецидивы внелегочного ТБ	10
2.4	Ранее леченные случаи, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	50
3	ВСЕГО	X

Примечания:

- «Результаты ТЛЧ к ППР» означает, что имеется, как минимум, один результат ТЛЧ к R (например, на Хpert). Методология применяет такой же подход к случаям РР-ТБ и МЛУ-ТБ.
- В странах, использующих более раннюю классификацию (положительный/отрицательный результат микроскопии мазка мокроты вместо классификации: лабораторно подтвержденный/ клинически диагностированный случай) следует оценить долю случаев ТБ легких с отрицательным мазком мокроты, которые позднее будут подтверждены другими лабораторными методами (то есть, культуральными) и иметь результаты ТЛЧ к ППР. Они должны быть включены в категорию лабораторно подтвержденных случаев (1.1 и 2.1).
- Среди клинически диагностированных случаев ТБ легких (1.2 и 2.2) на следующих этапах выделите долю больных для лечения РР/МЛУ-ТБ. Это те, кто был в тесном контакте с больными, имеющими лабораторно подтвержденный диагноз РР/МЛУ-ТБ (их доля может варьироваться в зависимости от текущей практики и запланированных будущих шагов).
- Расчеты для случаев внелегочного ТБ (1.3 и 2.3), а также «других случаев повторного лечения» (2.4, в которые входят как лабораторно подтвержденные, так и клинически диагностированные случаи) должны основываться на текущей ситуации, а также краткосрочных и среднесрочных прогнозах.

ШАГ С. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЛЧ К ППР (ПО КРАЙНЕЙ МЕРЕ, ДЛЯ R)

Число больных по категориям рассчитывается путем умножения значений в приведенных выше таблицах:
 $C = A \times B$.

Иллюстрация: 2.1) Рецидивы ТБ легких с лабораторным подтверждением диагноза: 760 случаев, поставленных на диспансерный учет (A) $\times$ 90% охват ТЛЧ (B) = 684 случая с результатами ТЛЧ (C).

1	НОВЫЕ СЛУЧАИ	3206
1.1	Новый случай ТБ легких с лабораторным подтверждением	3051
1.2	Новый случай ТБ легких с клинически установленным диагнозом	32
1.3	Новый случай внелегочного ТБ	123
2	РАНЕЕ ЛЕЧЕННЫЕ СЛУЧАИ	1165
2.1	Рецидивы ТБ легких с лабораторным подтверждением	684
2.2	Рецидивы ТБ легких с клинически установленным диагнозом	10
2.3	Рецидивы внелегочного ТБ	11
2.4	Ранее леченные случаи, не рецидивы (подтвержденные лабораторно и диагностированные клинически)	460
3	ВСЕГО	4371

ШАГ D. МОДЕЛЬ УСТОЙЧИВОСТИ К ППР, СЛУЧАИ ЗАБОЛЕВАНИЯ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЛЧ К ППР

На основании текущего профиля устойчивости, для новых и ранее леченых случаев оценивается распространенность устойчивости к ППР.

1	Чувствительность ко всем ППР среди новых случаев	70%
2	Полирезистентность ТБ (ПР-ТБ) среди новых случаев	12%
3	РР/МЛУ-ТБ среди новых случаев	18%
4	Чувствительность ко всем ППР среди ранее леченых случаев	41%
5	ПР-ТБ среди ранее леченых случаев	14%
6	РР/МЛУ-ТБ среди ранее леченых случаев	45%

Примечание. Страны, в которых отсутствует полный охват ТЛЧ к ППР, должны провести дополнительную работу для оценки распространенности ПР-ТБ и РР/МЛУ-ТБ на основе фактического охвата, но с учетом запланированных темпов его расширения на ближайший период времени и среднесрочную перспективу.

ШАГ E. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ С РАЗБИВКОЙ ПО МОДЕЛЯМ УСТОЙЧИВОСТИ К ППР

Расчетное число больных по моделям устойчивости рассчитывается путем умножения значений С и D в представленных выше таблицах: $E = C \times D$.

Иллюстрация: 4) Случаи РР/МЛУ-ТБ: 3206 новых случаев с результатами ТЛЧ (C) $\times$ 18% распространенность РР/МЛУ-ТБ среди новых случаев (D) + 1165 (C) $\times$ 45% (D) для ранее леченых случаев = 577 + 524 = 1101 – расчетное число случаев РР/МЛУ-ТБ (E).

1	Результаты ТЛЧ к ППР отсутствуют	2870
---	----------------------------------	------

2	Чувствительность ко всем ППР	2722
3	РР/МЛУ-ТБ	548
4	RR/MDR-TB	1101
5	ВСЕГО	7240

ШАГ F. ОХВАТ ТЛЧ К ПВР: ДОЛЯ И ЧИСЛО СЛУЧАЕВ РР/МЛУ-ТБ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЛЧ К ПВР (ФТОРХИНОЛОНЫ (ФХ) И ИНЪЕКЦИОННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ (ИП))

Для случаев РР/МЛУ-ТБ для расчета числа пациентов с результатами ТЛЧ к ПВР (ФХ и ИП используется текущий (и/или запланированный) охват ТЛЧ ПВТ (1)): $F(2) = F(1) \times E(4)$.

Иллюстрация: 2) 1101 расчетных случаев РР/МЛУ-ТБ (E) × 85% охват ТЛЧ к ПВР в случаях РР/МЛУ-ТБ = 936 расчетных случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР (F).

1	Доля случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР	85%
2	Число случаев РР/МЛУ-ТБ с результатами ТЛЧ к ПВР	936

Примечания:

- «Результаты ТЛЧ к ПВР» означают, что имеются результаты ТЛЧ к FQ и инъекционным препаратам (полученные, например, с помощью метода молекулярной гибридизации со специфичными к ПВР олигонуклеотидными зондами). В настоящее время ВОЗ считает, что ТЛЧ к другим ПВР, проведенный каким-либо методом, не является надежным и не должен использоваться для принятия решений о лечении.
- Как и в вышеприведенном примечании к этапу D, страны, в которых отсутствует полный охват ТЛЧ среди случаев РР/МЛУ-ТБ, должны провести дополнительную работу по оценке устойчивости к FQ и ИП на основании фактического охвата, но с учетом запланированных темпов его расширения на ближайший период времени и среднесрочную перспективу.

ШАГ G. МОДЕЛИ УСТОЙЧИВОСТИ К ПВР, СЛУЧАИ РР/МЛУ – ТБ С РЕЗУЛЬТАТАМИ ТЛЧ К ПВР

На основании текущих (и/или запланированных) данных, оценивается модель устойчивости к ПВР по данным ТЛЧ среди случаев МЛУ-ТБ.

1	Устойчивость к ПВР отсутствует	55%
2	«Пред-ШЛУ» ТБ	30%
3	ШЛУ-ТБ	15%

Примечания:

- Для надлежащего планирования коечного фонда на среднесрочную и долгосрочную перспективу страны, в которых в настоящее время охват ТЛЧ к ПВР среди случаев РР/МЛУ-ТБ ограничен, должны провести дополнительную работу по оценке устойчивости к ПВР (FQ и ИП). Для этой цели в качестве ориентира можно использовать региональные характеристики/данные из других (соседних, если применимо) стран региона.
- Для целей планирования коечного фонда следует использовать определения «пред-ШЛУ» и «ШЛУ», но в расчетах их нужно применять с осторожностью, принимая во внимание тот факт, что уровни устойчивости к канамицину в регионе очень высоки, однако капреомицин все еще можно включать в схемы ПВР для значительной части больных с устойчивостью к канамицину (при условии обеспечения полного/почти полного охвата ТЛЧ к ПВР).

ШАГ Н. ЧИСЛО СЛУЧАЕВ С РАЗБИВКОЙ ПО МОДЕЛЯМ УСТОЙЧИВОСТИ (ППР И ПВР)

На основании оценок и расчетов, проведенных на предыдущих этапах (А–Г), рассчитывается годовое число больных, подлежащих лечению, в соответствии с их моделью устойчивости: $H = F \times G$.

Иллюстрация: 6) 936 расчетных случаев РР/МЛУ–ТБ с результатами ТЛЧ для ПВР ($F \times (30\% + 15\%)$), оценочная распространенность «пред–ШЛУ» и ШЛУ–ТБ (G) = $936 \times 45\% = 421$ расчетных случаев «пред–ШЛУ» и ШЛУ–ТБ (Н).

1	Результаты ТЛЧ к ППР отсутствуют	2870
2	Чувствительность ко всем ППР	2722
3	ПР–ТБ	548
4	РР/МЛУ–ТБ без результатов ТЛЧ к ПВР	165
5	РР/МЛУ–ТБ без устойчивости к ПВР	515
6	«Пред–ШЛУ» и ШЛУ–ТБ	421
7	ВСЕГО	7240

Примечание. Убедитесь, что значение «Всего» в этой таблице соответствует итоговым значениям в шагах А и Е выше.

ШАГ I. ДОЛЯ БОЛЬНЫХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВКЛЮЧЕНИЮ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ТБ

Оценивается доля больных, которых следует включить в программы лечения активного ТБ (должна быть близка к 100%).

1	Отсутствие результатов ТЛЧ к ППР и чувствительность ко всем ППР	100%
2	ПР–ТБ	100%
3	МЛУ–ТБ без результатов ТЛЧ к ПВР и без устойчивости к ПВР	98%
4	«Пред–ШЛУ» и ШЛУ–ТБ	95%

Примечание. Учитывайте, что не все больные (особенно случаи М/ШЛУ–ТБ) будут включены в программы лечения ТБ из-за широкой устойчивости и/или тяжелого клинического состояния, или из-за отказа пациента от лечения. Однако программы должны стремиться к минимизации этой доли.

ШАГ J. ДОЛЯ БОЛЬНЫХ МЛУ–ТБ, НЕ ИМЕЮЩИХ УСТОЙЧИВОСТИ К ПВР, КОТОРЫЕ ПОДЛЕЖАТ ВКЛЮЧЕНИЮ В ПРОГРАММЫ ЛЕЧЕНИЯ ПО СТАНДАРТНЫМ И УКРОЧЕННЫМ РЕЖИМАМ ЛЕЧЕНИЯ

Исходя из текущей (и/или запланированной) ситуации, рассчитывается доля случаев РР/МЛУ–ТБ без устойчивости к ПВР (и без результатов ТЛЧ к ПВР), которые будут включены в программы лечения с использованием укороченных режимов лечения МЛУ–ТБ.

1	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	40%
2	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	60%

Примечание. На ранних стадиях введения укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ страны должны правильно планировать темпы их внедрения, принимая во внимание существующие модели устойчивости к ПВР и прогноз на будущее, распространенность сопутствующих заболеваний и т. п.

ШАГ К. ЧИСЛО БОЛЬНЫХ, ПОДЛЕЖАЩИХ ЛЕЧЕНИЮ, С РАЗБИВКОЙ ПО КАТЕГОРИЯМ ЛЕЧЕНИЯ

Исходя из оценок и расчетов, проведенных на вышеописанных этапах Н–J, рассчитывается годовое число больных, подлежащих лечению, в зависимости от категории лечения: $K = H \times I$ ($\times J$ для лечения МЛУ-ТБ).

Иллюстрация: 3) 515 расчетных случаев РР/МЛУ-ТБ без устойчивости к ПВР (H) $\times$ 98% расчетный коэффициент включения для этой категории (I) $\times$ 60% расчетная доля укороченных режимов лечения МЛУ-ТБ в этой группе (J) = 303 случая, подлежащих лечению по укороченным режимам лечения МЛУ-ТБ (K).

1	Лечение ППР	5591
2	Лечение ПР-ТБ	548
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	303
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	364
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	400
6	Симптоматическое лечение	35
7	ВСЕГО	7240

Примечание. Число больных, которые будут/должны быть зачислены в программы для получения симптоматического лечения, рассчитывают на основании доли больных, включенных в программы лечения, см. Шаг I выше.

ШАГ L. ПОКАЗАТЕЛЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С РАЗБИВКОЙ ПО КАТЕГОРИЯМ ЛЕЧЕНИЯ

Исходя из текущей (и/или планируемой) практики, рассчитывается доля случаев ТБ, которые будут госпитализированы, с разбивкой по категориям лечения.

1	Лечение ППР	50%
2	Лечение ПР-ТБ	65%
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	60%
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	70%
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для лечения «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	100%
6	Симптоматическое лечение	100%

Примечание. Согласно рекомендованному ВОЗ подходу, программы должны быть направлены на снижение показателя

теля госпитализации для проведения лечения ТБ, в том числе показателя госпитализации больных с МЛУ/ШЛУ-ТБ, несмотря на вероятность наличия избыточного количества коек для лечения ТБ в связи с уменьшением общего годового числа больных туберкулезом.

ШАГ М. ОЖИДАЕМОЕ ЧИСЛО ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ В СООТВЕТСТВИИ С КАТЕГОРИЯМИ ЛЕЧЕНИЯ

Ежегодное число госпитализаций рассчитывается по категории лечения: $M = K \times L$.

Иллюстрация: 4) 364 расчетных случаев РР/МЛУ-ТБ, которые должны получать лечение МЛУ-ТБ по стандартному режиму (К) $\times$ 70% предполагаемого показателя госпитализации для этой категории (Л) = 255 случаев, подлежащих госпитализации для лечения МЛУ-ТБ, стандартный режим (М).

1	Лечение ППР	2796
2	Лечение ПР-ТБ	356
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	182
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	255
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	400
6	Симптоматическое лечение	35

ШАГ N. СРЕДНЯЯ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В МЕСЯЦАХ

Исходя из текущей (и/или планируемой) практики, средняя продолжительность госпитализации (в месяцах) оценивается по категориям лечения.

1	Лечение ППР	1.0
2	Лечение ПР-ТБ	1.5
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	2.0
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	3.0
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	6.0
6	Симптоматическое лечение	6.0

Примечания:

- Средняя продолжительность госпитализации = общее количество пациенто-дней (койко-дней)/общее число госпитализированных.
- Как и в примечании к шагу L, программы должны стремиться к сокращению продолжительности госпитализации, в том числе для больных с МЛУ/ШЛУ-ТБ, несмотря на вероятность наличия избыточного количества коек для лечения ТБ в связи с уменьшением общего годового числа больных туберкулезом.

ШАГ O. КОЛИЧЕСТВО НЕОБХОДИМЫХ БОЛЬНИЧНЫХ ПАЦИЕНТО-ДНЕЙ (КОЙКО-ДНЕЙ) В СООТВЕТСТВИИ С КАТЕГОРИЕЙ ЛЕЧЕНИЯ

Основываясь на оценках по этапам М и N, количество больничных пациенто-дней (койко-дней) необходимо рассчитать по категориям лечения: $O = M \times N \times 30$ [дней].

Иллюстрация: 5) (400 расчетных случаев «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ, подлежащих госпитализации (М) × 6-месячную расчетную среднюю продолжительность пребывания в стационаре для этой категории (N) × 30 дней в месяц) = 72 029 пациенто-дней в стационаре (О) (с использованием коэффициента округления в этой таблице и в других расчетах).

1	Лечение ППР	83 865
2	Лечение ПР –ТБ	16 022
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	10 898
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	22 913
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	72 029
6	Симптоматическое лечение	6 239

Примечание. Пациенто-дни (койко-дни) = число госпитализированных × средняя продолжительность госпитализации [в месяцах] × 30 [дней].

ШАГ Р. НЕОБХОДИМОЕ КОЛИЧЕСТВО БОЛЬНИЧНЫХ КОЕК (С ПОПРАВКОЙ НА 85% СРЕДНИЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗАНЯТОСТИ КОЙКИ), ПО КАТЕГОРИИ ЛЕЧЕНИЯ

На основании пациенто-дней, рассчитанных в шаге О, оценивается потребность в больничных койках для лечения ТБ, скорректированная с учетом оптимального среднего показателя занятости койки (ПЗК) равного 85%, в соответствии с категорией лечения: $P = (O/365 \text{ [дней]})/85 \%$.

Иллюстрация: 1) (83 865 пациенто-дней для больных ТБ, получающих лечение ППР (О)/365 дней) / 85% = 270 коек, необходимых для этой категории (Р).

1	Лечение ППР	270
2	Лечение ПР –ТБ	52
3	Лечение МЛУ-ТБ, укороченный режим (9–12 месяцев)	35
4	Лечение МЛУ-ТБ, стандартный режим (20 месяцев)	74
5	Лечение МЛУ-ТБ, режимы для «пред-ШЛУ» и ШЛУ-ТБ	232
6	Симптоматическое лечение	20
7	ВСЕГО	683

Примечания:

- ПЗК = фактические пациенто-дни/максимальное количество пациенто-дней [число коек × 365 дней].
- На ПЗК влияет целый ряд факторов, в том числе, отличия в клиническом статусе и требования относительно отдельного пребывания (в противотуберкулезных диспансерах, в особенности в соответствии с моделью устойчивости), требования к раздельному пребыванию пациентов разного пола, сезонные колебания, правила госпитализации и выписки в праздничные дни.
- ПЗК около 85% обычно считается оптимальным; это в полной мере применимо для стационаров противотуберкулезных учреждений. Программы должны стремиться к таким уровням деятельности стационара, которые обеспечивают оптимальный ПЗК.

- Программы симптоматического лечения не должны переоценивать такие потребности: их цель должна заключаться в обеспечении надлежащего лечения всем больным ТБ. Принудительная изоляция должна считаться последним средством, после того как все предпринятые разумные меры по обеспечению приверженности лечению оказались безуспешными.

ШАГ Q. РАСПРЕДЕЛЕНИЕ КОЕК С РАЗБИВКОЙ ПО КАТЕГОРИЯМ БОЛЬНЫХ

По практическим соображениям, планирование необходимого количества коек объединено для трех категорий: для больных лекарственно-чувствительным ТБ, для больных ЛУ-ТБ и для больных, нуждающихся в симптоматическом лечении.

Иллюстрация: 2) $(52 + 35 + 74 + 232)$ коек для лечения больных с ПР-ТБ и МЛУ/ШЛУ-ТБ (Р) = 393 коек для пациентов с ЛУ-ТБ (Q).

1	Койки для больных лекарственно-чувствительным ТБ	270
2	Койки для больных с ПР-ТБ	393
3	Койки для проведения симптоматического лечения	20
4	Всего	683

ШАГ R. ОБЩЕЕ ЧИСЛО КОЕК ДЛЯ БОЛЬНЫХ ТБ, НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ

Общее число больничных коек для лечения больных ТБ рассчитывают на 100 000 населения: $R = Q \times 100\,000$ населения.

Иллюстрация: 1) Например, страна, где в 2015 г. среднегодовое население составляло 7,5 млн человек: всего требуется $683 \text{ койки для больных ТБ} \times 100\,000 / 7\,500\,000 \text{ населения} = 9,1 \text{ коек на } 100\,000 \text{ населения (R)}$.

1	Общее число коек для больных ТБ, на 100 000 населения	9.1
---	---	-----

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ДЕЙСТВУЮЩИЕ МЕХАНИЗМЫ ОПЛАТЫ ТРУДА ПОСТАВЩИКОВ УСЛУГ В 11 СТРАНАХ ПРОЕКТА TB-REP

В этой таблице представлено сочетание методов оплаты труда по осуществлению контроля ТБ и противотуберкулезной помощи в выборочных странах. В первых трех столбцах приведены способы оплаты, используемые странами для различных видов помощи. В четвертой колонке указано влияние методов оплаты с использованием двух показателей, описывающих госпитализацию: число госпитализаций и средняя продолжительность госпитализации (СПГ). В пятом столбце указано наличие или отсутствие специальной организации, отвечающей за приобретение медицинских услуг.

Страна	Первичная медико-санитарная помощь	Специализированные амбулаторные противотуберкулезные службы	Стационары	Влияние структуры госпитализации пациентов на лечение препаратами первого ряда (число госпитализаций; СПГ) в 2015 г.	Отдельная организация, отвечающая за стратегические закупки
Армения	Подушевая оплата (апробирование оплаты труда по результатам работы)		Смешанная: глобальный бюджет/оплата за пролеченный случай	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Да
Азербайджан	Постатейный бюджет		Постатейный бюджет	• Относительно большое число госпитализаций • Относительно большая СПГ	Да
Беларусь	Подушевая оплата		Постатейный бюджет	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Нет
Грузия	Подушевая оплата	Оплата за пролеченный случай	Посуточная оплата	• Малое число госпитализаций • Большая СПГ	Да
Казахстан	Подушевая оплата (апробирование оплаты труда по результатам работы)		Оплата за пролеченный случай (противотуберкулезные учреждения – в процессе перехода)	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Да
Кыргызстан	Подушевая оплата		Оплата за пролеченный случай (противотуберкулезные учреждения – в процессе перехода)	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Да
Молдова	Подушевая оплата (модель оплаты труда по результатам работы)	Смешанная: Подушевая/за пролеченный случай	Посуточная	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Да

Таджикистан	Подушевая оплата (апробирование оплаты труда по результатам работы)		Постатейный бюджет	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Нет
Туркменистан	Постатейный бюджет		Постатейный бюджет	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Нет
Украина	Постатейный бюджет (апробирование подушевой оплаты)		Постатейный бюджет (апробирование глобального бюджета)	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Нет
Узбекистан	Постатейный бюджет		Постатейный бюджет	• Большое число госпитализаций • Большая СПГ	Нет

Перечисленные страны являются участниками Регионального проекта «Укрепление систем здравоохранения для эффективного контроля ТБ, в том числе ТБ с лекарственной устойчивостью, в регионе Восточной Европы и Центральной Азии», осуществляемого при финансовой поддержке Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией.

Источники: обзоры национальных программ по борьбе с туберкулезом, проведенные Европейским региональным бюро ВОЗ (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/tuberculosis/publications>, accessed 9 May 2017); обзоры деятельности систем здравоохранения, проведенные Европейской обсерваторией по системам и политике здравоохранения (<http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/health-system-reviews-hits>, accessed 9 May 2017); Rechel B, Richardson E, McKee M, editors. Trends in health systems in the former Soviet countries. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2014 (<http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/trends-in-health-systems-in-the-former-soviet-countries-2014>, accessed 9 May 2017).

ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

ГЛОССАРИЙ ТЕРМИНОВ: КАДРОВЫЕ РЕСУРСЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Термин	Определение
Аккредитация	Особая форма обеспечения качества, приводящая к официальному признанию учреждения или программы. Законный орган признает, что этот поставщик услуг или программа отвечают заранее определенным и согласованным стандартам, что в конечном итоге приводит к присвоению им статуса аккредитованного. Аккредитация может быть присуждена внешним агентством по обеспечению качества или же самим учреждением, в этом случае речь идет о «само-аккредитации» (1).
Укрепление потенциала	Это понятие значительно шире, чем обучение, оно включает в себя следующие моменты на трех разных уровнях: ■ развитие кадровых ресурсов – процесс «вооружения» людей знаниями, навыками и доступом к информации, знаниям и обучению, который позволяет им эффективно работать; ■ организационное развитие – разработка управленческих структур, процессов и процедур не только внутри организаций, но и управление взаимоотношениями между различными организациями и секторами (общественным, негосударственным сектором и сообществом); ■ развитие институциональной и правовой базы – внесение изменений в законодательство и нормативные акты, которые позволяют организациям и учреждениям всех уровней и во всех секторах наращивать свой потенциал (2).
Сертификация	Оценка и признание лица уполномоченным органом (который может быть правительственной или неправительственной организацией) указывающие на то, что данное лицо получило дополнительное образование и подготовку и продемонстрировало свою компетентность в соответствии с заранее установленными требованиями или критериям (3).
Компетенции	Сочетание основных знаний, способностей, практических навыков и ценностей, необходимых для практики охраны здоровья. «Основные» компетенции – это минимальный набор компетенций, которые составляют общий исходный уровень для всех функций в области охраны здоровья (то есть, все то, что должны успешно, эффективно и надлежащим образом исполнять все специалисты здравоохранения) (1).
Постоянное повышение квалификации (ППК)	Обучение, которое выходит за рамки повышения только клинической квалификации и включает в себя такие широкие компетенции, как проведение исследовательской работы и написание научных статей, мультидисциплинарный подход к лечению больных, профессионализм и этику практической работы, навыки коммуникации, лидерства, управления и поведения, командной работы, информационные технологии, аудит и надлежащее изменение отношения к выполняемой работе для повышения качества обслуживания пациентов и результатов исследований, а также достижения наивысшей степени удовлетворенности заинтересованных сторон. ППК кроме дидактики включает в себя и другие методы обучения, реализует концепции самостоятельного обучения и развития личности, а также рассматривает организационные и системные факторы. ППК может проходить в виде курсов и лекций, тренингов, партнерских проверок, клинического аудита, самообучения (чтения журналов, книг), участия в конференциях и мероприятиях электронного обучения. ППК может быть включено в национальные стандарты поведения, выполнения работ и этики, которые регулируют деятельность работников здравоохранения. Национальные системы ППК могут быть добровольными или обязательными. Обязательные системы могут включать требования как к контролируемому, так и общему, не подлежащему проверке ППК. Подтверждаемое ППК – это деятельность, которая соответствует согласованному определению ППК, для которого имеются документальные подтверждения того, что работник здравоохранения прошел ППК, и что ППК опиралось на точно сформулированные образовательные цели и задачи, четкие ожидаемые результаты и контроль качества (1).

Термин	Определение
Эквивалент полной занятости; полная штатная единица (ЭПЗ)	Общее количество отработанных часов, деленное на среднее число часов, отработанных за год на условиях полной занятости. В зависимости от наличия данных о рабочих часах, уровень ЭПЗ можно также рассчитать следующим образом: ■ Работник, имеющий трудовой контракт на ЭПЗ, считается одной полной штатной единицей. Для работников, не имеющих трудового контракта на полную занятость, эквивалент полной занятости следует определять по количеству рабочих часов, упомянутых в каждом контракте, разделенном на обычное количество часов, отработанных за полный рабочий день (4).
Кадровые ресурсы	Все люди, участвующие в деятельности, основной целью которой является укрепление здоровья (5).
Планирование кадровых ресурсов	Стратегии, направленные на обеспечение соразмерности предложения и распределения кадровых ресурсов здравоохранения в соответствии с целями политики и вытекающими из этого потребностями здравоохранения в рабочей силе (6). Обеспечение правильной численности и типа кадровых ресурсов здравоохранения для своевременного предоставления надлежащих услуг людям, которые в них нуждаются (7).
Обучение без отрыва от производства	Получение обучения в условиях полной занятости в секторе здравоохранения. Его целью является обучение медицинских работников или инструкторов для медицинских работников практическим навыкам для осуществления конкретных вмешательств (8). Обучение, направленное на поддержание «основных» компетенций и развитие новых компетенций в ответ на потребительский спрос и меняющиеся потребности общественного здравоохранения (9).
Врачи: врачи общей практики (в том числе семейные врачи и врачи ПМСП: ISCO 2008-2211)	Они диагностируют, лечат и проводят профилактику болезней, травм и других нарушений физического и психического здоровья, поддерживают здоровье людей посредством применения принципов и процедур современной медицины. Они планируют, контролируют и оценивают выполнение планов ухода и лечения другими поставщиками медицинских услуг. В своей практике они не ограничиваются определенными нозологическими единицами или методами лечения и могут брать на себя ответственность за предоставление непрерывной и комплексной медицинской помощи отдельным лицам, семьям и сообществам (10).
Врачи-специалисты (ISCO 2008-2212)	Они диагностируют, лечат и проводят профилактику болезней, травм и других нарушений физического и психического здоровья, используя специализированные методы тестирования и диагностики; медицинские, физические и психиатрические технологии посредством применения принципов и процедур современной медицины. Они планируют процедуры лечения и ухода, осуществляют контроль и оценивают осуществление этих планов другими медицинскими работниками. Они специализируются на конкретных категориях заболеваний, типах пациентов или методах лечения, могут заниматься обучением медицинских работников и исследовательской деятельностью в своей области специализации (10).
Медицинские работники среднего звена	Это поставщики медицинских услуг, которые успешно окончили высшие/средние специальные медицинские учебные заведения, выполняют определенный объем работы/практической деятельности, сертифицированы или зарегистрированы органами лицензирования/регистрации, продолжают соответствовать стандартам своей работы и обязаны поддерживать и обновлять свои практические навыки и знания, регулярно проходя специализированное ППК.
Специалисты немедицинского профиля	К ним относятся социальные работники, психологи, физиотерапевты, фармацевты, диетологи и т.п. Они имеют полную квалификацию (часто имеют степень) и зарегистрированы в профессиональной организации.
Люди, оказывающие поддержку пациентам	Медико-санитарные работники по месту жительства и люди, оказывающие поддержку больным во время лечения и не имеющие формального профессионального или высшего образования. Они могут получать деньги за свою работу или работать как волонтеры. Обычно они проходят неформальное обучение, связанное с работой.

Термин	Определение
Перераспределение обязанностей	Рациональное перераспределение задач между группами работников здравоохранения. Когда это необходимо, высококвалифицированные медицинские работники передают конкретные задачи работникам здравоохранения, имеющим более низкий уровень подготовки или квалификации, чтобы эффективнее использовать имеющиеся людские ресурсы в этой сфере. Имеется большая доказательная база в отношении различных категорий перераспределения обязанностей. Например: ■ расширение сферы практической деятельности недипломированных медицинских и технических работников, с тем чтобы они могли выполнять некоторые задачи, которые ранее стояли перед специалистами более высокого уровня (например, врачами); ■ расширение сферы практической деятельности людей, оказывающих поддержку пациентам, с тем чтобы они могли выполнять некоторые задачи, которые ранее стояли перед недипломированными медицинскими и техническими работниками и врачами; ■ обучение пациентов самостоятельному контролю своего заболевания, с тем чтобы они могли выполнять некоторые задачи, связанные с их лечением и уходом, которые ранее стояли перед работниками здравоохранения. Перераспределение обязанностей можно также распространять на другие кадры, которые традиционно не выполняют никаких лечебных функций, например, фармацевтов, лаборантов, администраторов и регистраторов. Определяющим фактором всех типов перераспределения обязанностей являются кадры, которые берут на себя новые обязанности, а не те, кто освобожден от выполнения этой задачи. Например, перераспределением обязанностей 1-го типа называется любое расширение сферы деятельности недипломированных и технических работников (3).
Рабочая нагрузка	Все время, необходимое для выполнения определенной задачи (11).

Примечание. При отсутствии других ссылок следует считать, что все определения разработаны для Регионального проекта «Укрепление системы здравоохранения для эффективного контроля над ТБ и ЛУ-ТБ в регионе Восточной Европы и Центральной Азии» (TB-REP).

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Transforming and scaling up health professionals' education and training. Geneva: World Health Organization; 2013 (http://www.who.int/hrh/resources/transf_scaling_hpet/en/, accessed 5 May 2017).
2. Capacity building and strengthening framework. Washington, DC: United States President's Emergency Plan for AIDS Relief; 2011 (<https://www.pepfar.gov/reports/guidance/c54029.htm>, accessed 11 May 2017).
3. Task shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams – global recommendations and guidelines. Geneva: World Health Organization; 2008 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43821>, accessed 5 May 2017).
4. Joint data collection on non-monetary health care statistics: joint questionnaire 2013 – guidelines for completing the OECD/EUROSTAT/WHO–Europe questionnaire 2013. Paris: OECD Publishing; 2013.
5. Handbook on monitoring and evaluation of human resources for health. Geneva: World Health Organization; 2009 (<http://www.who.int/hrh/resources/handbook/en/>, accessed 5 May 2017).
6. Malgieri A, Michelutti P, Van Hoegaerden M, editors. Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries. Bratislava: Ministry of Health of the Slovak Republic; 2015 (<http://healthworkforce.eu/work-package-5/>, accessed 5 May 2017).
7. Birch S, Kephart G, Murphy GT, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Health human resources planning and the production of health: development of an extended analytical framework for needs-based health human resources planning. *J Public Health Manag Pract.* 15(6 Suppl): S56–61.
8. Glossary of intervention terms. In: Transformative education for health professionals: WHO guidelines [website]. Hannover: Hannover Medical School; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/4-glossary-intervention-terms>, accessed 5 May 2017).
9. Transforming and scaling up health professional education and training: policy brief on regulation of health professions education. Geneva: World Health Organization; 2013 (<http://whoeducationguidelines.org/content/policy-briefs>, accessed 5 May 2017).
10. International Standard Classification of Occupations [website]. Geneva: International Labour Organization; 2008 (<http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/>, accessed 5 May 2017).
11. Blok L, van den Hof S, Mfinanga SG, Kahwa A, Ngadaya E, Oeyet L al. Measuring workload for TB service provision: a methodology. *Hum Resour Health.* 2012; 10:11. doi: 10.1186/1478-4491-10-11.

Европейское региональное бюро ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) – специализированное учреждение Организации Объединенных Наций, созданное в 1948 г., основная функция которого состоит в решении международных проблем здравоохранения и охраны здоровья населения. Европейское региональное бюро ВОЗ является одним из шести региональных бюро в различных частях земного шара, каждое из которых имеет свою собственную программу деятельности, направленную на решение конкретных проблем здравоохранения обслуживаемых ими стран.

Государства-члены

Австрия
Азербайджан
Албания
Андорра
Армения
Беларусь
Бельгия
Болгария
Босния и Герцеговина
Бывшая югославская
Республика Македония
Венгрия
Германия
Греция
Грузия
Дания
Израиль
Ирландия
Исландия
Испания
Италия
Казахстан
Кипр
Кыргызстан
Латвия
Литва
Люксембург
Мальта
Монако
Нидерланды
Норвегия
Польша
Португалия
Республика Молдова
Российская Федерация
Румыния
Сан-Марино
Сербия
Словакия
Словения
Соединенное Королевство
Таджикистан
Туркменистан
Турция
Узбекистан
Украина
Финляндия
Франция
Хорватия
Черногория
Чехия
Швейцария
Швеция
Эстония

Всемирная организация здравоохранения Европейское региональное бюро

UN City, Marmorvej 51, DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Тел.: +45 45 33 70 00 Факс: +45 45 33 70 01

Эл. адрес: euwhocontact@who.int

Веб-сайт: www.euro.who.int