

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ
імені П. Л. ШУПИКА



ТАЛАЛАЄВ КОСТЯНТИН ОЛЕКСАНДРОВИЧ

УДК 614.2-058:616.9

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ КОНЦЕПТУАЛЬНОЇ
МОДЕЛІ СИСТЕМИ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ
НА СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩІ ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ**

14.02.03 - соціальна медицина

Автореферат
дисертації на здобуття наукового ступеня
доктора медичних наук

Київ – 2021

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана в Одеському національному медичному університеті МОЗ України.

Науковий консультант:

доктор медичних наук, професор

Гойдик Віктор Степанович,

ДП «Український НДІ медицини транспорту МОЗ України» (м. Одеса),
провідний науковий співробітник

Офіційні опоненти:

доктор медичних наук, професор

Піщиков Валерій Анатолійович,

Управління охорони здоров'я та санаторно-курортних закладів Державного
управління справами (м. Київ), заступник керівника;

доктор медичних наук, професор

Грузєва Тетяна Степанівна,

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України
(м. Київ), завідувачка кафедри соціальної медицини та громадського
здоров'я;

доктор медичних наук, професор

Бадюк Михайло Іванович,

Українська військово-медична академія МО України (м. Київ), завідувач
кафедри організації медичного забезпечення збройних сил.

Захист відбудеться 29 січня 2021 року о 10 годині на
засіданні спеціалізованої вченої ради Д 26.613.07 при Національній медичній
академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою:
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, кафедра управління охороною здоров'я,
аудиторія № 46.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Національної медичної
академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика МОЗ України за адресою:
04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9.

Автореферат розісланий 24 грудня 2020 року.

**Вчений секретар
спеціалізованої вченої ради,
д. мед. н., професор**

**В. І. Бугро**

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

Актуальність теми. Глобальні економічні, соціальні та політичні зміни в світі призвели до суттєвого зростання кількості хворих на соціально значущі захворювання. Серед них виокремлюють інфекційні хвороби: туберкульоз, ВІЛ-інфекція/СНІД, інфекції, що передаються статевим шляхом (сифіліс і гонорея), вірусні гепатити В і С (М. Marmot, 2005; І. І. Хожило, 2009; Т. А. Сергєєва, Ю. В. Круглов, О. В. Максименко і співавт., 2016; О. В. Лучинська, 2017; С. І. Бояркіна, 2019).

Соціально значущі інфекційні захворювання (СЗІЗ) становлять чималу загрозу національній безпеці, оскільки швидко поширюються в популяції, епідемічний процес відрізняється високим рівнем активності та підтримується соціальними факторами (міграцією, девіантною поведінкою населення, безпритульністю, злиднями, військовими конфліктами тощо). Зазначені захворювання потребують значних витрат на ліквідацію їхніх наслідків, масову профілактику, лікування й реабілітацію хворих, а отже, зумовлюють значне навантаження на системи охорони здоров'я, стають перешкодою на шляху розвитку економік країн (К. Zaman, 2010; Ph.Glaziou et al., 2015; A. MacNeil et al., 2019).

Європейська політика та стратегія ВООЗ для ХХІ ст. «Здоров'я 2020» спрямувала окрему стратегію на такі важливі інфекційні захворювання, як туберкульоз і ВІЛ-інфекція, що передбачає повний контроль за їхньою захворюваністю й поширеністю в популяції та забезпечення доступу хворих до послуг охорони здоров'я (ВООЗ, 2012; В. В. Шафранський, Г. О. Слабкий, Л. О. Качала, 2016).

Високий ступінь розробки питань трансформації сфери охорони здоров'я України, інтеграції послуг, розвитку комунікацій та інформаційного забезпечення, підвищення якості медичної допомоги простежується в публікаціях провідних українських соціал-гігієністів сучасності (Ю. В. Вороненко, 2016; В. М. Лехан, 2016, 2018; Г. О. Слабкий, 2015; А. В. Степаненко, 2015; В. А. Піщиков, 2015; В. Д. Парій, 2016, 2018; О. З. Децик, 2017; В. М. Михальчук, 2018; В. В. Горачук, 2015, 2019). Результати їхніх системних досліджень слугують основою для запровадження інноваційних моделей організації медичної допомоги прикладного характеру, зокрема, хворим на СЗІЗ, епідемічна ситуація з яких в Україні залишається вкрай небезпечною.

За даними МОЗ України (2018), захворюваність на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) зросла з 19,8 у 2015 р. до 21,9 у 2017 р. на 100 тис. нас., а смертність, спричинена СНІД, – з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас.; у 2018 р. кількість уперше зареєстрованих захворювань на туберкульоз, включно з його рецидивами, становила 62,3 на 100 тис. нас.; інтенсивний показник захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ підвищився протягом 2011–2017 рр. на 21,0 %.

Зокрема, індикатори захворюваності на ВІЛ щороку перевищували (у рази) аналогічні по країні: в Миколаївській області – у 2,2; Одеській – у 2,1; Херсонській – у 1,3. Такі ж тенденції простежувались стосовно захворюваності на туберкульоз, а найнесприятливішою залишалась епідемічна ситуація в Одеській області, де протягом 2011–2018 рр. захворюваність на цю інфекцію зростає на 30,3 %.

Захворюваність в Україні на вірусний гепатит В у 2013 р. дорівнювала 6,5 на 100 тис. нас. при середньоєвропейських показниках 5,3 на 100 тис. нас., а найвищий його рівень протягом 2006–2018 рр. спостерігався в Миколаївській області – 9,2–13,8 на 100 тис. нас.

Актуальність проблеми посилюється значним зростанням захворюваності на ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), ВІЛ/гепатити В і С та розвитком резистентності збудників туберкульозу й ВІЛ-інфекції (В. Г. Бондаренко, А. К. Воробушина, М. В. Куліш, 2013; О. С. Шевченко, 2013; О. С. Шальмін та ін., 2015). За даними МОЗ України (2017), частка хворих на ко-інфекцію в загальній кількості осіб, які захворіли на туберкульоз (у відсотках) зростає з 15,1 до 19,5 % за 2012–2016 рр. Найвищий рівень захворюваності в 2016 р. на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ спостерігався в Одеській області (47,9 на 100 тис. нас.), високі рівні – в Миколаївській (24,1 на 100 тис. нас.) та Херсонській (19,6 на 100 тис. нас.) областях.

Незважаючи на певні успіхи в реалізації державної політики з профілактики та протидії СЗІЗ, в системі надання медичної допомоги хворим мають місце пізнє виявлення туберкульозу та ко-інфекцій; орієнтація на переважно стаціонарне лікування хворих; низький рівень охоплення уразливих груп населення доступними та якісними медико-соціальними послугами. Зберігається надмірна кількість туберкульозних ліжок за умов незадовільного стану інфраструктури більше 70,0 % закладів охорони здоров'я фтизіатричного профілю. Обмежений лабораторний потенціал не дозволяє задовольнити потреби населення в діагностиці гепатитів В і С.

Усе вищезазначене вказує на недосконалість системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, що зумовило актуальність даного дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертація виконана відповідно до плану виконання дисертацій Одеського національного медичного університету МОЗ України, є самостійною роботою автора (державний реєстраційний номер НДДКР 0120U103522; термін виконання липень 2020 р. – грудень 2021 р.) та за своїм напрямом дослідження відповідає темі науково-дослідної роботи кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та медичного права «Соціально-управлінський та економіко-правовий аспекти реформи системи охорони здоров'я в Україні на сучасному етапі з урахуванням засад предиктивної медицини» (державний реєстраційний номер НДР 0117U004736; термін виконання січень 2017 р. – грудень 2021 р.).

Мета дослідження: здійснити медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Досягнення визначеної мети передбачало виконання завдань дослідження:

1. Провести теоретичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми СЗІЗ, факторів ризику, що їх зумовлюють, та впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я.

2. Провести комплексний ретроспективний аналіз епідемічної ситуації щодо СЗІЗ, визначити тенденції розвитку на короткострокову перспективу в Україні, зокрема, Миколаївській, Одеській і Херсонській областях.

3. Визначити вплив соціально-демографічних факторів (вікових характеристик населення, інтенсивності міграції, рівня безробіття, урбанізації) на захворюваність, поширеність, смертність населення від СЗІЗ.

4. Провести комплексний аналіз організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ за показниками виконання заходів відповідних державних соціальних програм на регіональному рівні, стану мережі профільних закладів охорони здоров'я та їхнього ресурсного забезпечення.

5. Провести соціологічне дослідження з визначення рівня задоволеності медичною допомогою хворих на СЗІЗ (на прикладі пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ПСПШ).

6. Провести медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні.

7. Впровадити елементи запропонованої моделі в чинну систему охорони здоров'я та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності.

Об'єкт дослідження: система надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в Миколаївській, Одеській і Херсонській областях України.

Предмет дослідження: захворюваність, поширеність, смертність населення від СЗІЗ; фактори ризику СЗІЗ; організація надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в регіональній системі охорони здоров'я; державні та регіональні програми профілактики й протидії СЗІЗ; фінансове, матеріально-технічне та кадрове забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ; задоволеність медичною допомогою окремих груп хворих на СЗІЗ.

Наукова база дослідження: органи управління та заклади охорони здоров'я Миколаївської, Одеської, Херсонської областей (усього 31 од.).

З метою розв'язання поставлених завдань використані такі **методи наукового дослідження:**

- *системного підходу і системного аналізу* на усіх етапах дослідження – з метою розгляду об'єкта дослідження як цілісної системи та забезпечення

комплексного дослідження: функцій, структури, ресурсного забезпечення, зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язків, а також виявлення проблем, визначення закономірностей і механізмів утворення інноваційних складових запропонованої моделі;

- *бібліосемантичний* – з метою вивчення міжнародного та вітчизняного досвіду профілактики та організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

- *епідеміологічний* – для оцінки динаміки рівнів захворюваності, поширеності та смертності населення від СЗІЗ, визначення впливу демографічних факторів ризику на розвиток епідемій в регіонах дослідження;

- *медико-географічний* – для обґрунтування вибору бази дослідження;

- *соціологічний* – з метою визначення рівня задоволеності медичною допомогою хворих на ко-інфекцію ВІЛ/ПСПШ;

- *медико-статистичний* – для визначення обсягу дослідження, збору, статистичної обробки та аналізу отриманих даних; визначення трендів захворюваності, поширеності, смертності від СЗІЗ на основі аналізу динамічних рядів; ранжування регіонів дослідження за показниками захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ (за методикою Полякова – Малинського);

- *економічного аналізу* – з метою визначення економічної ефективності результатів впровадження елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ в практику роботи закладів охорони здоров'я;

- *концептуального моделювання* – з метою визначення загальних підходів до організації системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ та розробки її функціонально-організаційної моделі;

- *графічного моделювання* – для візуалізації даних із застосуванням одно- або багатовимірної графіки для опису притаманних їм властивостей;

- *організаційного експерименту* – для апробації та впровадження запропонованих інноваційних і удосконалених елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

- *експертних оцінок* – для одержання оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ незалежними висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що **вперше** в Україні:

- здійснено медико-соціальне обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на регіональному рівні, інноваційними елементами якої, додатково до чинних, запропоновані в складі: суб'єкта управління – органи управління об'єднаними територіальними громадами (ОТГ), спроможні забезпечувати фінансування місцевих соціальних програм; об'єкта управління – обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ, який за функціями та структурою орієнтований на задоволення потреб пацієнтів у

інтегрованій міждисциплінарній медичній допомозі; у складі блоку наукового регулювання – взаємний обмін інформацією між регіональним центром громадського здоров'я (РЦГЗ) та обласним/регіональним центром профілактики й протидії СЗІЗ, що доповнює дані про стан здоров'я населення регіону та може бути використано при прийнятті клінічних рішень;

- обґрунтовано закономірності функціонально-структурних перетворень в мережі закладів охорони здоров'я, що надають третинну медичну допомогу хворим на СЗІЗ, обумовлені змінами нозологічної структури з переважанням ко-інфекцій і потребами хворих у якісній медичній допомозі, та механізми змін шляхом об'єднання (злиття) та оперативного переміщення ресурсів відокремлених монопрофільних високоспеціалізованих закладів охорони здоров'я до більш ефективної організаційної структури;

- доповнено наукові дані про детермінацію рівнів захворюваності, поширеності та смертності від СЗІЗ факторами ризику їхнього розвитку;

- досліджені тренди захворюваності, поширеності й смертності населення з причин, пов'язаних із СЗІЗ, в регіонах дослідження на короткострокову перспективу.

Удосконалено:

- організаційні підходи до інтеграції послуг, міждисциплінарної взаємодії професіоналів та децентралізації медичної допомоги хворим на СЗІЗ на основі принципу пацієнт-орієнтованості;

- методичні підходи до розробки та структурування державних, регіональних, місцевих соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на основі принципу подібності: характеристик епідемічного процесу; груп ризику населення; заходів з профілактики, діагностики та лікування;

- підходи до фінансового забезпечення соціальних програм профілактики й протидії СЗІЗ на регіональному та місцевому рівнях управління за рахунок бюджетних коштів та коштів об'єднаних територіальних громад на основі принципів пріоритетності, соціальної та економічної відповідальності.

Набули подальшого розвитку науково-методичні підходи до медико-статистичного прогнозування перебігу епідемічного процесу (на прикладі соціально значущих інфекційних захворювань) з урахуванням причинно-наслідкового впливу факторів ризику його розвитку.

Теоретичне значення одержаних результатів полягає в суттєвому доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про систему охорони здоров'я населення, зокрема, організацію надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для *розробки* концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, *впровадження* її елементів в практику діяльності органів управління та закладів охорони здоров'я Одеської області (усього 31 заклад) та можуть бути впроваджені в системах охорони здоров'я інших регіонів України.

Результати дослідження використані:

а) на державному рівні:

- у пропозиціях до проєкту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014 – 2018 рр., затвердженої Законом України від 20 жовтня 2014 р. № 1708-VII;

б) на регіональному рівні:

- при розробці «Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 р. № 279-VII;

- при створенні комунального некомерційного підприємства (КНП) «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради», затвердженого рішенням Одеської обласної ради від 16 червня 2017 р. № 429-VII;

в) на місцевому рівні:

- при підготовці Міської цільової програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018 – 2020 рр., затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018 р.

Впровадження результатів дослідження проводилося на етапах його виконання:

- на профільних кафедрах: Одеського національного медичного університету; Івано-Франківського національного медичного університету; Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського; Харківського національного медичного університету; Запорізького державного медичного університету; Дніпропетровської медичної академії МОЗ України; Української медичної стоматологічної академії; Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця; медичного інституту Сумського державного університету; Запорізького державного медичного університету;

- в Одеському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Херсонському обласному центрі профілактики та боротьби зі СНІДом; в Херсонському обласному шкірно-венерологічному диспансері; в Одеському міському центрі профілактики та боротьби з ВІЛ-інфекцією/СНІДом; в Одеському обласному клінічному медичному центрі; в Одеському міському протитуберкульозному диспансері; у фтизіопульмонологічному центрі Херсонської обласної ради; у фтизіопульмонологічному медичному центрі Миколаївської обласної ради; в НДІ гігієни праці та профзахворювань Харківського національного медичного університету (всього 26 актів впровадження).

Результати дослідження набули свого втілення у деклараційному патенті на корисну модель «Спосіб комплексної оцінки ступеня ризику інфікування збудниками соціально-небезпечних хвороб у ВІЛ-інфікованих осіб» (висновок Укрпатенту від 21.08.2020 р. № 14758/3У/20).

Особистий внесок здобувача. Дисертаційна робота є власноруч виконаною автором кваліфікаційною науковою працею. Автор визначив напрям, мету, завдання, розробив програму дослідження; обрав методичний інструментарій для розв'язання поставлених завдань, особисто провів пошук та критично проаналізував джерела наукової літератури. Дисертант власноруч розробив анкети та провів соціологічне дослідження серед пацієнтів; здійснив викопювання даних з обліково-звітних форм державної статистичної інформації. Здобувачем розроблено дизайн проекту прогнозування перебігу епідемії СЗІЗ, самостійно проведено статистичну обробку первинних даних на комп'ютері із застосуванням ліцензованої програми Excel (Microsoft®) і Statistica 13.0 for Windows (StatSoft Inc®, serial number ZZS99900009906307DEMO-5), виконано систематизацію та наукову інтерпретацію отриманих результатів, за участі автора здійснено впровадження отриманих результатів в діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я, зроблено ґрунтовні висновки.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладено в доповідях і тезах доповідей науково-практичних форумів:

- *міжнародних*: IV конференції з питань ВІЛ/СНІДу у Східній Європі та Центральній Азії (Москва, Російська Федерація, 2014 р.); I Національній конференції із здоров'я підлітків (з міжнародною участю) (Кишинів, Молдова, 2014); Конгресі Національного товариства сімейної медицини (Яси, Румунія, 2016 р.); II Національній конференції із здоров'я підлітків (з міжнародною участю) «Підвищення життєздатності – здоровий розвиток в умовах ризику» (Кишинів, Молдова, 2016 р.); Міжнародному конгресі польського товариства громадського здоров'я (Вроцлав, Польща, 2016 р.); Міжнародній науковій конференції з сучасної методології науки та освіти (Варшава, Польща, 2017 р.); III міжнародній науково-практичній конференції «Наука та інформація» (Київ, Україна, 2019 р.); XIV міжнародній науково-практичній конференції «Міжнародні тенденції у науці та технологіях» (Варшава, Польща, 2019 р.);

- *національних*: III Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання та перспектива розвитку медичної допомоги і соціальних послуг підліткам та молоді на принципах «дружнього підходу в Україні» (Київ, Україна, 2016 р.), науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні» (Ужгород, Україна, 2017 р.); двох доповідей на НПК з МУ «Біотика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти» (Харків, Україна, 2017 р).

Публікації. Матеріали дисертації оприлюднено в 36 публікаціях, зокрема, у 25 статтях в наукових фахових виданнях (з них одноосібних – 12, у закордонних виданнях – 9, у виданні наукометричної бази Scopus – 1), 11 працях апробаційного характеру (7 доповідей на міжнародних науково-практичних конференціях, 4 – на національних).

У роботах, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає в безпосередній участі у формуванні мети та завдань, інформаційної бази даних, обговоренні результатів і підготовці висновків.

Обсяг і структура дисертації. Робота викладена на 352 сторінках машинописного тексту, з них обсяг основного тексту – 274 сторінки. Складається із вступу, 6 розділів власних досліджень, висновків, списку використаних джерел (265 джерел, із них кирилицею - 151, англійських – 114), містить 54 таблиці, 51 рисунок, додатки (на 45 сторінках).

ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

У *вступі* розкрита актуальність теми дослідження та показаний зв'язок із науковими програмами, темами, планами. Визначено мету, об'єкт і предмет, базу, методи наукового дослідження; представлено наукову новизну, теоретичне та практичне значення; наведено інформацію про основні результати та їхнє впровадження, особистий внесок автора у виконання роботи; представлено дані про апробацію результатів, публікації, в яких висвітлені результати дослідження, обсяг і структуру дисертації.

У *першому розділі* представлено результати теоретичного аналізу вітчизняної та зарубіжної наукової літератури за проблемою, що досліджувалася. Надано загальну характеристику СЗІЗ та детальну – окремих нозологічних одиниць групи, проаналізовано їхній вплив на здоров'я населення. Виявлено, що трансформації збудників СЗІЗ призвели до активного розвитку ко-інфекцій туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/Вірусні гепатити В і С, що посилює актуальність проблеми СЗІЗ для здоров'я людства, як і зростання захворюваності на мультирезистентний туберкульоз і гепатит В, захворюваності й смертності, пов'язаних з інфікуванням вірусом гепатиту С, мільйони випадків захворюваності щороку на сифіліс та десятки мільйонів – на гонококову інфекцію.

Показано, що в світі зусиллями державних і громадських інституцій досягнуто певних успіхів у протидії захворюваності та поширеності СЗІЗ: протягом 1996–2018 рр. кількість нових випадків зараження ВІЛ знизилася з 2,9 до 1,7 млн; захворюваність на туберкульоз впродовж 2000–2017 рр. щороку знижувалася в середньому на 2,0 %; кількість людей, які живуть з ВІЛ і мають доступ до антиретровірусної терапії (АРТ), зросла з 7,7 млн в 2010 р. до 23,3 млн у 2018 р.

Тим же часом в Україні захворюваність на СНІД зросла з 19,8 на 100 тис. нас. у 2015 р. до 21,9 на 100 тис. нас. у 2017 р., а смертність, спричинена СНІД, – з 7,1 до 7,7 на 100 тис. нас.; інтенсивний показник захворюваності на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ підвищився за 2011–2017 рр. на 21,0 %; реєструвалися високі показники маркерів вірусних гепатитів В і С у вагітних і донорів. За рівнями захворюваності й поширеності СЗІЗ в Україні провідні місця стабільно посідали Миколаївська, Одеська та Херсонська області.

Результатами теоретичного аналізу підтверджено, що активна міграція населення, збільшення контингенту осіб з девіантною поведінкою, соціальна дезадаптація, низький рівень розвитку економіки, військові події, недостатнє державне фінансування медицини та соціальної сфери залишаються істотними передумовами для подальшого ускладнення епідемічної ситуації з СЗІЗ в Україні, зокрема, в південних регіонах.

У *другому розділі* «Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження» представлено обґрунтовану та розроблену з позицій системного підходу програму дослідження. Відповідно до програми, методичну основу роботи становили принципи багатофакторності, усебічності пізнання, системності, комплексності, об'єктивності з застосуванням загальнонаукових методів та методів дослідження, специфічних для соціальної медицини. Проведення дослідження, відповідно до програми, передбачалось у шість етапів і охоплювало за різними показниками період 2006–2018 рр. (рис. 1).

На першому етапі завданнями дослідження передбачалося проведення теоретичного аналізу міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми СЗІЗ, факторів ризику, що їх зумовлюють, впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я.

Поставлені завдання виконувалися шляхом застосування методів системного підходу і системного аналізу, бібліосемантичного. Інформаційною базою дослідження стали джерела наукової медичної інформації (265 од., з них 114 – англomовних, статистичні матеріали, законодавчі, нормативно-правові акти (76 од.). Обробка статистичних даних здійснювалася за допомогою методу медико-статистичного аналізу.

Отримані дані стали підґрунтям для обрання напрямку дослідження, визначення мети, завдань, об'єкта, предмету дослідження, його обсягу, розробки програми дослідження, що здійснювалося *на другому етапі* з використанням методів системного підходу і системного аналізу. Обрані методи дозволили представити структурні елементи програми як цілісну систему, складові якої об'єднані спільною метою та повинні виконуватися у логічній послідовності з урахуванням специфічних особливостей завдань кожного етапу й методів їхнього розв'язання.

На другому етапі як базу дослідження, з використанням медико-географічного методу, обрано органи управління та заклади охорони здоров'я Миколаївської, Одеської та Херсонської областей. Відбір регіонів ґрунтувався на основі офіційних статистичних даних про їхнє географічне розташування, подібність соціально-демографічних та економічних характеристик, природних умов і масштабності, за результатами теоретичного аналізу, епідемії СЗІЗ. Зокрема, спільним для регіонів визнано вихід до Чорного та Азовського морів, що обумовило розвиток суднобудування, курортів, туристичного господарства, активну життєдіяльність найбільших українських портів (Южний, Чорноморськ, Одеса). Ці спільності надавали змогу успішно контактувати з іноземними країнами і водночас ставали одним із чинників активного поширення СЗІЗ серед мешканців регіонів.

Мета дослідження	Провести медико-соціальне обґрунтування, розробити та впровадити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання та надати оцінку її медичної, соціальної та економічної ефективності	
Перший етап	Теоретичний аналіз міжнародних і вітчизняних наукових досліджень з проблеми соціально значущих інфекційних захворювань, факторів ризику, що їх обумовлюють, та впливу на стан здоров'я населення, економічні процеси та системи охорони здоров'я	
	Матеріали: 265 наукових праць (з них 114 – англomовних) зарубіжних і вітчизняних вчених, матеріали ВООЗ (13 од.), нормативно-правові акти за темою (76 од.), дані Державної служби статистики України та Центру медичної статистики МОЗ України (всього 38 од.)	
Другий етап	Обґрунтування методологічної основи дослідження; формування мети, об'єкту та предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури й обсягу інформаційних матеріалів	
Третій етап	Аналіз епідемічної ситуації щодо соціально значущих інфекційних захворювань в Миколаївській, Одеській і Херсонській областях	
	Визначення тенденцій розвитку епідемій на короткострокову перспективу. Дослідження впливу вікових характеристик населення, інтенсивності міграції, рівня безробіття, урбанізації на захворюваність, поширеність, смертність населення від соціально значущих інфекційних захворювань	Матеріали: дані Євробаро ВООЗ, ЦГЗ України, ДООЗ регіонів, форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 8, 9, 33, 34 (49 од.))
Четвертий етап	Комплексний аналіз і оцінка діяльності державних інститутів і мережі закладів охорони здоров'я Миколаївської, Одеської і Херсонської областей з організації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	
	Аналіз виконання державних соціальних програм з профілактики й протидії соціально значущим інфекційним захворюванням за показниками результативності на регіональному рівні. Аналіз мережі та ресурсного забезпечення профільних закладів охорони здоров'я. Визначення рівня задоволеності пацієнтів медичною допомогою	Матеріали: галузеві і регіональні звіти з виконання цільових державних програм; форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 17, 20, 47-здоров) за 2006-2016 рр. (всього 51 од.), конториси, розпорядчо-звітні документи закладів охорони здоров'я (23 од.), анкети соціологічного опитування (389 од.)
П'ятий етап	Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	
	Узагальнення результатів попередніх етапів дослідження. Медико-соціальне обґрунтування та розробка концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗЗ (на прикладі Одеської області)	Матеріали: програмні документи ВООЗ (5 од.), нормативно-правові акти (9 од.), результати власного дослідження
Шостий етап	Впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання на державному, регіональному та місцевому рівнях. Оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності моделі	
	Впровадження елементів моделі в чинну систему охорони здоров'я; оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності, експертна оцінка моделі	Матеріали: конториси, розпорядчо-звітні документи органів і закладів охорони здоров'я (7 од.); анкети експертів (24 од.)
Методи дослідження на етапах: системного підходу і системного аналізу I-VI; бібліосемантичний – I; соціологічний – IV; медико-статистичний – I, III, IV, VI; медико-географічний – II; економічного аналізу – IV, VI; моделювання – III, V, VI; експертних оцінок – VI	Впровадження: Формула корисної моделі (номер заявки у 2020 01572), заявка на винахід (номер заявки а 2020 01571); публікації у наукових фахових виданнях (25 од.), матеріалах наукових форумів (11 од.), акти впровадження (26 од.), довідки: МОЗ (1 од.); Департаменту ОЗ Одеської ОДА (1 од.); Одеської міської ради (1 од.)	

Рис. 1. Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження.

Третій етап присвячувався детальному аналізу регіональних особливостей епідемічної ситуації щодо СЗІЗ в регіонах дослідження, зокрема, внеску ВІЛ-інфекції, туберкульозу, хронічних гепатитів В і С, ПСШ у формування здоров'я населення. Проводився системний аналіз даних Євроробро ВООЗ, Центру громадського здоров'я МОЗ України, форм галузевої статистичної звітності (ф. №№ 8, 9, 33, 34, усього 49 од.), звітів Департаментів охорони здоров'я Одеської, Миколаївської та Херсонської обласних державних адміністрацій за 2006–2018 рр.

З метою обробки даних застосовувався метод медико-статистичного аналізу, зокрема, оцінці піддавались відмінності інтенсивних показників захворюваності, поширеності, смертності від окремих СЗІЗ від середніх аналогічних показників по Україні. Використовувався метод аналізу динамічних рядів з виявленням і описом характерних тенденцій змін цих показників за період дослідження з наступною екстраполяцією отриманих значень динамічного ряду, що піддавався аналізу, до 2022 року.

Проводилась комплексна оцінка інтенсивних показників захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ за методикою Полякова – Малинського з оцінкою їхніх середніх значень і сигмальних відхилень. Це дозволило визначити рейтингові позиції досліджуваних регіонів серед інших і підтвердити актуальність обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ на прикладі одного з обраних регіонів.

На даному етапі також визначався вплив демографічних факторів на розвиток епідемічних процесів, зумовлених СЗІЗ (вікових характеристик населення, інтенсивності міграції, рівня безробіття, урбанізації) з побудовою регресивних моделей шляхом покрокового виключення факторів (змінних) до досягнення максимуму впорядкованого коефіцієнта детермінації. Використання методу графічного моделювання дозволило візуалізувати отримані дані.

На четвертому етапі проведено комплексний аналіз і оцінку діяльності державних інституцій і мережі закладів охорони здоров'я регіонів дослідження з організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ за показниками виконання заходів відповідних державних соціальних програм на регіональному рівні. Аналізу піддавались також стан мережі профільних закладів охорони здоров'я та їхнє ресурсне забезпечення. Матеріалами дослідження слугували галузеві та регіональні звіти з виконання цільових державних програм; форми галузевої статистичної звітності (ф. №№ 17, 20, 47-здоров) за 2006–2016 рр. (усього 51 од.), кошториси, розпорядчо-звітні документи регіональних органів управління та закладів охорони здоров'я (23 од.) третинної медичної допомоги.

Окрему складову етапу присвячено виконанню завдання з оцінки задоволеності медичною допомогою хворих на СЗІЗ (на прикладі пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ПСШ), що потребувало проведення соціологічного дослідження вибіркоким методом. Оцінка проводилася за характеристиками

медичної допомоги, які мають значний вплив на задоволеність пацієнтів і визначають її якість: доступність (територіальну, фінансову), пацієнт-орієнтованість (задоволеність повнотою наданої пацієнту інформації), задоволеність результатом медичної допомоги та умовами її надання. Відповідно до визначених характеристик формувалися основні питання анкети, яка використовувалася в якості інструмента опитування. Варіанти відповідей надавали можливість респонденту висловити свою незадоволеність, часткову задоволеність, задоволеність або засвідчити, що він дуже задоволений отриманою медичною допомогою. Репрезентативність дослідження забезпечувалась використанням 389 анкет респондентів, що відповідало розрахунковим даним. За результатами обробки відповідей підраховувались відносні величини та стандартна похибка відносної величини з використанням пакета описової статистики в *Microsoft Excel*.

Узагальнені результати чотирьох попередніх етапів дослідження дозволили на *п'ятому етапі* провести медико-соціальне обґрунтування та розробити концептуальну функціонально-організаційну модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, а на *шостому*, заключному етапі, – впровадити її елементи в систему охорони здоров'я регіону (на прикладі Одеської області), оцінити медичну, соціальну, економічну ефективність моделі та провести її експертну оцінку висококваліфікованими експертами.

Виконання завдань п'ятого етапу здійснювалось із застосуванням методів: системного підходу і системного аналізу, концептуального, функціонально-структурного, графічного моделювання. Застосування методу системного підходу на даному етапі здійснювалось за шістьма його аспектами як методичної основи побудови концептуальної моделі: системно-компонентного; системно-функціонального; системно-структурного; системно-інтегративного; системно-комунікаційного; системно-історичного.

В якості матеріалів дослідження використовувались програмні документи ВООЗ (13 од.), вітчизняні нормативно-правові акти (76 од.), результати власного дослідження.

З метою виконання завдань шостого етапу використовувались обліково-звітні документи закладів охорони здоров'я (5 од.) та методи: організаційного експерименту, економічного, порівняльного аналізу, медико-статистичний, експертних оцінок. Експертна оцінка проводилась з використанням «Анкети експерта» за п'ятибальною оціночною шкалою. Заповнені експертами анкети піддавались медико-статистичному аналізу: розраховувались середня арифметична бальних оцінок, стандартна похибка та середнє квадратичне відхилення (σ). Ступінь узгодженості думок експертів визначався за коефіцієнтом варіації (C_v) для кожного об'єкта експертизи у відсотках.

У *третьому розділі* роботи представлені результати комплексного ретроспективного аналізу епідемічної ситуації щодо СЗІЗ у регіонах дослідження. Встановлено, що впродовж періоду спостереження мало місце стабільне перевищення рівнів захворюваності, поширеності та смертності від

ВІЛ-інфекції/СНІДу населення зазначених регіонів в порівнянні з аналогічними даними по країні, що обумовило 1-ше, 3-тє та 7-ме рангові місця відповідно Одеської, Миколаївської, Херсонської областей протягом 2006–2018 рр. серед інших регіонів України (табл. 1).

Таблиця 1

Комплексна оцінка областей України за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від СНІДу за 2006-2018 роки (у %)

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	25,5	низька	16
Волинська	30,1	низька	14
Дніпропетровська	81,6	дуже висока	2
Донецька	68,8	висока	4
Житомирська	39,5	нижче середньої	11
Закарпатська	6,9	дуже низька	25
Запорізька	36,8	нижче середньої	12
Івано-Франківська	11,4	дуже низька	24
Київська	60,9	вище середньої	6
Кіровоградська	45,6	середня	9
Львівська	20,8	дуже низька	20
Миколаївська	80,7	дуже висока	3
Одеська	87,9	дуже висока	1
Полтавська	36,8	нижче середньої	13
Рівненська	24,1	низька	17
Сумська	20,4	дуже низька	21
Тернопільська	13,3	дуже низька	23
Харківська	23,1	низька	19
Херсонська	58,8	середня	7
Хмельницька	23,4	низька	18
Черкаська	41,7	середня	10
Чернівецька	14,8	дуже низька	22
Чернігівська	58,0	середня	8
м. Київ	66,9	вище середньої	5

Епідемія туберкульозу за період дослідження відрізнялася зростанням захворюваності на 30,3 % в Одеській області, зниженням на 30,4 % – в Миколаївській та на 23,7 % – в Херсонській області при вищих показниках захворюваності на вперше діагностований туберкульоз з бактеріовиділенням (відповідно 54,8, 38,8, 43,6 на 100 тис. нас.), ніж в середньому по Україні (29,5 на 100 тис. нас.).

Регіони дослідження посідали відповідно 1-ше, 2-ге, 5-те рангові місця за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від туберкульозу (табл. 2).

Таблиця 2

Комплексна оцінка областей України за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від туберкульозу за 2006-2018 роки (у %)

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	38,2	нижче середньої	21
Волинська	52,9	середня	12
Дніпропетровська	66,6	висока	3
Донецька	55,0	середня	11
Житомирська	64,4	висока	7
Закарпатська	60,5	вище середньої	9
Запорізька	63,0	висока	8
Івано-Франківська	43,9	нижче середньої	17
Київська	64,6	висока	6
Кіровоградська	66,5	висока	4
Львівська	44,4	середня	16
Миколаївська	66,3	висока	5
Одеська	92,4	дуже висока	1
Полтавська	52,6	середня	13
Рівненська	43,2	нижче середньої	18
Сумська	48,5	середня	15
Тернопільська	34,4	низька	23
Харківська	40,7	нижче середньої	20
Херсонська	70,2	дуже висока	2
Хмельницька	42,9	нижче середньої	19
Черкаська	49,8	середня	14

продовження табл. 2

Чернівецька	33,9	низька	24
Чернігівська	58,4	вище середньої	10
м. Київ	37,4	низька	22

Засвідчено, що захворюваність на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей (відповідно 53,5, 19,2, 19,3 на 100 тис. нас.) значно перевищувала захворюваність по Україні (13,3 на 100 тис. нас.), як і поширеність цієї поєднаної патології (58,7, 29,0, 18,4 на 100 тис. нас. відповідного регіону, 15,5 на 100 тис. нас. по Україні). Значно відрізнялися від середньоукраїнських (3,9 на 100 тис. нас.) показники смертності в регіонах (відповідно 11,1, 8,1 та 4,0 на 100 тис. нас.), особливо в Одеській та Миколаївській областях.

За рівнем поширеності вірусних гепатитів В та С протягом 2006–2017 рр. Миколаївська, Одеська, Херсонська області займали відповідно 1-ше, 2-ге, 11-те (табл. 3).

Таблиця 3

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності вірусних гепатитів В та С за 2010–2017 роки

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	24,0	низька	23
Волинська	52,2	середня	13
Дніпропетровська	68,7	висока	8
Донецька	84,6	дуже висока	4
Житомирська	29,6	низька	17
Закарпатська	48,3	середня	14
Запорізька	88,1	дуже висока	3
Івано-Франківська	56,6	середня	12
Київська	72,0	висока	6
Кіровоградська	73,9	висока	5
Львівська	23,6	низька	24
Миколаївська	92,3	дуже висока	1
Одеська	88,4	дуже висока	2
Полтавська	59,8	вище середньої	10

продовження табл. 3

Рівненська	68,5	висока	9
Сумська	71,3	висока	7
Тернопільська	25,1	низька	21
Харківська	28,8	низька	18
Херсонська	56,7	середня	11
Хмельницька	24,5	низька	22
Черкаська	41,5	середня	16
Чернівецька	27,0	низька	19
Чернігівська	47,9	середня	15
м. Київ	26,7	низька	20

За рівнями поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) Одеська, Херсонська та Миколаївська області займали відповідно 4-те, 6-те, 17-те місця (табл. 4), що з рейтинговими показниками поширеності ВІЛ/СНІДу, туберкульозу, вірусних гепатитів В і С підтвердило високу напруженість епідемічної ситуації в регіонах дослідження.

Доведено, що частка осіб віком 15–64 років, інтенсивність міграції, депопуляція та зростання безробіття детермінують поширеність ВІЛ/СНІД в регіонах дослідження на 55,0 %, захворюваність – на 27,0 %, смертність – на 60,0 %; рівнями урбанізації, міграції, безробіттям і роком реєстрації хвороби визначається поширеність туберкульозу на 81,0 %, захворюваність на туберкульоз – на 47,0 %, а смертність на цю інфекцію – на 88,0 %. Поширеність, захворюваність та смертність від поєднаної патології туберкульоз/ВІЛ також детермінована демографічними факторами на статистично значущому рівні.

Показано, що при збереженні виявлених закономірностей епідемічної ситуації слід очікувати: зростання захворюваності на туберкульоз в Одеській області до 76,9 на 100 тис. нас., Миколаївській – до 41,2 на 100 тис. нас., Херсонській – до 50,9 на 100 тис. нас. при подальшому зменшенні показника по Україні до 28,1 на 100 тис. нас.; зростання поширеності ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ до 98,2 на 100 тис. нас. в Одеській та до 81,9 на 100 тис. нас. – у Миколаївській областях, зменшення до 3,4 на 100 тис. нас. у Херсонській та до 7,0 на 100 тис. нас. – по Україні.

Смертність від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ населення Одеської, Миколаївської, Херсонської областей та України досягатиме рівнів відповідно 4,54; 29,4; 7,48 та 3,54 на 100 тис. нас. та демонструватиме зниження показника лише в Одеській області.

Виявлено, що характерними для досліджуваних регіонів були низькі рівні зареєстрованої захворюваності на хронічні гепатити В і С, сифіліс і гонорею, що віддзеркалювало загалом перебіг відповідних епідемічних

Комплексна оцінка областей України за рівнями поширеності інфекцій, що передаються статевим шляхом, за 2010-2017 роки (у%)

Області	Комплексна оцінка областей України		
	Оцінка у %	Якісна оцінка	Ранг
Вінницька	24,8	низька	20
Волинська	47,6	нижче	11
Дніпропетровська	80,3	дуже висока	3
Донецька	39,3	нижче середньої	18
Житомирська	85,7	дуже висока	1
Закарпатська	46,4	середня	13
Запорізька	43,7	середня	16
Івано-Франківська	44,3	середня	15
Київська	22,2	дуже низька	23
Кіровоградська	82,1	дуже висока	2
Львівська	22,8	дуже низька	22
Миколаївська	41,3	середня	17
Одеська	78,2	дуже висока	4
Полтавська	23,7	низька	21
Рівненська	45,8	середня	14
Сумська	46,9	середня	12
Тернопільська	32,9	нижче середньої	19
Харківська	66,9	вище середньої	7
Херсонська	69,3	висока	6
Хмельницька	60,9	вище середньої	9
Черкаська	19,4	дуже низька	24
Чернівецька	69,6	висока	5
Чернігівська	61,0	вище середньої	8
м. Київ	52,7	середня	10

процесів по Україні. Однак проведений попередній теоретичний аналіз щодо частого поєднання цих хвороб з ВІЛ/СНІД підтвердив їх медико-соціальну актуальність в умовах подальшого розвитку епідемії базових (ВІЛ, туберкульоз) і ко-інфекцій, визначених результатами медико-статистичного аналізу для регіонів дослідження.

Результатами дослідження стану організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, представленими у *четвертому розділі* дисертації, доведено, що організаційні засади діяльності, спрямованої на профілактику та зменшення поширеності епідемії СЗІЗ, знайшли своє врегулювання у законодавстві України. Законодавство покладає обов'язки захисту населення від інфекційних хвороб, протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та іншим СЗІЗ на центральні органи виконавчої влади, МОЗ України, органи місцевого самоврядування, заклади охорони здоров'я різних видів і етапів медичної допомоги, роботодавців та інші структури. Організаційно-технічне керівництво діяльністю сфери охорони здоров'я з питань надання медичної допомоги хворим на туберкульоз, ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ та ВІЛ-інфікованим, вірусні гепатити В і С на галузевому рівні здійснювалося впродовж періоду дослідження ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України».

Встановлено, що фінансова складова діяльності відповідальних за профілактику і лікування СЗІЗ структур законодавчо забезпечувалася за рахунок коштів державного бюджету, зокрема, програмно-цільовим методом. Впродовж періоду дослідження законами України були затверджені до виконання загальнодержавні програми профілактики та протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, вірусним гепатитам. Реалізація державних програм відбувалася як на центральному, так і на регіональному рівні, шляхом прийняття відповідних регіональних програмних заходів та їх виконання. Фінансування заходів на регіональному рівні покладалося на місцеві бюджети за рахунок медичної субвенції обласного, районного, міського рівня. Джерелами надходження коштів визначені також кошти Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом і малярією та інші, не заборонені законодавством джерела.

Виконавцями обласних цільових програм визначені управління, відділи, інші структурні підрозділи обласних державних адміністрацій, виконавчих органів міських (міст обласного значення) рад, районні державні адміністрації, обласні центри з профілактики та боротьби зі СНІДом, обласні протитуберкульозні диспансери, заклади охорони здоров'я. Завдання з координації дій виконавчих органів і структур покладались на консультативно-дорадчі міжсекторальні органи, створені при обласних державних адміністраціях.

Результатами дослідження встановлено, що завдяки програмно-цільовому підходу до профілактики й протидії СЗІЗ, здійснено певні позитивні зрушення в організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз, вірусні гепатити В і С. Однак заплановані заходи виконувались не в повному обсязі, частини очікуваних програмних показників не досягнуто, що негативно позначилося на захворюваності, поширеності та смертності населення регіонів дослідження від даної групи захворювань.

Виявлено, що мав місце брак фінансування державних цільових соціальних програм як за рахунок коштів державного, так і обласного й

місцевих бюджетів. Так, обсяг фінансування обласної соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2015 – 2018 рр. в Миколаївській області з обласного та районних бюджетів за 2015 р. складав 29,0 % від запланованого обсягу, в 2016 році – 32,0 %; у 2017 році – 30,0 %. Недофінансованими залишилися послуги з консультування та тестування населення на ВІЛ, зокрема, вагітних, проведення лабораторних досліджень на ВІЛ-інфекцію, профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.

У Херсонській області фінансування з обласного та місцевих бюджетів заходів з забезпечення вільного доступу населення до консультування й тестування на ВІЛ, лікування та медикаментозної профілактики опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань у хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, відкриття кабінетів «Довіра» впродовж 2009-2013 рр. було нижче запланованого. Фінансування послуг з АРТ було нерівномірним упродовж 2009-2016 рр., а в 2010, 2015, 2016 рр. було нижчим за планові обсяги, внаслідок чого повністю потреби в АРТ, за даними регіональних звітів з виконання програм, не задовольнялися.

В Одеській області заходи обласної програми профілактики й протидії ВІЛ/СНІД у 2016-2018 рр. профінансовані з державного бюджету на 70,33 %, з місцевих бюджетів – на 140,46 %, а з обласного бюджету – лише на 22,1 %.

Недофінансування програм призвело до обмеження профілактичних і діагностичних заходів стосовно передачі ВІЛ від матері до дитини (показник інфікування становив у Миколаївській області – 3,59-4,3 %, Одеській – 4,6 %, Херсонській – 3,3 % при програмному показникові 1,0 %), охоплення профілактичними програмами осіб з груп ризику не досягало програмного показника 80,0 %, що зберігало загрозу для осіб груп підвищеного ризику досліджуваних регіонів щодо інфікування ВІЛ-інфекцією, туберкульозом, вірусними гепатитами та ІПСШ. Обстеження на маркери вірусних гепатитів В і С груп підвищеного ризику за бюджетні кошти не проводились.

За даними Рахункової палати України, фінансування програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012—2016 рр. забезпечило потребу в коштах для виконання програми в регіонах в середньому на 83,4 %, у тому числі у 2012 р. – на 88,8 %, у 2013 р. – на 82,3 %, у 2014 р. – на 72,9 %, у 2015 р. – на 83,6 % та у 2016 р. – на 88,9 %.

Результатами дослідження встановлено, що, незважаючи на проведене упорядкування ліжкового фонду профільних закладів охорони здоров'я, показники використання туберкульозних ліжок в досліджуваних регіонах вказували на збереження їх надмірної кількості у порівнянні з потребами населення: число госпіталізованих хворих скоротилося з 2707 до 1431 в Миколаївській, з 5662 до 3218 – в Одеській та з 3471 до 1919 – в Херсонській області за період 2006-2016 рр. Середнє число днів перебування хворого на туберкульозному ліжку у 2016 р. складало в Миколаївській області 111,3, Одеській – 96,9, Херсонській – 95,6 при середньоукраїнському 92,4. Механізм інтеграції фтизіатричної служби у заклади первинної і вторинної медичної допомоги, що передбачено заходами державної і, відповідно,

регіональних програм, не спрацьовував, оскільки мережа фізіотричних кабінетів у амбулаторно-поліклінічних закладах протягом десяти років залишалася незмінною, а хворі на туберкульоз, незалежно від клінічного перебігу захворювання, концентрувались у стаціонарах. Доведено низький рівень координації дій з виявлення та діагностики туберкульозу між закладами первинної і вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та низький рівень залучення до виявлення туберкульозу і ВІЛ закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД): відсоток виявлення випадків туберкульозу методом мікроскопії мокротиння, зібраного в цих закладах, виявився нижчим програмного показника 4,5 %; відсоток осіб, яким були доступні послуги до швидкого тестування на ВІЛ в закладах ПМСД, досягав у 2016 р. не більше 25,0 % при цільовому показникові 40,0 %.

Обсяг видатків на патогенетичне лікування хворих на туберкульоз лише у 40,3 % протитуберкульозних закладів Херсонської області відповідав розрахунковим потребам. Рівень забезпечення необхідними препаратами для надання паліативної допомоги хворим на туберкульоз в Одеській області становив 19,0 % від потреби.

При плановому значенні програмного показника укомплектованості посад лікарями – фізіотрирами 95,0 % у 2016 р. в усіх профільних закладах Миколаївської області фактично він складав 61,5 %, Одеської – 74,3 %, Херсонської – 66,3 %, по Україні – 72,7 %. В порівнянні з укомплектованістю штатних посад лікарями інших спеціальностей цей показник був одним з найнижчих в галузі.

Встановлена невідповідність матеріально-технічного забезпечення закладів туберкульозного профілю табелям оснащення. Впродовж періоду функціонування цільових програм не проводилася передбачена централізована закупівля стаціонарних цифрових флюорографічних та рентгенологічних апаратів.

Інтегровані послуги хворим на СЗІЗ надавалися переважно в закладах третинної медичної допомоги; перелік послуг був обмеженим в закладах, що надавали вторинну медичну допомогу. Не налагодженою виявилася координація діяльності між інфекційною та фізіотричною службами районів із супроводу хворих з ко-інфекцією, які отримують АРТ. Проблема ускладнювалася дефіцитом кадрового забезпечення кабінетів «Довіра», зокрема, соціальними працівниками і психологами, лікарями-інфекціоністами кабінетів інфекційних захворювань для забезпечення роботи з питань ВІЛ-інфекції/СНІДу та ко-інфекцій, що вказувало на невиконання відповідних програмних заходів у повному обсязі.

Загалом по завершенні програм захворюваність на ВІЛ-інфекцію/СНІД дорівнювала в Миколаївській, Одеській, Херсонській областях відповідно 74,9; 109,2; 48,4 на 100 тис. нас., на вперше діагностований туберкульоз – відповідно 57,5; 115,2; 65,3 на 100 тис. нас.; на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ – відповідно 14,4; 52,6; 11,9 на 100 тис. нас., що перевищувало середні показники по галузі. Таким чином, отримані дані засвідчили низьку

результативність програмно-цільового методу профілактики й лікування хворих на СЗІЗ в регіонах дослідження при фактичних обсягах обмеженого фінансування.

Доведено, що згортання державних цільових соціальних програм з 2018 р. та започаткування реформи вторинної медичної допомоги, зокрема, в частині оплати за надану медичну послугу, зумовлюють збереження фінансових ризиків щодо можливостей матеріально-технічного забезпечення профільних закладів охорони здоров'я та повного покриття вартості випадків медичної допомоги внаслідок низького обсягу витрат від валового внутрішнього продукту на охорону здоров'я з державного бюджету. Разом з тим адміністративно-територіальна реформа в Україні, яка вже привела до збільшення надходжень до бюджетів ОТГ, відкриває резерви для покращання фінансування заходів з організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ на місцевому та регіональному рівнях.

Проведений аналіз можливих перспектив фінансового забезпечення медичної допомоги хворим на СЗІЗ в умовах адміністративно-територіальної реформи в Україні засвідчив, що динаміка власних доходів на одного мешканця ОТГ в кожному регіоні дослідження позитивна: + 40,5 % – в Миколаївській, + 63,2 % – в Одеській, + 58,6 % – в Херсонській області. Динаміка надходжень місцевих податків зборів за 9 місяців 2018 року порівняно з 9 місяцями 2017 року також була позитивною у всіх областях з певними коливаннями: 1,1 %-65,2 % – в Одеській області, 9,2 %-77,2 % – в Миколаївській, до 55,1 % – в Херсонській області, в залежності від ОТГ.

За результатами соціологічного дослідження виявлено, що значна частина пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ІПСШ продемонстрували низький рівень задоволеності медичною допомогою за критеріями її якості: 249 (64,0±2,4 %) респондентів заявили про часткову або повну незадоволеність територіальною доступністю лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога), 210 (54,0±2,5 %) осіб – обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога; на фінансову недоступність медичної допомоги цілком або частково вказали 203 (52,2±2,5 %) пацієнти. Загалом 176 (45,2±2,5 %) опитаних не отримали очікуваної медичної допомоги.

Результати теоретичного аналізу впливу СЗІЗ на здоров'я населення, особливостей властивостей збудників та їх трансформацій, факторів ризику їх розвитку, міжнародних підходів і світових організаційних моделей профілактики й подолання епідемій цих захворювань, державна політика, стратегії, набутий вітчизняний досвід щодо профілактики й протидії СЗІЗ в Україні, перспективи вирішення проблеми в умовах реформи вторинної медичної допомоги та місцевого самоврядування, рекомендації експертів ВООЗ щодо запровадження інтегрованих медичних і соціальних послуг з метою комплексного вирішення проблеми СЗІЗ, яка вимагає міжсекторального підходу, а не тільки зусиль з боку системи охорони здоров'я, результати власного дослідження стали засадничими умовами

медико-соціального обґрунтування та розробки концептуальної функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ (рис. 2), що представлено в *п'ятому розділі* дисертації.

Доцільність розробки та запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ визначалося медико-соціальними потребами хворих на СЗІЗ, значним внеском СЗІЗ у рівень захворюваності й смертності населення України, що встановлено результатами дослідження.

Розробка та запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ обумовлювалося необхідністю пошуку нових організаційних форм медичної допомоги хворим на СЗІЗ в умовах фінансового, кадрового, матеріально-технічного дефіциту з метою найбільш оптимального використання наявних ресурсів та забезпечення якісної медичної допомоги хворим на СЗІЗ на усіх рівнях і етапах її надання.

Доцільність розробки й запровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ значно підсилювалася особливостями клінічного перебігу СЗІЗ, коли постійно зростають рівень і питома вага ко-інфекцій туберкульоз/ВІЛ, ВІЛ/Вірусні гепатити В і С, ВІЛ/ІПСШ, подібністю стратегій і заходів з профілактики та протидії ВІЛ, іншим ІПСШ, вірусним гепатитам В і С.

Набутий національний досвід програмно-цільового підходу до організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ, започаткування в сфері охорони здоров'я оплати медичної допомоги з державного бюджету за надану медичну послугу та реформи місцевого самоврядування, яка вже призвела до збільшення надходжень до місцевих бюджетів ОТГ, автором розглядалося як передумови для удосконалення фінансового забезпечення системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ.

Системоутворюючими факторами моделі визначені політика, цілі та стратегії, спрямовані на досягнення цілей.

Державна політика України в сфері охорони здоров'я, як комплекс загальнодержавних рішень чи взятих зобов'язань, що спрямовані на збереження та зміцнення здоров'я й соціального благополуччя населення, передбачає зупинення епідемії СЗІЗ. Досягнення політичних намірів можливо через цілепокладання з розробкою цільових показників, що відобразатимуть зменшення внеску хвороб, обумовленого СЗІЗ, у порушення здоров'я населення, наприклад, зниження рівнів захворюваності, поширеності, смертності населення від СЗІЗ, покращення якості життя хворих на СЗІЗ.

Основою досягнення цілей визначено стратегічні напрями діяльності, на яких треба зосередитись зацікавленим інституціям, на державному, регіональному, місцевому рівнях управління.

Такими стратегіями слід вбачати:

- 1) удосконалення організації медичної допомоги хворим на СЗІЗ;

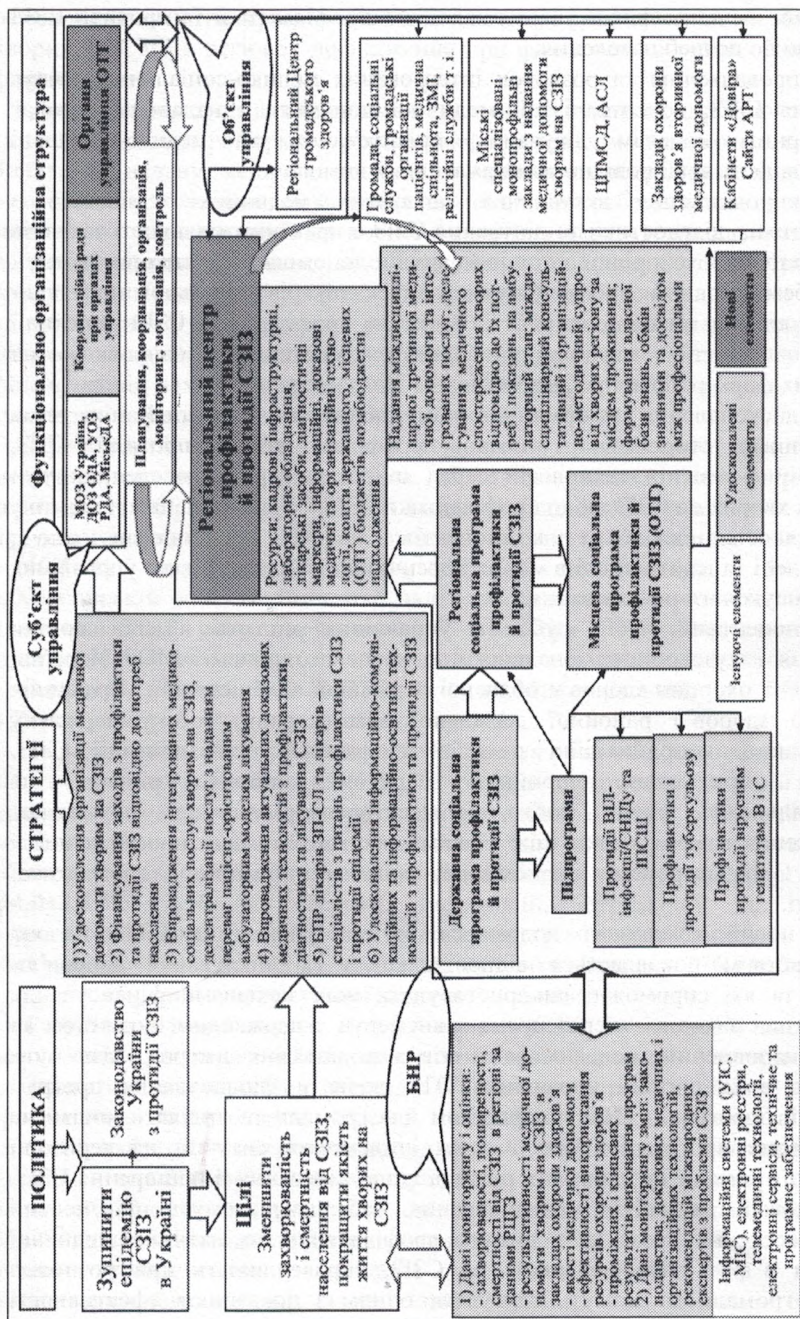


Рис. 2. Концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання

2) забезпечення фінансування заходів з профілактики та протидії СЗІЗ відповідно до потреб населення;

3) впровадження та розвиток інтегрованих медико-соціальних послуг хворим на СЗІЗ, децентралізації медичної допомоги з наданням переваг амбулаторним моделям лікування, орієнтованим на медико-соціальні потреби пацієнтів, відповідно до нормативних вимог;

4) впровадження актуальних доказових медичних технологій з профілактики, діагностики та лікування СЗІЗ в практику діяльності закладів охорони здоров'я усіх рівнів і етапів медичної допомоги та їх використання;

5) безперервний професійний розвиток лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-спеціалістів з питань профілактики СЗІЗ і протидії епідемії, набуття міждисциплінарних компетенцій, запровадження командних форм роботи професіоналів;

6) удосконалення інформаційно-комунікаційних технологій між усіма зацікавленими сторонами з питань профілактики та протидії СЗІЗ, інформаційно-освітніх технологій серед широких верств населення, груп ризику та хворих на СЗІЗ щодо профілактики СЗІЗ й призупинення епідемії.

В якості складових компонентів моделі представлені діючі, удосконалені та істотно нові в межах класичних суб'єкта, об'єкта управління та блоку наукового регулювання.

Компонентний набір суб'єкта управління містить в собі органи управління галузевого, регіонального та місцевого рівня – МОЗ України, департамент охорони здоров'я обласної державної адміністрації, управління охороною здоров'я районної державної адміністрації, міську державну адміністрацію, координаційні ради з профілактики та протидії СЗІЗ. Останнім притаманно прийняття рекомендаційних рішень на горизонтальному рівні, тобто, міжсекторальному, що обумовлює налагодження взаємозв'язків між різними зацікавленими в профілактиці й протидії СЗІЗ сторонами економічної, соціально-політичної, громадської діяльності.

Як новий компонент додаються органи управління ОТГ, на які законодавством покладається відповідальність за піклування здоров'ям громади та які спроможні використовувати нові механізми фінансування пріоритетних заходів – через прямі трансферти з державним бюджетом та шляхом наповнення місцевих бюджетів з додаткових джерел. Має бути політична воля органів управління ОТГ визнати фінансування програм протидії й боротьби з СЗІЗ пріоритетом для громади та виділяти кошти на фінансування програм із урахуванням епідемічної ситуації на території об'єднаної громади та зовнішніх ризиків щодо занесення й поширення СЗІЗ. Запропоновані механізми фінансування забезпечуватимуть фінансовий захист населення громади з питань профілактики та надання медичної допомоги в разі захворюваності на СЗІЗ, справедливості при розподілі ресурсів громади та можуть слугувати одним з показників ефективності управління громадами.

Компонентами об'єкта управління, на які спрямовуються управлінські дії суб'єкта управління, визначені: міжсекторальні соціальні програми профілактики й протидії СЗІЗ; заклади охорони здоров'я та ресурси, що забезпечують їхнє функціонування. Заходи цільових програм мають бути спрямовані переважно на первинну профілактику СЗІЗ на популяційному рівні, моніторинг захворюваності на СЗІЗ та факторів ризику, що їх обумовлюють, інформаційно-освітні заходи серед населення, а також на зміцнення кадрового й матеріально-технічного потенціалу закладів охорони здоров'я, у т. ч. лабораторної служби, оскільки в межах Програми медичних гарантій перевага надається закупівлі лікувально-діагностичних послуг. Такий підхід демонструє об'єднуючу, координуючу функцію соціальних програм профілактики і протидії СЗІЗ між сектором охорони громадського здоров'я, сектором медичної допомоги усіх видів і етапів та зовнішніх до сфери охорони здоров'я зацікавлених сторін у профілактиці та протидії СЗІЗ.

Запропоновано новий методичний підхід до розробки та структурування соціальних програм, а саме створення єдиної державної міжсекторальної цільової програми профілактики й протидії СЗІЗ. Програма шляхом декомпозиції адаптується до регіонального та місцевого рівнів, а її структурними компонентами можуть бути підпрограми профілактики та протидії окремим соціально значущим інфекційним захворюванням. В основу такого підходу покладались дані про подібність шляхів і факторів передачі збудників, характеристик епідемічного процесу та груп ризику населення, значна поширеність ко-інфекцій, необхідність спільних заходів з профілактики, діагностики та лікування, включно з наданням соціальної, юридичної та психологічної підтримки хворим і їхнім сім'ям.

До компонентного складу моделі введено істотно новий елемент – обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ (далі – Центр), мета діяльності якого – задоволення потреб пацієнтів у інтегрованій міждисциплінарній третинній медичній допомозі та консультативний і організаційно-методичний супровід надання вторинної та первинної медичної допомоги.

Центр (рис. 3) як комунальне некомерційне підприємство, підпорядковане органам регіональної влади, створюється шляхом об'єднання (злиття) адміністративних, матеріально-технічних, інформаційних, кадрових ресурсів та переміщення їх до новоствореного закладу з формуванням більш потужної інфраструктури та достатнім кадровим потенціалом замість розрізнених монопрофільних закладів третинної медичної допомоги з розпорощеними між ними обмеженими ресурсами (обласного центру профілактики та боротьби зі СНІДом, обласного протитуберкульозного диспансеру, обласного шкірно-венерологічного диспансеру, обласної туберкульозної лікарні).

Механізм створення такого Центру обумовлюється доведеною результатами дослідження необхідністю:

- реструктуризації та подальшої оптимізації ліжкового фонду;

- покращення кадрового та матеріально-технічного забезпечення закладів охорони здоров'я, що надають високоспеціалізовану медичну допомогу хворим на СЗІЗ;

- забезпечення якості медичної допомоги закладів охорони здоров'я первинної, вторинної медичної допомоги в частині профілактики та лікування СЗІЗ відповідно до потреб і очікувань пацієнтів;

- підвищення ефективності й результативності діяльності цих закладів.

Створення такого Центру стає також адекватною відповіддю на трансформацію збудників СЗІЗ, яка призвела до розвитку ко-інфекцій, що переважають в структурі захворюваності. Це потребує об'єднання зусиль лікарів різних спеціальностей, оволодіння ними міждисциплінарними знаннями та новими організаційними технологіями спільного ведення хворих. Включення в штатний розпис Центру соціальних працівників, юристів, психологів відповідає рекомендаціям міжнародних експертів щодо забезпечення скоординованої медичної допомоги та надання інтегрованих послуг.

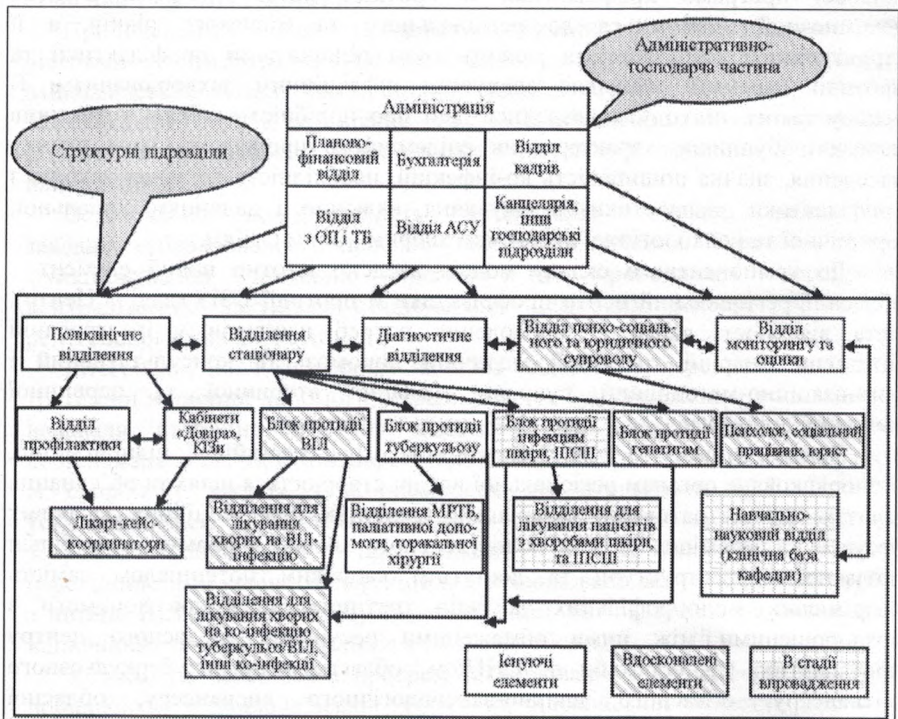


Рис. 3. Примірна структура обласного/регіонального центру профілактики й протидії соціально значущим інфекційним захворюванням

Інтегрована медична допомога ґрунтується на принципах надання міжсекторальних послуг, максимально зосереджених, як і міждисциплінарні, в одному місці, що зручно для пацієнтів за критеріями територіальної та часової доступності.

Пропонується примірний перелік послуг що можуть надаватися хворим на СЗІЗ в запропонованій моделі з інтегрованим підходом:

- профілактика, діагностика, лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;

- профілактика, діагностика, лікування ВІЛ-інфекції;

- профілактика, діагностика, лікування туберкульозу;

- профілактика, діагностика, лікування вірусних гепатитів В і С;

- профілактика, діагностика, лікування ко-інфекцій;

- діагностика та консультування в сфері репродуктивного здоров'я (опціонально);

- проведення замісної підтримувальної терапії пацієнтам з опіоїдною залежністю (опціонально);

- діагностика та лікування супутніх хвороб, ускладнень та побічних реакцій внаслідок лікування основного та супутніх захворювань;

- консультативні послуги соціальних працівників із соціально-економічної підтримки;

- психосоціальний та юридичний супровід.

Створення Центру означатиме крок до децентралізації медико-соціальних послуг по-вертикалі, оскільки замість трьох закладів обласного рівня буде функціонувати єдиний об'єднаний обласний центр профілактики і протидії СЗІЗ.

Разом з тим, концентрація в Центрі високоспеціалізованої консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги хворим на СЗІЗ, висококваліфікованих кадрів, інформаційних ресурсів дозволить передати повноваження з надання медичної допомоги хворим з урахуванням їх медико-соціальних потреб та за наявності відповідних показань закладам вторинної та первинної медичної допомоги з одночасною координацією послуг.

Механізми передачі повноважень та координації полягають у організаційно-методичному супроводі професіоналами Центру (лікарями-координаторами) профілактичних, діагностичних, лікувальних заходів, медико-соціальної та психологічної та юридичної підтримки хворих, за умов чіткого дотримання визначених діючими нормативними документами критеріїв госпіталізації та амбулаторних моделей лікування.

Децентралізація медичної допомоги хворим на СЗІЗ забезпечується тісною співпрацею професіоналів Центру та закладів, що надають вторинну та первинну медичну допомогу: спільною розробкою/оновленням актуальних медико-технологічних документів регіонального рівня; створенням і використанням єдиного реєстру хворих для всіх закладів охорони здоров'я, що надають медичну допомогу хворим на СЗІЗ;

наданням міждисциплінарної консультативної допомоги хворим (за потреби) за місцем проживання з використанням телемедичних технологій; постійним обміном знаннями і практичним досвідом з використанням спільних освітніх платформ, сайтів, соціальних мереж, інших засобів електронних комунікацій; проведенням на регулярній основі нарад, ділових зустрічей, «круглих столів», дискусій з обговоренням актуальних питань та шляхів їх вирішення з постійного удосконалення організації надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ; періодичним аналізом результатів моніторингу виконання регіональних і місцевих соціальних програм та надання рекомендацій органам управління з питань підвищення ефективності діяльності, результативності послуг та задоволеності пацієнтів отриманою медичною допомогою.

Делегування повноважень Центру поширюватиметься на спеціалізовані заклади вторинної та первинної медичної допомоги: міські протитуберкульозні диспансери, міські центри профілактики та боротьби зі СНІДом, міські, центральні районні, районні лікарні, клініко-діагностичні центри, центри первинної медико-санітарної допомоги, сайти антиретровірусної терапії, кабінети «Довіра».

В системі громадського здоров'я обласний/регіональний центр профілактики й протидії СЗІЗ набуває статусу спеціалізованого закладу охорони здоров'я, який доповнюватиме діяльність Регіонального Центру громадського здоров'я (РЦГЗ) в частині надання медичної допомоги відповідному контингенту хворих.

Комунікативні зв'язки цих закладів забезпечуватимуться взаємним обміном даними про стан здоров'я населення регіону, що може бути використано при прийнятті клінічних рішень з надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, та досягнутими результатами відновлення здоров'я на рівні індивіда, що важливо для аналізу формування здоров'я місцевої громади. Зазначений елемент входить до блоку наукового регулювання як інноваційний.

Блок наукового регулювання як невід'ємний компонент запропонованої моделі призначений для забезпечення суб'єкту і об'єкту управління релевантною інформацією щодо захворюваності населення на СЗІЗ, поширеності СЗІЗ в популяції та смертності населення від СЗІЗ, результатів моніторингу та періодичної оцінки результативності наданих інтегративних послуг хворим на СЗІЗ, якості медичної допомоги, ефективності діяльності закладів охорони здоров'я регіону з надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, проміжних і кінцевих результатів виконання програм та їх ресурсного забезпечення, моніторингу змін законодавства, доказових і організаційних технологій, рекомендацій міжнародних експертів з проблеми СЗІЗ.

Міжсекторальні послуги Центру формуються за рахунок зв'язків з громадськими організаціями пацієнтів, лікарськими асоціаціями за суміжними спеціальностями, засобами масової інформації, релігійними службами, центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді тощо.

Шостий розділ дисертації присвячено результатам впровадження елементів концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, яке відбувалось на рівні органів управління та закладів охорони здоров'я Одеської області. На даному етапі проводилась оцінка медичної, соціальної та економічної ефективності запропонованої моделі та її оцінка висококваліфікованими експертами.

Впровадження пропозицій щодо удосконалення методичних підходів до розробки та структурування цільових програм в частині виокремлення підпрограм профілактики й протидії окремим СЗІЗ знайшли відбиток в Міській цільовій програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу, гепатитам та наркоманії у місті Одесі «Прискорена відповідь Одеса» («Fast-Track Одеса») на 2018-2020 рр., затвердженої рішенням Одеської міської ради № 3320-VII від 06.06.2018.

Впровадження компонентів удосконалення стратегій знайшло своє втілення у «Стратегії реформування системи надання медичної допомоги хворим на туберкульоз та ВІЛ-інфекції», затвердженої рішенням сесії Одеської обласної ради від 23 грудня 2016 року № 279-VII.

Впровадження основного інноваційного елемента концептуальної моделі – обласного центру профілактики й протидії СЗІЗ – знайшло своє втілення у КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради».

КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» утворено шляхом злиття комунальних установ: «Одеський обласний протитуберкульозний диспансер» потужністю 410 ліжок (м. Одеса, вул. Леонтовича 9/1, 11); «Одеська обласна туберкульозна клінічна лікарня» потужністю 405 ліжок (м. Одеса, вул. С. Ядова, 4); «Обласний протитуберкульозний диспансер № 2» потужністю 150 ліжок (Одеська область, Білгород-Дністровський, вул. Військової слави, 17); «Одеський обласний центр профілактики та боротьби зі СНІДом» (м. Одеса, вул. Хімічна, 5А) та передачі їх балансових рахунків, матеріальних цінностей та активів правонаступнику - КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради».

У структурі Центру функціонують, окрім іншого: хірургічне відділення з палатами інтенсивної терапії для хворих на туберкульоз з можливістю проведення бронхоскопій та торакоскопій; єдина в області лабораторія III рівня з мікробіологічної діагностики туберкульозу з сучасним обладнанням (функціонують 3 апарати GeneXpert, 2 апарати ВАСТЕС), що дозволяє проводити діагностичні дослідження та здійснювати моніторинг лікування туберкульозу, вірусного навантаження ВІЛ, діагностику гепатиту С з використанням молекулярно-генетичних та культуральних методів, рекомендованих ВООЗ; амбулаторно-поліклінічне відділення, на базі якого широко використовуються сучасні моделі амбулаторного лікування, функціонує денний стаціонар, працюють психологи та соціальні працівники, які надають психологічну та консультативну допомогу з соціально-

економічних питань; рентгенологічне відділення, кабінет комп'ютерної томографії; клініко-діагностична лабораторія з діагностики ВІЛ, на базі якої розташоване сучасне обладнання; єдиний аптечний склад протитуберкульозних та антиретровірусних препаратів.

Блок з протидії вірусним гепатитам В та С, разом з блоком з протидії ПСПШ та навчально-науковим відділом (кафедрою) сприятимуть підвищенню ефективності роботи Центру на наступному етапі його розбудови.

На момент створення Центру у 2018 р. загальна кількість ліжок закладів охорони здоров'я, до процедури об'єднання, становила 1015 од., у т. ч. 965 туберкульозних та 50 – для лікування хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД.

За рахунок впровадження амбулаторних пацієнт-орієнтованих моделей лікування хворих на туберкульоз за консультативної підтримки та організаційно-методичного супроводу професіоналами Центру закладів вторинної та первинної медичної допомоги відбулись зміни у підходах до показань до госпіталізації та виписки пацієнтів. Лікарями Центру, вторинної та первинної медичної допомоги шляхом оволодіння амбулаторними моделями лікування (відео-ДОТ, ДОТ технології з використанням смарт-боксів), запровадження психосоціального та юридичного супроводу та постійного обміну досвідом вдалося забезпечувати організацію лікування одночасно 1540 хворим на туберкульоз (у 60,0 % випадків – з використанням цифрових технологій), та привести у відповідність до потреб населення ліжковий фонд, який дорівнював на момент завершення дисертаційного дослідження 410 протитуберкульозних ліжок, на протигагу 965 ліжкам до об'єднання базових закладів.

Тобто, як і передбачалось результатами наукового дослідження, відбулась децентралізація та інтеграція послуг, що дозволило значно скоротити ліжковий фонд профільних ліжок - на 40,4 %, а отже, відповідно скоротити витрати на їх утримання без ризику зниження доступності медичної допомоги хворим, що засвідчило про економічну ефективність запропонованої моделі.

Чисельність адміністративного персоналу скоротилася на 25,1 % у порівнянні з такими у закладах, що були об'єднані. Консультативна та організаційно-методична діяльність дозволила знизити рівень госпіталізації на 25,0 %, а перебування хворого на туберкульоз на ліжку – з 232–90 днів до 34 днів. Як результат, вартість лікування одного хворого у стаціонарі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» становила 9373,12 грн при тарифі Національної служби здоров'я України 20663,00 грн, що засвідчило економічну ефективність моделі.

Запровадження діяльності єдиного Центру дозволило переглянути нормативи навантаження на одного лікаря: замість обслуговування мінімум 30 пацієнтів з різним ступенем важкості перебігу захворювання на туберкульоз, лікар обслуговує 15 хворих з мультирезистентним туберкульозом або до 20 хворих з чулимим до лікування туберкульозом.

Міждисциплінарна взаємодія професіоналів новоствореного закладу, запровадження інтегрованих послуг та амбулаторних моделей лікування сприяли прихильності 94,0 % пацієнтів до лікування, що підтвердило медичну та соціальну ефективність моделі.

Обґрунтована та впроваджена концептуальна функціонально-організаційна модель системи надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ високо оцінена кваліфікованими експертами – від $4,6 \pm 0,6$ до $4,8 \pm 0,5$ балів, в залежності від елементів, що піддавались оцінці, за 5-бальною шкалою (табл. 5), що з урахуванням медичної, соціальної та економічної ефективності дозволяє рекомендувати її для впровадження в інших регіонах України.

Таблиця 5

Результати експертної оцінки концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (за 5-бальною шкалою)

№	Критерії для оцінки	Середня оцінка в балах (M)	Середньоквадратичне відхилення (σ)	Стандартна похибка середньої величини (m)	Коефіцієнт варіації (Cv) (%)
1	Орієнтованість на комплексний підхід до оцінки здоров'я пацієнта з соціально значущими інфекційними захворюваннями	4,8	0,4	0,07	8,3
2	Профілактична спрямованість	4,6	0,6	0,11	13,0
3	Орієнтованість на підвищення якості медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання (за критеріями підвищення географічної, економічної доступності пацієнт-орієнтованості та ефективності)	4,6	0,6	0,11	13,0
4	Орієнтованість на міждисциплінарний підхід до надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання	4,8	0,5	0,09	10,4
5	Забезпечення раціонального використання ресурсів	4,7	0,4	0,08	8,5

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено обмежені можливості діючої системи охорони здоров'я регіонального рівня з організації медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання. У дисертації наведено теоретичне узагальнення та нове вирішення зазначеної проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання, впровадження якої довело свою медичну, соціальну та економічну ефективність, що відповідає меті та завданням дослідження.

1. Результати теоретичного аналізу засвідчили, що серед соціально значущих захворювань не втрачають своєї актуальності інфекційні хвороби: ВІЛ-інфекція/СНІД, туберкульоз, ІПСШ, хронічні вірусні гепатити В і С. Особливістю епідемій цих хвороб визначена трансформація їх збудників, внаслідок чого значного поширення набули поєднані інфекції та мультирезистентність мікобактерій туберкульозу та ВІЛ.

2. Встановлено, що в Україні протягом 1987-2018 років офіційно зареєстровано 341 084 випадки ВІЛ/СНІД, зокрема 114 487 випадків захворювань на СНІД і 49 751 випадок смерті від захворювань, спричинених СНІДом; щороку виявляється близько 36-40 тис. нових випадків туберкульозу та 4-7,5 тис. випадків смерті від цієї хвороби. Україна входить до переліку 30 країн із найбільшою кількістю випадків МРТБ. Середній багаторічний показник поширеності хронічних форм НСВ-інфекції значно перевищує середньоевропейські показники.

3. Показано, що за рівнями захворюваності, поширеності та смертності від хвороб, пов'язаних з ВІЛ/СНІД, впродовж 2006-2018 рр. Одеська, Миколаївська, Херсонська області займали відповідно 1-ше, 3-тє та 7-ме рангові місця, від туберкульозу – 1-ше, 2-ге, 5-те, за рівнем поширеності вірусних гепатитів В та С протягом 2006–2017 рр. – 1-ше, 2-ге, 11-те, а ІПСШ – 4-те, 6-те, 17-те, що засвідчило високу напруженість епідемічної ситуації в цих регіонах.

4. Визначено, що частка осіб віком 15-64 років, інтенсивність міграції, депопуляція та зростання безробіття детермінують поширеність ВІЛ/СНІД в регіонах дослідження на 55,0 %, захворюваність – на 27,0 %, смертність – на 60,0 %; рівнями урбанізації, міграції, безробіттям і роком реєстрації хвороби визначається поширеність туберкульозу на 81,0 %, захворюваність на туберкульоз – на 47,0 %, а смертність на цю інфекцію – на 88,0 %. Поширеність, захворюваність та смертність від поєднаної патології туберкульоз/ВІЛ також детермінована демографічними факторами на статистично значущому рівні.

5. Доведено, що в короткостроковій (до 2022 року) перспективі зростатимуть рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію/СНІД в Одеській

області до 72,1, Миколаївській – до 71,3, Херсонській – до 72,3 на 100 тис. нас., а по Україні – до 58,5 на 100 тис. нас.; поширеності – відповідно до 922,2, 1169,7, 523,6 та 314,4 5 на 100 тис. нас., смертності – відповідно до 29,3, 34,4, 11,2 та 6,9 на 100 тис. нас. Захворюваність на туберкульоз в Одеській області зростає до 76,9, Миколаївській – до 41,2, Херсонській – до 50,9 на 100 тис. нас. при зменшенні показника по Україні до 28,1 на 100 тис. нас. Поширеність ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ зростає до 98,2 в Одеській та до 81,9 – у Миколаївській областях при зменшенні до 3,4 у Херсонській та до 7,0 на 100 тис. нас. по Україні. Смертність населення від ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ досягне відповідно 4,54, 29,4, 7,48 та 3,54 на 100 тис. нас.

6. Показано, що виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу у 2014-2018 рр. забезпечувалося з державного бюджету лише на 87,6 %, з місцевих бюджетів – на 39,2 % від запланованого, а програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012—2016 рр. – в середньому на 83,4 %. В регіонах дослідження фактично виділені обсяги фінансування виявились меншими за заплановані, при наявних обмежених кадрових, матеріально-технічних, інфраструктурних, інформаційних ресурсах.

7. Виявлено, що недофінансування програмних заходів призвело до низької ефективності профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (показник інфікування складає у Миколаївській області 3,59-4,3 %, Одеській – 4,64 %, Херсонській – 3,3 % при програмному показникові 1,0 %); охоплення профілактичними програмами осіб з груп ризику не досягало програмного показника 80,0 % в жодній області; дослідження на маркери вірусних гепатитів В і С для груп підвищеного ризику за бюджетні кошти не проводились, зокрема, з причини відсутності належного лабораторного обладнання, витратних матеріалів і реагентів.

8. Виявлено, що інтегровані послуги надавались переважно в закладах третинної медичної допомоги, повільно впроваджувались амбулаторні форми надання медичної допомоги хворим на СЗІЗ, мав місце низький рівень залучення лікарів загальної практики-сімейних лікарів до виявлення ВІЛ-інфекції та діагностики туберкульозу. Матеріально-технічне забезпечення профільних закладів охорони здоров'я не відповідало табелям оснащення, а проведене упорядкування ліжкового фонду не призвело до забезпечення його відповідності потребам населення за потужністю та тривалістю перебування хворого на ліжку.

9. З'ясовано, що 249 (64,0±2,4 %) пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ІПСШ заявили про часткову або повну незадоволеність територіальною доступністю лікаря-спеціаліста (дерматовенеролога), 210 (54,0±2,5 %) осіб – обсягом інформації, отриманої від лікаря-дерматовенеролога; на фінансову недоступність медичної допомоги цілком або частково вказали 203 (52,2±2,5 %) пацієнти. Загалом 176 (45,2±2,5 %) опитаних не отримали очікуваної медичної допомоги.

10. Встановлено, що державні програми з профілактики й протидії захворюваності на ВІЛ/СНІД, туберкульоз, хронічні вірусні гепатити згорнуті після 2018 року; запроваджена оплата за надану послугу вторинної медичної допомоги за Програмою державних гарантій при обмеженому бюджетному фінансуванні; повільно розгортається бюджетна децентралізація, що негативно впливає на рівень ресурсного забезпечення закладів охорони здоров'я, зокрема, в частині надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання.

Усе вище зазначене засвідчило доцільність медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання на регіональному рівні.

11. Інноваційними елементами запропонованої моделі визначені: в складі суб'єкту управління – органи управління ОТГ, спроможні здійснювати фінансову підтримку місцевих цільових соціальних програм; в складі об'єкту управління – обласний центр профілактики й протидії соціально значущим інфекційним захворюванням як заклад охорони здоров'я, що надає третинну медичну допомогу та інтегровані з нею соціальні, юридичні, психологічні послуги, здійснює консультативну та організаційно-методичну підтримку надання медичної допомоги хворим в закладах охорони здоров'я вторинної та первинної медичної допомоги, сприяє безперервному професійному розвитку медичних кадрів в частині оволодіння міждисциплінарними знаннями та новими організаційними технологіями спільного ведення хворих; у складі блоку наукового регулювання – доповнення популяційних даних інформацією про клінічні випадки та використання даних про стан здоров'я населення при прийнятті клінічних рішень.

12. Результати впровадження моделі на регіональному рівні засвідчили її медичну, соціальну та економічну ефективність: потужність високоспеціалізованого ліжкового фонду зменшена на 40,4 %, тривалість перебування хворого на туберкульозному ліжку скоротилася з 232-90 до 34 днів, а рівень госпіталізації – на 25,0 %; чисельність адміністративного персоналу зменшена на 25,1 %. Вартість лікування одного хворого у стаціонарі КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради» складала 9 373,12 грн при тарифі НСЗУ 20 663,00 грн. Прихильність до лікування мала місце у 94,0 % хворих. Висококваліфіковані експерти оцінили запропоновану модель за 5-бальною шкалою у $4,6 \pm 0,6$ - $4,8 \pm 0,5$ балів, в залежності від елементів, що з урахуванням медичної, соціальної та економічної ефективності дозволяє рекомендувати її для впровадження в інших регіонах України.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Низова Н. М., Талалаєв К. А., Миронюк І. С. Роль первичного звена медико-санітарної допомоги населенню в системі протиподействія ВІЧ-інфекції половим путем в Україні. *Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція*. 2013. № 4. С. 7–13. (Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).

2. Талалаєв К. О. Предиктивна медицина – виклики і досягнення. *Одеський медичний журнал*. 2016. № 4. С 69–74.

3. Талалаєв К. О. Від лікувальної допомоги до предиктивної медицини. Ознаки розвороту тренд. *Вісник морської медицини*. 2016. № 4. С. 7–11.

4. Талалаєв К. О. Предикція в українській медицині – сучасний інструмент покращення якості життя громадян (огляд літератури). *Буковинський медичний вісник*. 2017. № 21. С. 171–177. DOI: 10.24061/2413-0737. XXI.4.84.2017.139.

5. Талалаєв К. О., Бабенко В. А., Пучкова Г. В. Спосіб життя як ключовий чинник здоров'я нації. Соціально-економічний аспект. *Одеський медичний журнал*. 2017. № 6. С. 63–67. (Дисертант проаналізував літературні джерела, розробив програму соціологічного дослідження, зібрав, систематизував та узагальнив матеріал, підготував статтю до друку).

6. Чатковская-Цыбуля В. А., Шухтина И. Н., Гойдык В. С., Шухтин В. В., Скнар В. Н., Талалаєв К. А. Оценка психоемоционального состояния ВИЧ-инфицированных женщин. *Актуальные проблемы транспортной медицины*. 2018. № 2. С. 64–71. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз матеріалів про психоемоційний стан пацієнток із ВІЛ/СНІДом, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

7. Козишкурт О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., Лебедюк М. М., Савчук А. І. Перебіг епідемічного процесу соціально небезпечних хвороб на півдні України. *Вісник проблем біології і медицини*. 2018. № 3. С. 62–67. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

8. Talalayev K. A. Kozishkurt E. V. Registration of acute viral hepatitis – an «Iceberg phenomenon». *Journal of Education, Health and Sport*. 2018; Vol. 8. P. 390–398. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.3726209> (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

9. Козишкурт О. В., Талалаєв К. О., Голубятников М. І., та ін. Сучасні етіологічні та епідеміологічні риси гострих вірусних вражень печінки. *Вісник морської медицини*. 2018. №3. С. 45–56. (Дисертанту належать ідея

написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

10. Талалаєв К. О., Козишкурт О. В., Лебедюк М. М. та ін. Проблемні питання епідемічного процесу деяких соціально небезпечних хвороб в Одеській області. *Одеський медичний журнал*. 2018. № 4. С. 5–11. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

11. Талалаєв К. О. Державна політика України в галузі організації охорони здоров'я щодо попередження соціальних і хронічних хвороб. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 1. С. 5–16.

12. Талалаєв К. О. Проблеми соціальних і хронічних хвороб на сучасному етапі (на прикладі інфекцій, що передаються статевим шляхом). *Вісник морської медицини*. 2019. № 1. С. 6–13.

13. Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С., Тодорова А. В. Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції в Причорноморському регіоні України (2006—2018 рр.). *Туберкульоз. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція*. 2019. № 3. С. 27–35. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

14. Талалаєв К. О. Прогнозно-аналітичні дослідження – сучасний інструмент математичного моделювання закономірностей процесів розповсюдження соціально небезпечних інфекційних захворювань в Причорноморському регіоні України. *Science of Europe*. 2019. Vol. 1, N 41. P. 27–29.

15. Талалаєв К. О. Організація системи охорони здоров'я стосовно попередження соціальних і хронічних хвороб в Україні. *Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal)*. 2019. № 7. P. 22–26.

16. Талалаєв К. О. Порівняльний аналіз ефективності впровадження обласних цільових соціальних програм протидії ВІЛ/СНІДу в Одеській, Херсонській та Миколаївській областях у 2014–2018 рр. *The scientific heritage*. 2019. № 37. P. 23–27.

17. Talalayev K. Ukraine's public health policy on social and chronic diseases prevention. *Danish Scientific Journal*. 2019. N 27. P. 19–21.

18. Талалаєв К. О., Гойдик В. С., Вастьянов Р. С. та ін. Динаміка змін епідемічної ситуації з туберкульозу в областях Причорноморського регіону та в Україні в період з 2006 по 2018 рр. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2019. № 2. С. 10–22. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статі до друку).

19. Талалаєв К. О. Актуальні питання удосконалення системи протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *Інтегративна антропологія*. 2019. № 1. С. 4–14.

20. Талалаєв К. О., Вастьянов Р. С., Гойдик В. С. та ін. Порівняльна характеристика епідемічної ситуації з вірусних гепатитів В і С в Причорноморському регіоні, Україні та Європі в період з 2013 по 2017 роки.

Вісник морської медицини. 2019. № 3. С. 13–21. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з вірусних гепатитів, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

21. Talalayev K., Kozishkurt O., Golubyatnikov N. The justification of the necessity of integrated medical help for patients with diseases of social significance (based on results of the target group survey). *Georgian Medical News*. 2019. № 7–8. P. 32–38. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

22. Талалаєв К.О. Соціальні та економічні наслідки, спричинені ВІЛ-інфекцією. *Polish Journal of Science*. 2019. Vol. 1, № 20. P. 8–11.

23. Talalayev K.O., Hoydyk V. S., Vastyanov R. S., Todorova A. V. HIV/AIDS Statistical analysis and morbidity prediction among injection drug users in the Black Sea region of Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 7. P. 805–820. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, соціологічний аналіз, математична обробка отриманих результатів, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

24. Talalayev K. O., Vastyanov R. S. Implementation of modern medical management into the system of chronic and social diseases control in the Black Sea region of Ukraine. *Journal of Education, Health and Sport*. 2019. Vol. 9, № 10. P. 291–298. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

25. Талалаєв К.О. Вірусний гепатит В в Одеській області. 30-річний екскурс в проблему соціально значущих інфекційних захворювань. *Одеський медичний журнал*. 2019. № 6. С. 4–9.

Опубліковані праці апробаційного характеру:

1. Талалаєв К. А., Грибова Е. П. Влияние на стигму и дискриминацию в отношении людей, живущих с ВИЧ, проявляемые со стороны медицинских и социальных работников. *Материалы IV научно-практической конференции по вопросам ВИЧ/СПИДа в Восточной Европе и Центральной Азии*, 12-13 мая, 2014 г., г. Москва. С. 202. (Дисертанту належать ідея написання статті, аналіз епідемічної ситуації з ВІЛ/СНІДу, формулювання висновків та підготовка статті до друку).

2. Талалаєв К. О. Формирование ответа общества на потребности подростков в сфере защиты их прав на репродуктивное и сексуальное здоровье. *Buletin de perinatologie*. Chişinău. 2014. № 4. P. 72–73.

3. Talalayev K. Opportunities of family medicine in the predictive direction. (*Congresul Societatii Nationale de Medicina Familiei*). Матеріали Конгресу Національного товариства сімейної медицини, 26–29 жовтня 2016 р., м. Яси. С. 32–33.

4. Talalayev K. Forthcoming medicine opportunities based on the predictive direction. (*Nadchodzące możliwości medycyny w oparciu o kierunku uzupełniania. II Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego*). Матеріали II міжнародного конгресу Польського товариства охорони здоров'я, 24–25 листопада 2016 р., м. Вроцлав. С. 171–172.

5. Талаласв К. О. Предиктивна медицина – перспективна складова частина комплексних якісних медичних послуг періода дитинства і підліткового віку. *Buletin de perinatologie*. Chişinău. 2016. № 3. P. 114–115.

6. Талаласв К. О. Предикція – перспективна складова частина сучасної системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. С. 347–348.

7. Талаласв К. О., Тверезовський М. В. Біоетичні аспекти застосування технології предикції в медицині. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти»*, присвяченої 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 147–148. (*Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання концепції предикції в медицині, формулювання висновків та підготовка статті до друку*).

8. Тверезовський М. В., Талаласв К. О. Вакцинація громадян – запорука біобезпеки держави. *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Біоетика та біобезпека: мультидисциплінарні аспекти»*, присвяченої 105-річчю пам'яті В. К. Високовича, 23-24 травня 2017 р., м. Харків. С. 151–153. (*Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статті до друку*).

9. Павелко І. І., Талаласв К. О., Тверезовський М. В. Турбота про здоров'я особистості – сучасний напрямок превентивної педагогічної ідеї. (*International Scientific Conference «Modern Methodology of Science and Education»*). Матеріали міжнародної наукової конференції «Сучасна методологія науки та освіти», 18 вересня, м. Варшава, 2017. Vol.4. P. 68–72. (*Дисертанту належить ідея написання статті, формулювання висновків та підготовка статті до друку*).

10. Талаласв К. О. Удосконалення напрямку протидії соціальним і хронічним хворобам у Причорноморському регіоні України. *«Наука та інформація»: Альманах науки*. 2019. № 8. С. 24–26 (Матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, 30-31 липня 2019 р., м. Київ).

11. Talalayev K. State policy in terms of social and chronic diseases prevention in Ukraine. (*XIV International Scientific and Practical Conference «International trends in Science and technology. Modern Methodology of Science and Education»*). Матеріали XIV міжнародної науково-практичної конференції “Міжнародні тенденції в галузі науки та техніки. Сучасна методологія науки та освіти», 31 серпня, 2019 р., м. Варшава. Т. 2. С. 8–10.

АНОТАЦІЯ

Талаласв К. О. Медико-соціальне обґрунтування концептуальної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (22 – «Охорона здоров'я»). – Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, спеціалізована вчена рада Д 26.613.07. – Київ, 2021.

Дисертація присвячена розв'язанню актуальної проблеми системи охорони здоров'я України – організації надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання, які призводять до тяжких наслідків для здоров'я популяції та економіки країни. В роботі пропонується розв'язання проблеми шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження концептуальної функціонально-організаційної моделі системи надання медичної допомоги хворим на соціально значущі інфекційні захворювання. Робота ґрунтується на результатах власного наукового дослідження, рекомендаціях міжнародних експертів, вітчизняних законодавчих і нормативних вимогах, положеннях доказового менеджменту.

Результатами впровадження концептуальної моделі стало створення КНП «Одеський обласний центр соціально значущих хвороб» Одеської обласної ради». Доведено медичну, соціальну та економічну ефективність запропонованої моделі за результатами впровадження в регіональну систему охорони здоров'я.

Ключові слова: соціально значущі інфекційні захворювання, концептуальна модель, система надання медичної допомоги.

АННОТАЦИЯ

Талалаев К. А. Медико-социальное обоснование концептуальной модели системы оказания медицинской помощи больным социально значимыми инфекционными заболеваниями. – Квалификационная научная работа на правах рукописи.

Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.02.03 «Социальная медицина» (22 – «Здравоохранение»). – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, специализированный ученый совет Д 26.613.07. – Киев, 2021.

Диссертация посвящена решению актуальной проблемы системы здравоохранения Украины – организации оказания медицинской помощи больным с социально значимыми инфекционными заболеваниями, которые приводят к тяжелым последствиям для здоровья населения и экономики страны. В работе предлагается решение проблемы путем медико-социального обоснования, разработки и внедрения концептуальной функционально-организационной модели системы оказания медицинской помощи больным с социально значимыми инфекционными заболеваниями. Работа основывается

на результатах собственного научного исследования, рекомендациях международных экспертов, отечественных законодательных и нормативных требованиях, положениях доказательного менеджмента.

Результатами внедрения концептуальной модели стало создание КНП «Одесский областной центр социально значимых болезней» Одесского областного совета». Доказана медицинская, социальная и экономическая эффективность предложенной модели по результатам внедрения в региональную систему здравоохранения.

Ключевые слова: социально значимые инфекционные заболевания, концептуальная модель, система оказания медицинской помощи.

SUMMARY

Talalayev K. O. Medico-social substantiation of the conceptual model of medical care system for patients with socially significant infectious diseases. - Qualifying scientific work on the rights of the manuscript.

The dissertation for obtaining the Doctor of Science degree in Medicine, specialty 14.02.03 «Social Medicine» (22 – «Health care»). – Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Specialized Academic Council D 26.613.07. – Kyiv, 2021.

The dissertation solves an urgent problem of the health care system of Ukraine - formation of medical care for patients with socially significant infectious diseases, which lead to severe consequences for health of population and the country's economy. The paper proposes a solution of the problem by means of medical and social justification, development and implementation of conceptual functional and organizational model of system for providing medical care to patients with socially significant infectious diseases.

The work is based on the results of our own scientific research, recommendations of international experts, domestic legal and regulatory requirements, provisions of evidence-based management.

An author investigated the peculiarities of the course of epidemics of socially significant infectious diseases in Ukraine, in particular, in Mykolaiv, Odesa and Kherson regions, where high levels of morbidity, prevalence of these diseases among the population and mortality rates from related causes are recorded.

The social risk factors that enhance the infectious properties of pathogens and promote their transformation and development of co-infections and multi-resistant forms have been investigated.

The candidate identified the expected trends in the development of epidemics in the near future, which consisted in a further increase in morbidity, prevalence and mortality in the absence of effective measures from the state, regional government bodies and healthcare institutions. It is proved that in the short term (until 2022) the incidence of HIV / AIDS will increase in the Odesa region to 72.1, Mykolaiv - to 71.3, Kherson - to 72.3 per 100 thousand people, and Ukraine - up to 58.5 per 100 thousand people; prevalence - respectively 922.2, 1169.7, 523.6 and 314.4 5 per 100 thousand population., mortality - respectively 29.3, 34.4, 11.2 and

6.9 per 100 thousand. us. The incidence of tuberculosis in Odesa region will increase to 76.9, Nikolaev - to 41.2, Kherson - to 50.9 per 100 thousand people. with a decrease in Ukraine to 28.1 per 100 thousand people. The prevalence of TB / HIV co-infection will increase to 98.2 in Odesa and to 81.9 in Mykolayiv oblasts, with a decrease to 3.4 in Kherson and to 7.0 per 100,000 people. across Ukraine. Mortality from tuberculosis / HIV co-infection will reach 4.54, 29.4, 7.48 and 3.54 per 100,000 people, respectively.

It was found that integrated services were provided mainly in tertiary care facilities, outpatient forms of medical care were slowly introduced, and there was a low level of involvement of family doctors in the detection of HIV infection and diagnosis of tuberculosis. The material and technical support of the specialized health care facilities did not correspond to the equipment tables, and the arrangement of the bed stock did not lead to its compliance with the needs of the population in terms of capacity and length of patient stay in bed.

It was revealed that underfunding of program measures led to low efficiency of preventive and diagnostic measures for prevention of mother-to-child transmission of HIV (infection rate was 3.59-4.3% in Mykolayiv region, 4.64% in Odesa region, 3.3 in Kherson region) % with a program indicator of 1.0%); coverage of prevention programs for persons at risk did not reach the program rate of 80.0% in any area; Studies on markers of viral hepatitis B and C for high-risk groups were not conducted at the expense of the budget, in particular, due to the lack of appropriate laboratory equipment, consumables and reagents.

Limitations in functions and structure of the current medical care system for patients with socially significant infectious diseases in Ukraine were identified.

A conceptual functional and organizational model of the system for providing medical care to patients with socially significant infectious diseases was substantiated and developed, the innovative elements of which were: management of united territorial communities capable of financing local social programs; the object of management is the regional center for the prevention and counteraction of socially significant infectious diseases as a communal non-profit enterprise created by the merger of administrative, material and technical, infrastructural, human resources of the corresponding single-profile highly specialized healthcare institutions with functions of highly specialized interdisciplinary integrated medical care and organizational and methodological support of medical care for patients in institutions of secondary and primary health care.

The result of the conceptual model introduction was creation of the KNP «Odessa Regional Center of Socially Significant Diseases» of the Odessa Regional Council. The medical, social and economic efficiency of the proposed model has been proven based on the results of its implementation in the regional health care system.

Key words: socially significant infectious diseases, conceptual model, medical care system.

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ

АРТ	Антиретровірусна терапія
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ІПСШ	Інфекції, що передаються статевим шляхом
КНП	Комунальне неприбуткове підприємство
ОТГ	Об'єднані територіальні громади
РЦЗ	Регіональний центр громадського здоров'я
СЗІЗ	Соціально значущі інфекційні захворювання
СНІД	Синдром набутого імуноного дефіциту
ПМСД	Первинна медико-санітарна допомога

Blank lined paper with horizontal ruling lines.

Підписано до друку 21.12.2020 р. Формат 60х90/16. Папір офсетний.

Ум. - друк. арк. 1,75. Наклад 100 пр. Зам. № 285.

Наклад здійснено у видавництві «Поліграф»

Юридична адреса м. Одеса, вул. Польська, 9/13

