



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ,
ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ
ТА ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

КИЇВ 2022

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ТБ
ТА ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Підготовлено для:
ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»

*Центр соціальних
експертиз
ім. Юрія Саєнка
Інституту соціології
Національної Академії
Наук України*

ЦОС Е

*The Center of social
expertises named
after Yuri Saenko
of the Institute of sociology
of National Academy
of sciences of Ukraine*

Контактна особа:
Чепурко Гульбаршин, національний координатор дослідження
ДП «Центру соціальних експертиз ім. Юрія Саєнка»
Інституту соціології НАН України, (066) 8136970, gichepurko@ukr.net

Список авторів:
Чепурко Гульбаршин, Дудник Андрій, Лешенок Уляна

Київ 2022

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ	5
ВСТУП	8
МЕТОДОЛОГІЯ	10
РОЗДІЛ 1. КАБІНЕТНИЙ АНАЛІЗ «ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ТБ ТА ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»	16
1.1. Аналіз наявних міжнародних публікацій щодо витрат пацієнтів, пов'язаних з діагностикою та лікуванням ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я.....	16
1.2. Аналіз міжнародних керівництв та рекомендацій щодо інструментарію задля вивчення витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ.....	18
1.3. Аналіз наявних публікацій та звітів досліджень щодо витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я в Україні.....	20
1.4. Аналіз законодавчих актів, що регулюють витрати пацієнтів з ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я в Україні.....	22
ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1	26
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ТБ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	27
2.1. Соціально-демографічні, поведінкові та клінічні характеристики учасників дослідження ...	27
2.2. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ДО ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ	32
2.2.1 Власні медичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ТБ	32
2.2.2 Власні немедичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ТБ	42
2.2.3 Власні витрати пацієнтів на діагностику ВІЛ-інфекції, побічних ефектів (зовнішні консультації), скринінг на антитіла до ВГС (вірусний гепатит С)	43
2.3. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ВПРОДОВЖ ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ТБ/МЛС-ТБ	46
2.3.1 Власні медичні витрати в період госпіталізації, в тому числі витрати на лабораторні дослідження, пов'язані з ТБ і витрати на лікування побічних реакцій та супутніх патологій	46
2.3.2 Власні немедичні витрати в період госпіталізації.....	49
2.4. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ	50
2.4.1 Витрати на ДОТ під час амбулаторного лікування, у тому числі на проїзд, харчування.....	50
2.4.2 Витрати на отримання лікарських засобів під час амбулаторного лікування, у тому числі на проїзд	51
2.4.3 Витрати пацієнтів на медичні послуги під час амбулаторного візиту, в тому числі консультацію, рентген, КТ, МРТ, УЗД, тести на туберкульоз, протитуберкульозні препарати, інші лікарські засоби, дієтичні добавки, рекомендовані лікарем	52
2.4.4 Витрати на лікування побічних реакцій	53
2.5. ІНШІ ВЛАСНІ ВИТРАТИ.....	54
2.5.1 Витрати на харчування/дієтичні добавки	54
2.5.2 Витрати, пов'язані з оформленням інвалідності	54
2.5.3 Витрати, пов'язані з правовою, психологічною допомогою та іншими потребами.....	55
2.6. ЗМІНА ДОХОДІВ ТА СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ	56
2.6.1 Зміна доходу у зв'язку із захворюванням на ТБ	58

2.6.2 Отримана соціальна підтримка	59
2.6.3 Зміни в соціальному та приватному житті	60
2.6.4 Необхідна підтримка під час лікування ТБ	61
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО РОЗДІЛУ 2.....	63
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я.....	65
3.1. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ, ПОВЕДІНКОВІ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ УЧАСНИКІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	65
3.2. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ДО ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	70
3.2.1 Власні медичні витрати і витрати часу під час діагностики ВІЛ-інфекції (до початку лікування ВІЛ-інфекції)	71
3.2.2 Власні немедичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ВІЛ-інфекції ..	78
3.2.3 Власні витрати пацієнтів на діагностику опортуністичних інфекцій (OI), супутніх захворювань, інструментальні дослідження (УЗД, рентген, ЕКГ) і отримання інших послуг (КТ, вузькі спеціалісти).....	81
3.3. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ВПРОДОВЖ ПОТОЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ	88
3.3.1 Власні медичні витрати і витрати часу пацієнтів в період госпіталізації, в тому числі витрати на лабораторні дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, інші процедури і витрати на лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань.....	90
3.3.2 Власні немедичні витрати пацієнтів в період госпіталізації	92
3.4. ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ ПІД ЧАС АМБУЛАТОРНОГО ЛІКУВАННЯ.....	95
3.4.1 Витрати часу і витрати пацієнтів на отримання АРВ-препаратів під час амбулаторного лікування	95
3.4.2 Витрати на харчування, проїзд та проживання для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини під час отримання АРВ-препаратів	97
3.4.3 Витрати пацієнтів на медичні послуги під час амбулаторного візиту в тому числі за консультацію, аналізи, додаткові тести, рентген, огляд «вузькими спеціалістами», інші процедури	100
3.4.4 Власні витрати пацієнтів за діагностику та ліки для лікування опортуністичної інфекції (OI), супутніх інфекцій.....	104
3.4.5. Витрати на харчування та проїзд для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини під час амбулаторного лікування.....	108
3.5. ІНШІ ВЛАСНІ ВИТРАТИ ПАЦІЄНТІВ.....	110
3.5.1 Витрати на харчування/дієтичні добавки.....	110
3.5.2 Витрати, пов'язані з правовою, психологічною допомогою та іншими потребами.....	112
3.6. ЗМІНА ДОХОДІВ ТА СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ	115
3.6.1 Зміна доходу у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію	115
3.6.2 Отримана соціальна підтримка	116
3.6.3 Зміни в соціальному та приватному житті	116
3.6.4. Необхідна підтримка під час лікування ВІЛ	117
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО РОЗДІЛУ 3	119
ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	122
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ	124

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ ТА СКОРОЧЕНЬ

Антитіла IgG до Токсоплазми – аналіз, який призначається для пошуку антитіл класу G до токсоплазми – мікроорганізму, який відноситься до виду паразитичних найпростіших. Викликане їм захворювання токсоплазмоз, дуже поширене: у середньому по світу заражено понад 23% людей, а в деяких країнах ця цифра може становити 95%. Захворювання від людини до людини передається тільки в одному випадку: від матері до дитини

АРТ – антиретровірусна терапія

ВГ – вірусний гепатит

Відео-ДОТ (відео-контрольоване лікування) – використання передачі відео за допомогою смартфона чи іншого комп'ютерного обладнання для моніторингу і контролю за прийомом протитуберкульозних препаратів пацієнтами

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ВІЛ-позитивна людина (ВІЛ-інфікована особа; людина, яка живе з ВІЛ) – особа, в організмі якої при лабораторному дослідженні виявлені ознаки наявності ВІЛ

ВН – вірусне навантаження – міра кількості вірусних частинок у певному об'ємі біологічної рідини; концентрація вірусу в біологічному субстраті, яка вимірюється кількістю копій вірусу в мілілітрі (наприклад, кількість копій РНК у мілілітрі крові/плазми)

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВПГ – вірус простого герпесу буває двох типів: вірус простого герпесу першого типу (ВПГ-1) і вірус простого герпесу другого типу (ВПГ-2)

ГФ - Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією

ДОТ – лікування туберкульозу під безпосереднім наглядом (directly observed treatment) за прийом антимікобактеріальних препаратів (АМБП)

Замовник дослідження – ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України»

ЗОЗ – заклади охорони здоров'я

ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами – заклад охорони здоров'я державної, комунальної або іншої форми власності, що здійснюють реєстрацію, облік ЛЖВ та медичний нагляд за ними

ЗПТ – замісна підтримуюча терапія

Ідентифікаційне тестування на ВІЛ – обстеження при встановленні під медичний нагляд особи з позитивним ВІЛ-статусом або перед призначенням антиретровірусної терапії

ІПСШ – інфекції, що передаються статевим шляхом

ІФА – імуноферментний аналіз

КТ – комп'ютерна томографія

ЛЖВ – людина, яка живе з ВІЛ

МБТ – (Mycobacterium tuberculosis complex) група мікобактерій, які викликають туберкульоз

МЛС-ТБ – мультирезистентний туберкульоз (раніше використовувався термін МРТБ)

Мультирезистентний туберкульоз (МР ТБ) – форма туберкульозу, резистентна щонайменше до

двох найбільш ефективних протитуберкульозних препаратів. Цими препаратами є ізоніазид та рифампіцин. Це означає, що ці антибіотики не будуть ефективно діяти та вбивати бактерію

ННІЗТ – нуклеозидний інгібітор зворотної транскриптази

НУО – неурядові організації

Організатор дослідження – Центр соціальних експертиз ім. Ю. Сасенка Інституту соціології Національної академії наук України

Опортуністичні інфекції (OI) – захворювання, викликані умовно-патогенними вірусами або клітинними організмами (бактерії, гриби, найпростіші), які зазвичай не приводять до хвороби здорових людей (з нормальною імунною системою). Наприклад, опортуністичні інфекції розвиваються у осіб з імунодефіцитними станами

Первинна медична допомога надається в медичних пунктах, сільських лікарських амбулаторіях, амбулаторіях загальної практики / сімейної медицини, центрах первинної медико-санітарної допомоги і передбачає надання первинної медичної допомоги медичними працівниками, які працюють під керівництвом лікаря загальної практики / сімейного лікаря та первинної лікарської медичної допомоги, що включає експрес-діагностику, визначення маршрутів пацієнтів для надання вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та санаторно-курортного лікування, лікування основних найпоширеніших захворювань, травм і отруєнь, профілактичні заходи

Побічна реакція – будь-яка небажана реакція, пов'язана із застосуванням цього лікарського препарату

ПТВ – послуги з тестування на ВІЛ

РОГК – рентгенографія органів грудної клітки

РРТБ – розширено резистентний туберкульоз

РЦГЗ – регіональний центр громадського здоров'я

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

СНІД – синдром набутого імунодефіциту - стадія розвитку хвороби, зумовленої ВІЛ (ВІЛ-інфекція), що характеризується клінічними проявами, спричиненими глибоким ураженням імунної системи людини під впливом ВІЛ

Супровід ВІЛ-позитивних людей, дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, та представників ключових груп щодо інфікування ВІЛ включає комплекс заходів, спрямованих на інформування, перенаправлення та мотивацію звернення до закладів охорони здоров'я, органів соціального захисту населення, установ соціального обслуговування, організацій різних форм власності, у тому числі громадських, благодійних, релігійних з метою отримання медичної допомоги та соціальних послуг у зв'язку з ВІЛ

Туберкульоз (ТБ) – інфекційне захворювання, збудником якого є мікобактерія туберкульозу. Захворювання передається переважно повітряно-крапельним шляхом. У 90% випадків спостерігається ураження легень, проте в процес можуть залучатися і інші органи (нирки, хребет, мозок, лімфатичні вузли, кишківник, шкірні покриви, статеві органи, тощо). За відсутності ефективного лікування зазвичай спостерігається поступове хронічне прогресування хвороби, яке в більшості випадків призводить до смерті

Туберкульоз з розширеною резистентністю (РР ТБ) – форма туберкульозу, резистентна щонайменше до ізоніазиду, рифампіцину, фторхінолонів та аміноглікозидів

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД) є закладом охорони здоров'я, що створюється з метою забезпечення потреб населення у первинній медичній допомозі

ЧСЧ – чоловіки, що мають секс з чоловіками

ШТ – швидкий тест

USAID – (United States Agency for International Development) - Агентство США з міжнародного розвитку

ЮНЕЙДС – Об'єднана Програма ООН з ВІЛ/СНІДу

€ – euro – євро - офіційна валюта більшості країн ЄС

\$ – USD - United States dollar – долари -офіційна валюта Сполучених Штатів Америки

ВСТУП

Однією з основних умов реалізації «Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року», схваленої Розпорядженням Кабінету міністрів України від 27 листопада 2019 року, є забезпечення сталого фінансування пов'язаних з нею програм та заходів, зокрема: забезпечення пріоритету фінансування програм протидії ВІЛ-інфекції, вірусним гепатитам та туберкульозу за рахунок державного та місцевих бюджетів та незалежності від зовнішнього (донорського) фінансування як ключової передумови забезпечення сталості та безперервності надання послуг.

Відповідно до частини п'ятої статті 3 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» органи місцевого самоврядування в межах своєї компетенції фінансують місцеві програми розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я.

Витрати пацієнтів не покриваються в повному обсязі. Відсутні кошти на дообстеження при діагностиці опортуністичних хвороб, туберкульозу, вірусних гепатитів, на дороговартісне інструментальне обстеження, КТ, МРТ. Не завжди покриваються витрати на профілактику та лікування опортуністичних хвороб. Не компенсуються витрати на лікування супутньої патології, побічних дій протитуберкульозної та антиретровірусної терапії. Транспортні витрати, соціальний статус можуть ставати бар'єром для своєчасного відвідування лікаря, обстеження та забезпечення безперервності прийому протитуберкульозної, антиретровірусної терапії.

Сім'ї, яких торкнулась проблема туберкульозу (ТБ) часто потерпають від катастрофічних витрат¹, адже хворіють переважно найбідніші верстви населення, що не мають заощаджень [1, 2]. Ліквідація цього явища до 2035 року визначена Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) цільовим індикатором стратегії «Подолати туберкульоз» ("The End TB") та відповідає концепції Глобальних цілей сталого розвитку Організації об'єднаних націй (ООН) до 2030 року [3].

Глибинні недоліки національної системи охорони здоров'я і толерантність до корупції призвели до багаторічного ігнорування потреб населення та відповідно неефективного управління бюджетними ресурсами у медичній сфері [4, 5]. При цьому фахівці сходяться на думці, що витрати пацієнтів, пов'язані з діагностикою ТБ, унеможливають або відтермінують повноцінне лікування, що може провокувати занедбаний стан хвороби та сприяти поширенню інфекції серед оточуючих [6, 7]. В той же час, витрати на лікування ТБ, зокрема щодо корекції побічних реакцій хіміотерапії та харчування [8], створюють негативний досвід в середовищі пацієнтів, що спонукає їх уникати контакту з системою охорони здоров'я та сприяє затримці діагностики [9]. Очікується, що вивчення першопричин та структури витрат пацієнтів на шляху до встановлення діагнозу ТБ допоможе розпочати обговорення із зацікавленими сторонами найкращих сценаріїв вирішення цієї проблеми та наблизить реалізацію якісної пацієнт-орієнтованої моделі медичних послуг в Україні [10].

На цей час, фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) пакету "Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах" передбачає консультування, амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу пацієнтам з ТБ. До обсягу медичних послуг, який надавач (законтракований з НСЗУ заклад охорони здоров'я) зобов'язується надавати за договором відповідно до медичних потреб пацієнта, входить також проведення необхідних лабораторних та інструментальних досліджень для підтвердження діагнозу та моніторингу лікування². Наразі дискусійним залишаються економічне обґрунтування

¹ Катастрофічні витрати – це витрати еквівалентні 20% або більше від сукупного доходу домогосподарства за рік. WHO. Tuberculosis patient cost survey: a handbook. Geneva: World Health Organization 2017; http://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/.

² Вимоги до пакетів медичних послуг 2022, ПМГ 24, 25 <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>

тарифів [11] та реалізація механізму компенсації виявлення ТБ серед груп високого ризику інфікування, а також обстеження контактних осіб [12].

Зважаючи на той факт, що Україна належить до країн, які розвиваються, уряд та місцеві громади повинні раціонально використовувати наявні ресурси та вибудовувати пріоритети для тривалого забезпечення добробуту суспільства [4, 5, 11]. Засновані на доказах інтервенції, такі як зменшення стигми, соціальний супровід та рання реінтеграція у суспільство осіб, яких торкнулась проблема ТБ, можуть стати ключовими чинниками покращення епідемічної ситуації в Україні та формування дієвої системи фінансового захисту пацієнтів від надмірних витрат на здоров'я [11, 12, 13, 14].

Для подолання епідемії вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) потрібно ефективно усувати прогалини в наданні медичної допомоги щодо доступу до тестування, антиретровірусної терапії (АРТ) та доконтактної профілактики³. Проте це потребує залучення значних коштів, зокрема у Сполучених Штатах Америки (США) щорічні розрахункові витрати на одного ВІЛ-інфікованого пацієнта варіюють від \$16 614 при рівні CD4 клітин понад 500 клітин/μl до \$40 678 для осіб з рівнем CD4 клітин 50 клітин/μl або менше [15].

Власні витрати пацієнтів можуть бути суттєвою перешкодою для початку та продовження АРТ. Навіть часткова співплата призводить до того, що пацієнти не розпочинають АРТ та частіше припиняють прийом вже призначених препаратів [2]. У свою чергу, це може призвести до погіршення самопочуття та збільшення звернень за медичною допомогою, особливо серед пацієнтів з хронічними захворюваннями. І навпаки, підтримка пацієнтів шляхом податкових канікул чи призначення субсидій суттєво покращували прихильність до лікування та дозволяли витрачати більше на товари, необхідні для забезпечення належної якості життя [16].

Низький рівень фінансування заходів з виявлення та профілактики ВІЛ-інфекції призвели до багаторічного ігнорування потреб пацієнтів та, відповідно, поширення інфекції серед українців. Невміння розрахувати бюджетні програми на рівні регіонів, відсутність належного контролю за їх виконанням та неефективні управлінські рішення позбавляють людей, що живуть з ВІЛ (ЛЖВ) законодавчо встановлених норм щодо соціального захисту [17]. При цьому фахівці наголошують, що вивчення першопричин та структури витрат ВІЛ-інфікованих на шляху до верифікації статусу та отримання АРТ допоможе розпочати обговорення із зацікавленими сторонами дієвих механізмів вирішення цієї проблеми та наблизить реалізацію якісної пацієнт-орієнтованої моделі медичних послуг в Україні [18].

Фінансування через Національну службу здоров'я України (НСЗУ) пакету "Діагностика, лікування та супровід осіб із вірусом імунодефіциту людини (та підозрою на ВІЛ)" передбачає консультування, тестування, проведення необхідних лабораторних досліджень, взяття під медичний нагляд, призначення АРТ, діагностику та лікування опортуністичних інфекцій, проведення медикаментозної як доконтактної, так і постконтактної профілактики, спрямованої на попередження розвитку ВІЛ-інфекції тощо⁴. Наразі дискусійними залишаються економічне обґрунтування тарифів та реалізація механізму компенсації виявлення та лікування опортуністичних інфекцій, в т.ч. туберкульозу (ТБ), а також пропорційний розподіл коштів між закладами, які надають допомогу ЛЖВ та пацієнтам з ТБ [19, 20].

Незважаючи на послідовну підтримку Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією (ГФ), для реалізації плану продовження переходу від **донорського до бюджетного фінансування** уряду та місцевим громадам в Україні потрібно буде раціональніше використовувати наявні ресурси та активніше шукати альтернативні джерела фінансування для послідовного зменшення витрат ЛЖВ на рівні системи охорони здоров'я [21, 22, 23].

³ Центри з контролю та профілактики захворювань у США

<https://www.cdc.gov/hiv/programresources/guidance/costeffectiveness/index.html>

⁴ Специфікації та умови закупівлі за Програмою медичних гарантій на 2021 рік <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>

МЕТОДОЛОГІЯ

Мета дослідження: визначити обсяги та основні фактори витрат на лікування та інші пов'язані послуги, серед людей, які хворіють на туберкульоз та серед людей, які живуть з ВІЛ.

Завдання дослідження:

Зазначені фактори відповідають інструменту ВООЗ із розрахунку вартості послуг для пацієнтів із туберкульозом «Tuberculosis patient cost surveys: a handbook»⁵.

Оцінка охоплювала вивчення наступних витрат на етапах надання медичної допомоги (профілактика, виявлення, діагностика, лікування):

- медичні послуги із виявлення туберкульозу (скринінгове анкетування, фізикальне обстеження, загальноклінічні, лабораторні та інструментальні методи обстеження);
- медичні послуги із діагностики туберкульозу (огляд пацієнта, мікробіологічна діагностика туберкульозу, визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів, інструментальні методи обстеження для легеневого ТБ (радіологічне обстеження органів грудної порожнини, бронхоскопія) або позалегового ТБ (КТ, МРТ, УЗД, цитологія, гістологія тощо);
- медичні послуги із встановлення діагнозу туберкульозу (мікробіологічна діагностика та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів, лабораторне обстеження (загальний аналіз крові та сечі) біохімія крові, цитологія, гістологія), інструментальні методи дослідження;
- медичні послуги на амбулаторному етапі лікування туберкульозу (контроль лікування (ДОТ або відео-ДОТ, інші інтерактивні методи контролю лікування), моніторинг лікування, лабораторні та інструментальні дослідження, лікування та профілактика побічних реакцій);
- медичні послуги із діагностики ВІЛ-інфекції (тестування ШТ, ІФА, перенаправлення);
- медичні послуги із встановлення діагнозу ВІЛ (підтверджувальний та ідентифікаційний етапи, індексне тестування) та стадії ВІЛ-інфекції (фізикальне обстеження, загальноклінічні аналізи (при потребі), скринінг на туберкульоз, при підозрі на опортуністичну інфекцію дообстеження (загальний аналіз крові та сечі; біохімія крові, цитологія, гістологія додаткові аналізи на маркери інфекції, рентгенологічне дослідження, УЗД, КТ, МРТ, перенаправлення на консультацію до вузькопрофільних спеціалістів);
- медичні послуги на амбулаторному етапі лікування ВІЛ, моніторинг лікування, лікування та профілактика побічних реакцій, сприяння прихильності до лікування;
- медичні послуги із діагностики вірусних гепатитів та супутньої патології;
- послуги на стаціонарному етапі лікування (призначення та корекція лікування, лабораторні та інструментальні дослідження, контроль лікування, медичні маніпуляції, моніторинг лікування, лікування побічних реакцій та супутньої патології, лікування в умовах палати інтенсивної терапії чи хірургічне лікування, харчування пацієнтів та догляд за пацієнтом);
- транспортні витрати (пацієнта та медичних закладів для доставки біологічного матеріалу та протитуберкульозних препаратів, антиретровірусних препаратів);
- індивідуальні соціальні потреби пацієнтів в залежності від соціального статусу (юридична підтримка, відновлення документів, харчова підтримка, соціальна реабілітація тощо).

Дизайн дослідження – комплексне дослідження із поєднанням кабінетного аналізу (аналіз міжнародних та національних публікацій, рекомендацій, законодавства щодо витрат пацієнтів, пов'язаних з діагностикою та лікуванням ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я) та анкетування цільової когорти пацієнтів (оцінка власних витрат та соціальних наслідків) з подальшою статистичною обробкою отриманих даних.

⁵ (https://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/)

Методи дослідження

Для вирішення поставлених завдань дослідження були застосовані наступні методи: статистичні – для обґрунтування вибірових процедур та аналізу загальної ситуації щодо захворювань на ТБ та ВІЛ/СНІД в Україні; соціологічні - для визначення обсягів та основних факторів витрат на лікування та інші пов'язані послуги, серед людей, які хворіють на туберкульоз та серед людей, які живуть з ВІЛ; аналіз документів – для отримання об'єктивних показників з медичних карток пацієнтів, аналіз законодавчих актів, що регулюють витрати пацієнтів на рівні системи охорони здоров'я в Україні, в тому числі витрати пацієнтів, пов'язані з діагностикою ТБ та ВІЛ; вторинний аналіз соціологічної інформації - наявних публікацій та звітів досліджень щодо витрат пацієнтів на рівні системи охорони здоров'я в Україні.

Методи збору інформації

Для вирішення поставлених завдань дослідження були застосовані кабінетний аналіз у поєднанні з анкетуванням.

Кабінетний аналіз включав огляд результатів міжнародних та національних досліджень витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ, бар'єрів, які виникають на шляху отримання медичних послуг, нормативної бази, методології оцінки власних витрат обумовлених виявленням та лікуванням ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я.

Було опрацьовано 159 літературних джерел, серед яких міжнародні та національні дослідження, рекомендації та клінічні настанови, накази МОЗ, звіт Рахункової палати про результати аудиту ефективності виконання заходів з протидії захворюванню на ТБ та ВІЛ, звіти міжнародних організацій; аналіз прогалин у лікуванні ТБ, ВІЛ, резолюція національного діалогу щодо спільних дій державних інституцій та організацій громадянського суспільства.

В рамках кількісного дослідження було опитано 600 респондентів, які хворіють на ТБ і 600 респондентів ЛЖВ або їх батьків/опікунів. З метою визначення існуючих медичних і немедичних витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ на етапі виявлення, діагностики, лікування, бар'єрів на шляху від первинного звернення до призначення стаціонарного або амбулаторного лікування було розроблено спеціальний опитувальник.

Опитування було проведено методом особистих інтерв'ю (face-to-face) з використанням планшетів (CAPI, computer-assisted personal interviews) або телефонне інтерв'ю. Також могли бути застосовані онлайн інтерв'ю у зумі чи скайпі. Респонденти обиралися серед пацієнтів ЗОЗ і регіональних ЦГЗ за підтримки медичних працівників та відповідно до встановлених квот.

Цільові групи дослідження:

- Люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ) або батьки/опікуни клієнтів центрів СНІДу:
 - Вперше діагностовано;
 - Перебувають на лікуванні тривалий час;
 - Перебувають на стаціонарному лікуванні;
 - Перебувають на амбулаторному лікуванні;
 - Мають I або II клінічну стадію;
 - Мають III клінічну стадію;
 - Мають IV клінічну стадію.
- Люди, які хворіють на ТБ або батьки/опікуни пацієнтів протитуберкульозних закладів:
 - Перебувають на стаціонарному лікуванні;
 - Перебувають на амбулаторному лікуванні та отримують послуги соціального супроводу;
 - Перебувають на амбулаторному лікуванні та не отримують послуги соціального супроводу.

Критерії включення у кількісне дослідження

Цільова група	Критерії включення у дослідження	Метод верифікації
Пацієнти, які живуть з ВІЛ	Віком 15 років і старше; Вперше діагностовано ВІЛ; Перебувають на лікуванні не менше 1 місяця; Перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні; Не перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.	Рекомендація медичного працівника За оцінкою респондента
Пацієнти, які хворіють на ТБ	Віком 15 років і старше; Перебувають на лікуванні не менше 1 місяця; Перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні; Не перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.	Рекомендація медичного працівника За оцінкою респондента
Батьки/опікуни дітей -клієнтів Центрів ЦГЗ і батьки/опікуни пацієнтів протиту-беркульозних закладів	Є батьками/опікунами дітей, віком -0-14 років, які живуть з ВІЛ або хворіють на ТБ і перебувають на амбулаторному або стаціонарному лікуванні; Не перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.	Рекомендація медичного працівника За оцінкою респондента

Критерії виключення із дослідження

Цільова група	Критерії виключення із дослідження
Пацієнти, які живуть з ВІЛ	Віком менше ніж 15 років; Перебувають на лікуванні менше 1 місяця; Перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.
Пацієнти, які хворіють на ТБ	Віком менше ніж 15 років; Перебувають на лікуванні менше 1 місяця; Перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.
Батьки/опікуни дітей, які живуть з ВІЛ, хворіють на ТБ	Є батьками/опікунами дітей, віком старше 14 років; Перебувають у стані наркотичного чи алкогольного сп'яніння на час участі в дослідженні.

Збір даних і рекрутинг респондентів

Польовий етап дослідження здійснював Центр соціальних експертиз ім. Ю. Саєнка. Усі інтерв'юери та члени дослідницької команди пройшли навчання щодо протоколу дослідження, дослідницьких форм, особливостей проведення інтерв'ю та етичних принципів, включаючи процес інформованої згоди.

До процедури рекрутингу пацієнтів - ЛЖВ, були залучені медичні працівники/лікарі, представники регіональних центрів СНІДу, НДО, які безпосередньо контактували із пацієнтами. Із загального списку пацієнтів, було обрано, випадковим чином, встановлену вибірковою сукупністю кількість пацієнтів, згідно заданих квот. А у випадках відсутності зв'язку із обраним пацієнтом, лікар обирає наступного за списком.

До процедури рекрутингу пацієнтів, які хворіють на ТБ, були залучені медичні працівники/лікарі РЦГЗ, ЗОЗ відібраних для участі у дослідженні, представники НДО, які безпосередньо контактували із пацієнтами. Із загального списку пацієнтів, було обрано, випадковим чином, встановлену (вибірковою сукупністю) кількість пацієнтів, згідно заданих квот. А у випадках відсутності зв'язку із обраним пацієнтом, лікар обирав наступного за списком.

Загалом, тривалість інтерв'ю приблизно становила 30 хвилин. Здійснення відео-або-аудіо-запису у процесі дослідження не передбачалося.

Загальний алгоритм рекрутингу пацієнтів

Медичний працівник / лікар або працівник НДО попередньо телефонував пацієнтові, повідомляв про дослідження та уточнював можливість надання мобільного номеру телефону інтерв'юєру для подальшого контактування. Також лікар, під час попередньої розмови із респондентом, уточнював про його згоду на особисту зустріч із інтерв'юєром під час візиту до медичного закладу та узгоджував час із інтерв'юєром.

У випадку згоди пацієнта (за словами медичного працівника/лікаря, працівника НДО), медичний працівник/лікар/працівник НДО, передавав ім'я та контакти пацієнта (без уточнення його прізвища) інтерв'юєру.

Після проведення інтерв'ю з пацієнтами – ЛЖВ та пацієнтами, які хворіють на ТБ, щодо цих респондентів було зібрано інформацію з медичної документації, наявної у регіональному центрі СНІДу, ЗОЗ, НДО, а саме з амбулаторної картки пацієнта (форма 0-25/облікова; форма 081-1/о облікова) та з диспансерної картки (форма 30; форма 003/о). Інформацію з медичної документації до спеціально розробленої форми заносив медичний працівник, що працює у медзакладі, в якому проводилося дослідження. Збір інформації з медичної документації відбувався після отримання інформованої згоди від пацієнтів.

Претест анкети

Перед початком польового етапу дослідження був проведений претест двох анкет, для перевірки всіх аспектів: змісту, формулювань, послідовності питань. У рамках претесту було опитано 100 респондентів. Серед них: 50 респондентів – пацієнтів з ВІЛ (ЛЖВ); 50 респондентів – пацієнтів з ТБ.

Для виконання претесту анкети з ВІЛ (ЛЖВ) було проведено опитування двох категорій респондентів: вперше діагностовано та перебувають на лікуванні тривалий час, по 25 анкет у Харківській, та Чернігівській областях. У Харківській області претест анкети проводився російською мовою, а в Чернігівській претест анкети проводився українською мовою.

Щодо виконання претесту анкети з ТБ було проведено опитування двох категорій респондентів: перебувають на стаціонарному лікуванні, та перебувають на амбулаторному лікуванні, по 25 анкет у Одеській та Львівській областях. У Одеській області претест анкети проводився російською мовою, а у Львівській області – українською мовою

Контроль збору та обробки інформації

Під час проведення кількісного опитування був проведений контроль якості даних:

- перевірка якості роботи кожного інтерв'юєра (під час проведення польового етапу);
- перевірка анкет на якість та повноту заповнення (при отриманні від інтерв'юєрів);
- перевірка 10% вибіркової сукупності (10% анкет кожного інтерв'юєра). У разі, якщо були виявлені фальсифікації з боку інтерв'юєра, його анкети були перевірені у повному обсязі. Метод перевірки – відвідування адреси опитування або розмова з респондентом по телефону із заповненням контрольної анкети;
- перевірка логіки відповідей при обробці та кодуванні анкет.

Всього було впроваджено 3 рівні контролю якості:

1. Перевірка бригадами роботи інтерв'юєрів;
2. Перевірка менеджером проекту роботи бригадирів та інтерв'юєрів;
3. Перевірка на етапі вводу та обробки даних.

Етичні засади

Протокол та інструменти дослідження отримали позитивний висновок комісії з питань етики ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». Усі учасники дослідження надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Період збору даних

Польовий етап кількісного дослідження тривав з вересня 2021 р. до лютого 2022 р.

Статистичний аналіз

Аналіз масиву зібраних даних здійснювався за допомогою програмного пакету IBM SPSS Statistics 28.0.0.0 for Windows (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Опис отриманих фактів зводився головним чином до оформлення та інтерпретації розподілів респондентів за їхніми відповідями на поставлені в анкеті запитання.

Нормальність розподілу числових змінних було перевірено за допомогою критерію Колмогорова-Смірнова. Неперервні змінні з нормальним розподілом були представлені як середнє значення з 95% довірчими інтервалами М (95%CI); змінні, що не відповідали нормальному розподілу представлені як медіана та міжквартильний інтервал Ме (IQR). Середні значення 2-ох безперервних нормально розподілених змінних у незалежних вибірках порівнювали за допомогою t-критерія Стюдента. Частоти категоріальних змінних порівнювали за допомогою критерію Пірсона χ^2 або точного тесту Фішера. Значення $p < 0,05$ вважалося статистично значимим.

Аналіз даних містив показники та індикатори відповідно до рекомендацій щодо мінімальної звітності ВООЗ із розрахунку вартості послуг для пацієнтів із туберкульозом «Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. Annex_4_minimum_reporting_format_v2017-12-14»⁶.

Обмеження дослідження

Дотриматися встановлених квот, як щодо групи пацієнтів з ТБ так і ВІЛ, як виявилось під час проведення польового етапу дослідження, було важко через складності рекрутингу респондентів, а інколи і за відсутністю певної кількості респондентів з кожної окремої квотної категорії в деяких регіонах, тому квоти впродовж польового етапу дещо коригувалися, відповідно реаліям.

Компонент ТБ. На етапі планування дослідження дизайн протоколу передбачав три групи пацієнтів з ТБ: 1) перебувають на стаціонарному лікуванні; 2) перебувають на амбулаторному лікуванні та отримують послуги соціального супроводу; 3) перебувають на амбулаторному лікуванні та не отримують послуги соціального супроводу.

Рекрутинг пацієнтів здійснювався через медичних працівників. Медичні працівники, які надавали дослідницькій команді контакти у Дніпропетровській, Одеській та Київській областях не змогли повністю рекрутувати заплановану кількість пацієнтів з ТБ, які «Лікуються без супроводу», так як більшість хворих знаходиться під соціальним супроводом.

Також були складності з пошуком «Опікунів» у Чернігівській, Донецькій та Київській областях через небажання батьків розповсюджувати інформацію про хворобу дитини, тому за домовленістю ці квоти були перерозподілені.

Важкодоступними виявилися пацієнти з ТБ в сільській місцевості Одеської, Донецької, Харківської областей. Контакти надані медичними координаторами часто виявлялися не доступними, поза зоною, або номер був помилковий, або не відповідали, що також потребувало перерозподілу.

Компонент ВІЛ. На етапі планування дослідження дизайн протоколу передбачав наступні групи пацієнтів з ВІЛ: 1) вперше діагностовано; 2) перебувають на лікуванні тривалий час; 3) перебувають на стаціонарному лікуванні; 4) перебувають на амбулаторному лікуванні; 5) мають I або II клінічну стадію; 6) мають III клінічну стадію; 7) мають IV клінічну стадію.

Із самого початку реалізації дослідження регіональні медичні координатори звернули увагу

¹ https://www.who.int/tb/publications/patient_cost_surveys/en/

на задані перехресні квоти. Координаторам було важко вести пошук респондентів, які б відповідали б одразу декільком квотам. Загалом найскладніше було знайти пацієнтів, які лікуються від місяця до року, що відносять до категорії «Вперше діагностовано», а також пацієнтів з «I клінічною стадією ВІЛ». З такими проблемами стикнулися наступні області: Дніпропетровська, Донецька, Одеська, Харківська. Ця категорія виявилась більш важкодоступною і меншою за чисельністю ніж категорія «Знаходиться на лікуванні тривалий час», при цьому вони також частіше відмовлялися, через те ще знаходяться у нестабільному психологічному стані та мають нижчий рівень довіри. Медичні координатори намагалися вмовити їх прийняти участь у опитуванні, але все одно кількість відмов була значною. Тому був запит про частковий перерозподіл квоти «Вперше діагностовано» на «Знаходиться на лікуванні тривалий час».

Також виникли проблеми з квотою «I клінічна стадія», медичні координатори попереджали, що не зможуть залучити визначену кількість, тому що в цілому кількість пацієнтів з даною стадією незначна. Варіантом вирішення даної проблеми було прийнято перерозподілити частину даної квоти на інші існуючі квоти: «II клінічна стадія» та більшу частку на «III – IV клінічна стадія» як найбільш розповсюджені.

Також у медичних координаторів виникали труднощі з рекрутингом респондентів категорії «Опікуни» дітей до 15 років, що знаходяться на лікуванні. Основною причиною відмов було небажання розповсюдження інформації про хворобу дитини, хоч інтерв'юери говорили та запевняли потенційних респондентів про дотримання конфіденційності при проведенні опитування.

Разом з тим слід зазначити, що медичні працівники, які надавали дослідницькій команді контакти пацієнтів, не завжди попередньо повідомляли респондентів про деталі дослідження. У таких випадках пацієнти були схильні відмовлятися від участі, що вплинуло на збільшення тривалості періоду збору даних. Основними причинами відмов було небажання брати участь в опитуванні, присвяченому тематиці ВІЛ, ТБ внаслідок стресу від прийняття свого діагнозу, страх хворих на ВІЛ–інфекцію та/або ТБ говорити із сторонніми про свій ВІЛ–статус або ТБ–статус, несприятлива ситуація з КОВІД–19, велика навантаженість на медиків, а також карантинні заходи, що в свою чергу ускладнило доступ до визначених цільових категорій (пацієнтів, хворих на ВІЛ–інфекцію і ТБ) тощо.

В межах даного дослідження реалізовано цільову вибірку. Було опитано осіб, хворих на ТБ/ВІЛ, які погодилися взяти участь у дослідженні, причому таким чином, щоб спробувати «заповнити» квоти для кожної з 7 областей. Побудована вибірка не є простою випадковою, а, отже, не дає змогу поширювати отримані результати на генеральну сукупність осіб, хворих на ВІЛ/ТБ; репрезентативність, власне, й передбачає поширення отриманих результатів на генеральну сукупність. Методи математичної статистики, які дозволяють оцінити параметри генеральної сукупності на основі вибіркової (побудова довірчих інтервалів, перевірка статистичних гіпотез) мають сенс тоді, коли застосовується проста випадкова вибірка або багатоступенева, яка теж передбачає використання випадкового відбору.

РОЗДІЛ 1. КАБІНЕТНИЙ АНАЛІЗ «ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ТБ ТА ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я»

1.1. Аналіз наявних міжнародних публікацій щодо витрат пацієнтів, пов'язаних з діагностикою та лікуванням ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я

Щодо компоненту ТБ

Аналіз наявних міжнародних публікацій містить огляд проведених досліджень для розуміння причин та наслідків різних видів витрат пацієнтів, асоційованих з діагностикою та лікуванням ТБ.

Джерела літератури були відібрані шляхом використання ключових слів [tuberculosis and/or patient cost, household cost, cost diagnosis, treatment expenditure, out-of-pocket spending, care barriers] у пошукових базах PubMed, Publons, Science Direct, Scopus, Cochrane Library, Google Scholar. За результатами пошуку було відібрано 49 публікацій англійською мовою.

Вартість діагностики та лікування ТБ на рівні системи охорони здоров'я традиційно розглядається в контексті розрахунків провайдерів медичних послуг, які зазвичай не враховують витрат пацієнтів та доступність послуги для споживача [24, 25].

Найпоширенішим підходом є розділення загальних витрат, обумовлених ТБ на прямі та непрямі [26]. До прямих витрат відносять власне медичні витрати (придбання ліків та оплату консультацій, авансові виплати медичного страхування, які будуть відшкодовані пізніше, вартість лабораторних та інструментальних обстежень, діагностичні обстеження та лабораторні тести; додаткові неофіційні та неформальні платежі (так звані «благодійні внески», подарунки) та немедичні витрати: оплата харчування, проживання, транспортування (квитки, бензин), витрати на особу, яка супроводжує пацієнта до медичного центру тощо [3, 26].

В низці досліджень було продемонстровано [27, 28], що декларування вільного доступу до безкоштовної діагностики та лікування ТБ на рівні системи охорони здоров'я ще не означає, що пацієнти дійсно не будуть мати фінансових труднощів. *Mesfin M.M. et al.* на прикладі Ефіопії доводять що сукупна розрахункова вартість діагностики одного хворого на ТБ може становити майже в 20 разів більше від витрат закладів охорони здоров'я 27\$ проти 1.4\$ [29]. Представлені розрахунки пропорційно зростають після врахування витрати на попередні консультації, необхідність двох візитів до лабораторій, що обумовлює тривале транспортування, втрату часу та відрив від роботи, особливо для сільських жителів [29, 30].

Основною стратегією зменшення витрат на діагностику ТБ – є підвищення ефективності скринінгу серед ключових груп населення та діагностична настороженість щодо ТБ серед осіб з хронічним кашлем, що звертаються на первинну ланку медичної допомоги (шляхом зменшення числа повторних консультацій у інших провайдерів) [31].

Соціальні наслідки ТБ, як свідчить дослідження, проведене в США *Miller TL et al*, включають не лише витрати на моніторинг та оцінку лікування, епідеміологічний нагляд, амбулаторну та стаціонарну медичну допомогу, кошти на ліки для активного ТБ, але й втрати на побудову інфраструктури, втрати часу, збитки завдані непрацездатністю, скринінг та лікування латентної ТБ інфекції (ЛТБІ), поширення ТБ серед контактних осіб тощо [31].

Вартість амбулаторного лікування під безпосереднім наглядом (DOT)- була в 5 разів нижчою ніж в лікарні, 395\$ проти 1900\$ [32]. Дослідження проведене в 90-х роках у США показало, що вартість невідкладних госпіталізацій серед нових випадків ТБ становила в середньому 21220\$ [33]. Найдорожчими були перебування в відділенні інтенсивної терапії (1285\$/день), ізоляція (945\$/день) та проведення бронхоскопії (961\$ за процедуру). Пацієнти, які не мали медичної страховки повинні були самі сплачувати ці витрати. Сукупні витрати за завершений випадок лікування в середньому становили 68 578\$, що підтверджує важливість вивчення витрат на різних етапах лікування для отримання цілісної картини (поздовжнє дослідження (longitudinal study) та

зменшення фактору часу (коли пацієнти не пам'ятають інформацію щодо вартості лікування) [33].

Слід зазначити, що більші витрати не означають автоматично кращий результат, тому при порівнянні різних стратегій варто орієнтуватись на коефіцієнт додаткової рентабельності (різниця в вартості підходів розділена на різницю в їх ефекті) [34]. Наприклад, скринінг ЛТБІ за допомогою гамма-інтерферонового тесту (ГІТ) є менш затратним для пацієнтів 205.44€ (відсутність необхідності повторного візиту (проїзд) та відповідно зменшення непрямих втрат (пропуск роботи) у порівнянні з використанням туберкулінодіагностики як початкового діагностичного тесту з подальшим підтвердженням діагнозу ГІТ (280.42€) [34].

Таким чином, витрати пацієнтів, яких торкнулась проблема ТБ, є ключовим бар'єром для вчасної діагностики та ефективного лікування ТБ, що потребує негайного реагування та системного підходу для вирішення цієї проблеми.

Щодо компоненту ВІЛ

Аналіз наявних міжнародних публікацій містить огляд проведених досліджень для розуміння причин та наслідків різних видів витрат пацієнтів, обумовлених діагностикою та лікуванням ВІЛ-інфекції.

Джерела літератури були відібрані шляхом використання ключових слів [HIV and/or patient cost, household cost, cost diagnosis, treatment expenditure, out-of-pocket costs, healthcare barriers] у пошукових базах PubMed, Publons, Science Direct, Scopus, Cochrane Library, Google Scholar. За результатами пошуку було відібрано 49 публікацій англійською мовою.

У 2006 році витрати на ліки були найбільшим компонентом (46%) загальних витрат, пов'язаних з ВІЛ, серед пацієнтів в Індії; наступним в структурі витрат був лабораторний моніторинг CD4 клітин (24%), людські ресурси (22%), підтримка на госпітальному етапі лікування (5%) та лікування опортуністичних інфекцій (3%) [35].

Фінансові бар'єри не дозволяють ЛЖВ отримувати більш ефективну терапію, як свідчить дослідження YRG CARE призначення режимів лікування з кращою доведеною ефективністю та переносимістю супроводжувалось частим переходом на більш дешеві препарати АРТ, незважаючи на високу частоту побічних реакцій [36]. Недоступність профілактики опортуністичних інфекцій, таких як пневмоцистна пневмонія, цитомегаловірусний ретиніт, криптококовий менінгіт, збільшували частоту госпіталізацій ВІЛ-інфікованих у 8 разів, порівняно із загальною популяцією, що відповідно збільшувало їх власні витрати та позбавляло заробітної платні на період непрацездатності [37].

Навіть у розвинутих країнах із налагодженою системою страхової медицини, як Австралія, пацієнти відчувають фінансові бар'єри для продовження лікування ВІЛ, через необхідність співоплати щоразу при отриманні АРТ у розмірі \$38.80 на загальних підставах та \$6.30 при наявності пільг [38]. Вимушені виплати також пов'язані із необхідністю лікувати іншу супутню патологію (діабет, гепатити, депресію, нейропатію), що збільшує кумулятивні втрати (понад \$460 на рік на один препарат для лікування однієї супутньої хвороби), знижує прихильність до АРТ та породжує зростання ВН [38]. В Республіці Кот-д'Івуар серед 400 опитаних ЛЖВ, 34% вказували на прямі витрати, пов'язані із лікуванням – ліки, тести, рукавички, госпіталізація, близько \$2 на рік. Значно більше, 87% відмічали непрямі витрати, такі як транспортування, втрати через непрацездатність або пропуск роботи, необхідність оплачувати догляд за їх дітьми під час звернення за медичною допомогою – в середньому \$17 на рік [39].

В Африці прямі витрати на лікування ко-інфекції ТБ/ВІЛ коливались від \$313 в Ефіопії до \$780 в Нігерії [40, 41]. Пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ потребували більше догляду зі сторони медичного персоналу та не могли продовжувати працювати, тому лише впродовж першого місяця лікування витрачали близько 125% їх місячного прибутку [42, 43]. Власні витрати пацієнтів були співставними або переважали витрати надавачів послуг. Загальна сума коштів необхідна для лікування одного випадку ко-інфекції ТБ/ВІЛ коливалась від 4059\$ в Гаїті [44] до 10,300\$ в США

[45]. ВІЛ-позитивний статус також був основним чинником зuboжіння у пацієнтів з ТБ (OR 2.5; 95%CI 1.3–4.7) [40].

Таким чином, витрати пацієнтів, пов'язані з діагностикою та лікуванням ВІЛ, є поширеним глобальним явищем та ключовою перешкодою для раннього виявлення цього захворювання та прихильності до АРТ.

1.2. Аналіз міжнародних керівництв та рекомендацій щодо інструментарію задля вивчення витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ

Щодо компоненту ТБ

В умовах ринкової економіки оцінка витрат пацієнтів має на меті не лише отримання даних про ефективність надання медичних послуг, але й обґрунтування доцільності таких практик з точки зору задоволення потреб пацієнта. Стимулами для таких досліджень на рівні національних програм боротьби з ТБ є отримання кращих результатів діагностики та лікування при аналогічних витратах та виявлення найбільших бар'єрів в отриманні медичної допомоги [43].

За підтримки Міжнародної фундації боротьби з ТБ (KNCV Tuberculosis Foundation) спільно з ВООЗ та Японською протитуберкульозною асоціацією в 2008 році було розроблено уніфікований підхід до підрахунку витрат пацієнтів, обумовлених ТБ, для уникнення методологічних розбіжностей та врахування особливостей національних програм боротьби з ТБ [17]. А вже у 2017, опубліковано посібник щодо проведення опитування про витрати пацієнтів з ТБ [44]. Ці інструменти не лише дозволяють встановити частку пацієнтів при оплаті послуг, але й оцінити ефективність інтервенцій для їх зменшення [3].

Існує декілька підходів, щоб оцінити збитки завдані хворобою. Широкого застосування набули такі методи, як оцінка людського капіталу – можливі втрати виробництва порівняно з теперішнім часом (Human Capital Method), вивчення готовності платити внаслідок хвороби (Willingness to Pay model), вимірювання зниження продуктивності праці та реабілітації після хвороби (Production Function approach) та підрахунок збитків обумовлених простим виробництвом та непрацездатністю (Friction Cost method) [46, 26].

Одним із найбільш поширених способів оцінки витрат пацієнтів є опитувальники. Однак не завжди у дослідженнях зазначають процедуру проведення опитування, крім того, не всі опитувальники є адаптованими до локальних умов [44]. Іншим недоліком такого підходу є те, що інформація, яку пацієнт повідомляє жодним чином не перевіряється [44,45]. Саме тому останніми роками дослідники все частіше використовують підходи, які базуються на оцінці на основі активів пацієнта. Однак при системному аналізі публікацій, що використовували такі опитувальники було встановлено що понад 90% досліджень не враховували рівень інфляції та коливання курсу валют [2]. Інший важливий аспект – вартість. Для того щоб провести репрезентативне опитування пацієнтів слід залучити суттєві фінансові та людські ресурси [47].

Варто зауважити, що обрахування витрат, пов'язаних саме з діагностикою або лікуванням ТБ є надзвичайно складним завданням, так як більшість дослідників вивчали сукупні кошти, витрачені пацієнтами до встановлення діагнозу, або протягом лікування. Також, не завжди вартість діагностики та лікування окремо диференціюється в пакеті медичних послуг [28, 48, 49].

Дещо інший підхід до підрахунку непрямих витрат у 2001 році визначила Комісія з макроекономіки та здоров'я ВООЗ, запропонувавши враховувати до непрямих збитків, обумовлених хворобою, будь яку втрату благополуччя, зокрема втрати ринкової економіки спричинені захворюванням (виробництва і споживання товарів різного призначення), скорочення тривалості життя та зменшення психологічного благополуччя через біль і страждання [26].

На підставі аналізу даних *European Centre for Disease Prevention and Control* та *EuroStat* у 2014 було отримано наукове підтвердження, що рівень соціального захисту населення зворотно пропорційно корелює із захворюваністю на ТБ ($r=-0.65$; $p=0.0003$), смертністю від ТБ

($r=-0.62$; $p=0.0104$). Особливо це відчутно серед осіб пенсійного віку, які найбільше потребують такої допомоги [50]. Непрямі витрати внаслідок ТБ в Німеччині становили 2313 євро на пацієнта незалежно від результатів тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ), так як МРТБ становили лише 2.1% від загальної кількості пацієнтів [51]. Тому навіть незначна соціальна підтримка на 100\$ була пов'язана зі зниженням випадків захворювання на ТБ на 100 000 населення -1.53% (95% CI -0.28 to -2.79 ; $p=0.0191$), та смертності від всіх форм ТБ на 3.08% (-0.73 to -5.43 ; $p=0.0127$) [50].

Результати зазначених вище досліджень переконливо доводять, що інвестиції в профілактику ТБ можуть суттєво скоротити подальші витрати, обумовлені розвитком активної хвороби та її поширення серед населення. Великою прогалиною є те, що дизайн таких досліджень був поперечним, що не дозволяло вимірювати витрати осіб в процесі лікування та порівнювати їх в часі на різних етапах хвороби [52, 53]. Для отримання якісно нових даних у 2021 році був розроблений інструмент адаптації опитувальників до поздовжніх досліджень витрат пацієнтів з ТБ [3]. Для повноцінного вивчення витрат пацієнтів з ТБ необхідно встановити втрати після завершення лікування, зокрема дослідити вплив залишкових змін на продуктивність та відновлення працездатності після хвороби [3].

Таким чином є нагальна потреба в проведенні міжнародного дослідження довготривалих витрат пацієнтів з ТБ, яке б фокусувалось на макроекономічних втратах для економіки та оцінці вартості ТБ для суспільства.

Щодо компоненту ВІЛ

З метою створення доказової бази для формування політики та соціального супроводу в галузі ВІЛ-інфекції UNAIDS у 2017 році розробила швидкий інструмент для визначення ефективності діючих програм у кожній конкретній країні [54]. Завдяки запропонованому інструменту можна ініціювати перегляд діючих національних програм з метою посилення соціального захисту ЛЖВ, проводити мобілізацію кадрів і ресурсів, реалізовувати дослідження цієї проблематики, валідизувати отримані наукові дані та впроваджувати у практику найбільш ефективні схеми реагування на виклики [54].

Одним із успішних прикладів зменшення витрат пацієнтів та підвищення рівня обізнаності про свій ВІЛ-статус є розробка групою вчених простого опитувальника з 4-х питань, який було валідизовано в Замбії⁷. Опитування дозволяло виявити осіб, які мали вищу вірогідність бути ВІЛ-позитивними та пріоритизувати обмежені ресурси на тестування саме цієї категорії підлітків. Інструмент національної оцінки витрат на СНІД був використаний в Китаї для оцінки загальних витрат (приватних, державних та міжнародних) для підрахунку коштів, сплачених на рівні системи охорони здоров'я та інших секторах (соціальний захист, працевлаштування, освіта та юрисдикція) [55].

Слід зазначити, що оцінити власні витрати пацієнтів з ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я можна як прямим способом (підраховуючи реальні витрати за певні послуги чи ліки) так і опосередковано, аналізуючи реальну вартість цих послуг чи ліків в країні та порівнюючи виділене фінансування за допомогою спеціально розроблених *Інструменту Оцінки спроможності країни для надання допомоги ВІЛ-інфікованим* [56] або *Інструменту оцінки дефіциту фінансування та зменшення шкоди* [57]. Згадані вище інструменти є ефективними засобами адвокації щодо вибору оптимальної стратегії надання послуг та наближення медичної допомоги до пріоритетних груп населення.

Зазвичай використовують один або кілька з чотирьох різних підходів до оцінки власних витрат домогосподарства на здоров'я:

- 1) прямий розрахунок на підставі оцінки даних, отриманих за результатами опитувань витрат домогосподарств;

⁷ <https://www.avert.org/news/new-screening-tool-offers-cost-effective-way-diagnose-more-hiv-positive-adolescents>

- 2) непрямий розрахунок на основі оцінки даних, отриманих за результатами опитування домогосподарств при визначенні їх споживчих витрат;
- 3) непряма оцінка витрат шляхом тріангуляції та інтеграції різних даних, таких як опитування домогосподарств та підприємств;
- 4) непряма оцінка витрат домогосподарств шляхом аналізу національних (казначейських) рахунків [58].

У кожній країні напрацьовано власний механізм для оцінки витрат пацієнтів на рівні системи охорони здоров'я. Так в Канаді, витрати пацієнтів оцінюються шляхом аналізу звітів продажів фармацевтичних мереж та виробників ліків. В Данії таку інформацію отримують із національного Статистичного Реєстру Медичних Продуктів, що автоматично відслідковує продажі кожного виробу медичного призначення [58].

Незважаючи на те, що використання опитувальників є найпоширенішою практикою визначення витрат пацієнтів – цей метод має багато недоліків. Основною проблемою є репрезентативність вибірки (часто не включає пацієнтів, що перебувають в пенітенціарних закладах, інтернатах тощо) та неможливість ретроспективно відтворити дані через втрату інформації або бажання респондентів скоротити час опитування, надаючи недостовірну інформацію [58].

Для уникнення методологічних розбіжностей при підрахунку ВІЛ-асоційованих витрат пацієнтів та врахування особливостей національних програм боротьби з ВІЛ рекомендовано розмежовувати різні компоненти у структурі витрат [58]. Основними складовими є вартість оплати візитів до державних медичних закладів, розмір неформальних платежів у цих закладах, оплата амбулаторних консультацій, вартість консультацій у приватних клініках, вартість медикаментів, вартість превентивної терапії, вартість відшкодування страхових виплат [58].

Таким чином є нагальна потреба в розробці уніфікованих підходів для оцінки ВІЛ-асоційованих витрат, адаптованих до національних реалій для отримання даних про ефективність національних та глобальних програм протидії ВІЛ/СНІД та виявлення найбільших бар'єрів в отриманні якісної медичної допомоги ЛЖВ.

1.3. Аналіз наявних публікацій та звітів досліджень щодо витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я в Україні

Щодо компоненту ТБ

У 2020 році за даними Центру громадського здоров'я [59] в Україні від ТБ померло понад 3400 осіб, що призвело до непрямих економічних збитків на понад 12 000 000\$ [60]. Україна отримує чимале фінансування від міжнародних партнерів для розбудови пацієнт-орієнтовної моделі медичної допомоги хворим на ТБ. Тим не менше бідність та корупція залишаються одними з ключових факторів поширення ТБ, за рахунок неефективного використання коштів, виділених на охорону здоров'я та системних бар'єрів для пацієнтів на шляху до ранньої діагностики та завершення лікування ТБ [5, 61]. Під час проведення оцінки реалізації проекту Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією (ГФ) були виявлені наступні недоліки щодо надання медико-соціального супроводу пацієнтам: супроводом охоплювалися пацієнти, в яких були відсутні фактори ризику відриву від лікування, не враховувались індивідуальні потреби пацієнта, відсутність контрольованого лікування ТБ у вихідні і святкові дні, недостатня координація між протитуберкульозними закладами та надавачами ДОТ-послуг [5]. З іншого боку, брак фінансування та ігнорування витрат пацієнтів з ТБ призводили до перерви та невдачі лікування, особливо серед найбільш вразливих груп населення (безхатьки, споживачі наркотиків), що сприяло поширенню медикаментозно стійких форм ТБ [62,61].

На думку 69,1% респондентів у ході загальнонаціонального опитування, проведеного 2017 р. Фондом «Демократичні ініціативи» ім. Ілька Кучеріва та фірмою Ukrainian Sociology Service,

оплата за медичні послуги, які є безоплатними та гарантуються державою є проявом корупції у сфері охорони здоров'я.⁸ Відповідно до спільного звіту ВООЗ та Світового банку «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019» витрати «з кишень» пацієнтів були значно вищими, ніж в інших країнах із подібним рівнем доходу [12]. За період з 2010 по 2015 роки частота виплат «з кишені» пацієнтів, що призводять до зубожіння, зросла з 7,6% домогосподарств до 9,0%, тоді як частота катастрофічних виплат «з кишені» пацієнтів зросла з 11,5% до 14,5%. Найбільше власних коштів пацієнти з ТБ витрачали на лікарські засоби та забезпечення стаціонарного лікування [12].

Ганебним явищем в Україні залишаються неформальні платежі пацієнтів за те, щоб їх раніше відпустили додому з протитуберкульозного стаціонару або видали ліки для контрольованого амбулаторного лікування на більший термін [63, 64]. Беззаперечно, амбулаторна модель лікування є економічно вигіднішою та не поступається ефективністю стаціонарному лікуванню, в той же час суттєво зменшує непрямі витрати пацієнтів, адже принаймні частина з них може продовжувати працювати (у випадку самозайнятості, відсутності бактеріовиділення) та харчуватись в домашніх умовах [63]. Завдяки вивченню бар'єрів лікування ТБ в Україні було встановлено, що пацієнти з поганим матеріальним становищем, безпритульні та особи у складних життєвих обставинах віддавали перевагу стаціонарному лікуванню, оскільки не мали можливості оплачувати проїзд для щоденного відвідування медпрацівника для контролю лікування, а також забезпечити необхідне харчування та побутові умови [64].

На подолання ВІЛ та ТБ у 2021-2023 роках Україна спромоглась залучити 134 млн доларів США у рамках нової програми ГФ, проте перехід до фінансування медичної допомоги хворим на ТБ через Програму фінансових гарантій (НСЗУ) виявився проблематичним через відсутність координації МОЗ та власників комунальних некомерційних підприємств щодо оптимізації мережі протитуберкульозних стаціонарів [65]. Надання пріоритету амбулаторному лікуванню ТБ перетворило соціально-психологічну підтримку пацієнтів на додаткову послугу, покликану сприяти прихильності до прийому протитуберкульозних препаратів протягом всього курсу [65]. При оцінці впливу стратегії соціальної підтримки на результати лікування було встановлено, що основними перешкодами дотримання режиму амбулаторного лікування ТБ пацієнти вважали слабкість та побічні ефекти лікарських препаратів; щоденні витрати часу для отримання препаратів у медичних закладах та їх графік роботи; почуття страху перед повторним зараженням іншими штамами МБТ; стигматизація та витрати на проїзд [65].

Соціальний супровід осіб, яких торкнулась проблема ТБ, здатний усунути більшість матеріальних тригерів перерви антимікобактеріальної терапії та збільшити мотивацію для завершення курсу лікування. Вартість пакету підтримки становила приблизно 40\$ (фактичні витрати на надання послуг) на пацієнта на місяць, але в більшості випадків була стандартизованою, ігнорувала індивідуальні потреби та не включала витрати **власних коштів пацієнтів** [66].

Однією із першопричин витрат пацієнтів на діагностику та лікування ТБ в Україні є неефективний менеджмент та логістика діагностичного процесу, багаторічне ігнорування адміністраціями лікувальних закладів потреб персоналу та відсутність фінансового обґрунтування тарифів.

Таким чином, першочерговим завданням для усунення економічних перепон отримання медичної допомоги особами, яких торкнулась проблема ТБ є налагодження координації між соціальними службами, НУО та медичними закладами України. Впровадження, орієнтованого на потреби пацієнтів, соціального супроводу, міжнародного досвіду паліативної допомоги, медичної реабілітації та реінтеграції в суспільство дозволить зменшити існуючі витрати пацієнтів та поліпшити результати лікування ТБ.

⁸ Загальнонаціональне опитування населення України

<https://dif.org.ua/uploads/pdf/124566465159f84c994fa234.51406885.pdf>

Щодо компоненту ВІЛ

Протидія ВІЛ/СНІДу в Україні є одним із ключових напрямів державної політики у сфері охорони здоров'я, незважаючи на це показники поширеності ВІЛ залишаються найвищими серед країн Центральної Європи та Східної Азії⁹. Згідно даних Центру громадського здоров'я МОЗ України про свій позитивний статус не знає кожен третій ВІЛ-інфікований, що обумовлює низький рівень звернень до медичних закладів та пояснює високий відсоток позитивних результатів серед первинних донорів крові.

Відповідно до даних Національного агентства з питань запобігання корупції (НАЗК), 57% українців, які звертались за медичною допомогою до лікувальних закладів, стикалися з корупційними бар'єрами [67], що можуть проявлятися у необхідності грошової «подяки» для отримання першочергового доступу до послуги з діагностики чи лікування або пропозиції лікаря придбати частину медикаментів у конкретному місці, нібито скориставшись наданою знижкою [68].

Однією із першопричин витрат пацієнтів на діагностику та лікування ТБ та ВІЛ в Україні є бюрократичні перепони. При визначенні рівня доступу внутрішньо переміщених осіб та учасників антитерористичної операції до виявлення ТБ в столиці України було встановлено, що через обмеженість інформації та відсутність медичних документів такі особи не могли стати на облік у відповідний заклад охорони здоров'я, що призводило до неможливості отримати медикаменти і консультації спеціалістів [69]. Завдяки оцінці поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації було виявлено, що швидке тестування на ВІЛ є однією з найменш поширених послуг, що в 78-79% випадків було обумовлено відсутністю пропозиції обстеження від сімейного лікаря [70].

Таким чином, першочерговим завданням для усунення економічних перепон отримання медичної допомоги ЛЖВ та особам з високим ризиком інфікування ВІЛ є налагодження координації між соціальними службами, громадським сектором та медичними закладами незалежно від форм власності та сфери підпорядкування.

1.4. Аналіз законодавчих актів, що регулюють витрати пацієнтів з ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я в Україні

Щодо компоненту ТБ

Засади державної політики в Україні стосовно ТБ регулюються законами України, постановами Кабінету Міністрів України (КМУ), наказами МОЗ України та нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади [65]. Законодавство України у сфері протидії поширенню ТБ складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про ратифікацію Угоди про позику (Проект "Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні") між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку», інших підзаконних актів, прийнятих відповідно до них.

Право на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах закріплено в ч. 3 ст. 49 Конституції України. Конституційний Суд України розтлумачив, що плата не повинна стягуватись незалежно від обсягу медичної допомоги, визнаючи неправомірним існування добровільних внесків чи обов'язкових страхових платежів тощо. Державні інституції зобов'язані проводити ефективну політику фінансування охорони здоров'я з метою задоволення потреб і усунення фінансових перешкод для скорочення оплачуваних з власних коштів витрат і забезпечення захисту від важких фінансових наслідків громадян України протягом усього життя

⁹ Центр громадського здоров'я МОЗ України <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/vilsnid>

[71]. Витрати системи охорони здоров'я є також витратами пацієнтів, адже вони формуються з податків та рентних плат щодо користування природними надрами.

З метою зменшення витрат пацієнтів Стратегією забезпечення сталої відповіді на епідемії ТБ та ВІЛ на період до 2020 р., схваленою КМУ у 2017 році, було передбачено удосконалення організації та надання медичної допомоги і соціальних послуг шляхом посилення міжвідомчої взаємодії між МОЗ, МВС, Мінсоцполітики, МОН, Мінмолодьспорту і Мін'юсту [72]. Лише ґрунтовний аналіз прогалин законодавства та злагоджена робота різних урядових та неурядових організацій могли забезпечити безперервність надання медичної та соціальної допомоги для сімей, які перебувають у складних життєвих обставинах, спричинених захворюванням на ТБ [13]. Проте чимало планів не вдалось реалізувати, а деякі проблеми пацієнтів навіть поглибились в контексті реформування системи охорони здоров'я. Тому Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу розробила нову «Стратегію з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 року», а КМУ, своїм розпорядженням від 18 листопада 2020 р. № 1463-р, затвердив новий план заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020–2023 роки. Також КМУ від 27 листопада 2019 року схвалив «Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» [73, 74].

Без зміни існуючих підходів до протидії захворюванню на ТБ неможливо досягнути суттєвого прогресу в зменшенні витрат пацієнтів. В 2020 році вперше було проведено Національний Діалог щодо спільних дій державних інституцій та організацій громадянського суспільства, включаючи спільноту людей, яких торкнулась проблема туберкульозу, у подоланні бар'єрів на шляху до якісних медичних та соціальних послуг з лікування туберкульозу в рамках переходу від донорського фінансування на державне [14]. Введення капітаційної ставки за кожного пацієнта, з яким підписано декларацію про медичне обслуговування покладає на заклади первинної медичної допомоги низку зобов'язань щодо якості, вчасності та обсягу надання медичних послуг. Проте згідно дослідження 2018 року понад 55% лікарів первинної ланки допомоги не готові надавати медичну допомогу хворим на ТБ через страх та упереджене ставлення [75].

Для наближення медичної допомоги до пацієнта, зменшення фінансових бар'єрів, обумовлених ТБ, та додаткової мотивації медичного персоналу первинної ланки медичної допомоги у 2021 році НСЗУ розробило пакет «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги». Тариф на супровід і лікування, на первинному рівні медичної допомоги становить 775 гривень за 1 пацієнта в місяць¹⁰. До тарифу встановлюються подвійні коригувальні коефіцієнти, які стимулюють ефективне лікування за місяць, в якому пацієнт досяг результату “вилікуваний” або «лікування завершено». Щоб отримати таку допомогу безоплатно, пацієнт повинен мати електронне направлення з відповідним діагнозом, видане лікарем-фтизіатром. Крім того, можлива додаткова розробка системи місцевих стимулів для підвищення мотивації медичного персоналу за індикаторами якості надання медичної допомоги та визначення можливості застосування існуючої нині системи доплат медичному персоналу за раннє виявлення ТБ (керуючись положеннями Постанови Кабінету Міністрів 977 від 30.12.2013 р «Деякі питання оплати праці медичних працівників, що надають первинну медичну допомогу»).

Значну частку у структурі витрат госпіталізованих пацієнтів з ТБ займає харчування. Кожна людина, якої торкнулася епідемія туберкульозу, має право на адекватне харчування і на свободу від голоду і недоїдання [14]. Стаття 15 Закону України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» прямо передбачає право на належне харчування. Під час стаціонарного лікування

¹⁰ <https://nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2021>

харчування пацієнтів у комунальних закладах компенсують місцеві бюджети, тоді як амбулаторне лікування не передбачає таких виплат. Можливим рішенням є перегляд відповідної постанови Кабінету Міністрів №1752 від 27.12.2001 р. із внесенням змін до тарифу медичних послуг в пакетах медичних гарантій із зазначенням вартості харчування.

Зменшення витрат пацієнтів з ТБ не обов'язково потребує мобілізації коштів з національного бюджету чи залучення підтримки міжнародних донорів. Надзвичайно важливо адвокатувати якнайшвидше усунення існуючих прогалин в законодавстві. Зокрема, досі не розроблено алгоритму дій для забезпечення доступу до медичної допомоги пацієнтів, які не мають документів. Люди, яких торкнулась проблема ТБ, мають бути включені в перелік осіб, що мають право на безкоштовну правову допомогу. [76, 77, 78, 79]. Такі заходи допомогли б уникнути потрапляння у «пастку медичної бідності» - коли витрати ростуть, а прибутки зменшуються [80].

Завдяки проведеній оцінці правового середовища щодо ТБ в Україні, було встановлено, що численні прогалини в законодавстві дозволяють уникати покарання за порушення прав пацієнтів на безкоштовну медичну допомогу, а самі нормативні акти потребують чіткого контролю за їх виконанням. Впровадження пацієнт-орієнтованих моделей надання медико-соціальної допомоги здатне суттєво скоротити витрати пацієнтів з ТБ та зменшити їх стигматизацію з боку суспільства.

Щодо компоненту ВІЛ

Зростаюча політична прихильність уряду до протидії епідемії ВІЛ відображається у збільшенні державного фінансування, зокрема у 2019 році Міністерство фінансів України затвердило зміни до паспорту бюджетної програми «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру» та погодило 83 млн грн на фінансування послуг з супроводу та профілактики ВІЛ¹¹. Таким чином Україна стала першою серед країн Східної Європи та Центральної Азії, яка фінансуватиме такі послуги не за кошти міжнародних донорів.

Засади державної політики в Україні у сфері ВІЛ регулюються законами України, Указами Президента, постановами Верховної Ради України, постановами та розпорядженнями Кабінету Міністрів України (КМУ), наказами МОЗ України та нормативними актами інших центральних органів виконавчої влади [81]. Законодавство України у сфері протидії поширенню ВІЛ складається з Основ законодавства України про охорону здоров'я, законів України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», «Про захист населення від інфекційних хвороб», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про донорство крові та її компонентів», «Про ратифікацію Угоди про позику (Проект «Контроль за туберкульозом та ВІЛ/СНІДом в Україні») між Україною та Міжнародним банком реконструкції та розвитку» та інших підзаконних актів, прийнятих відповідно до них [81, 82].

З метою зменшення витрат пацієнтів Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу розробила нову «Стратегію з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 року» [83]. Відповідно до цієї стратегії КМУ схвалив (розпорядження від 27 листопада 2019 року) «Державну стратегію у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» та оприлюднив для громадського обговорення проект плану заходів на 2021–2023 роки щодо реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року [82, 83, 84].

Однією з ключових проблем є правова незахищеність ЛЖВ та дискримінаційний доступ до

¹¹ ЦГЗ МОЗ України <https://phc.org.ua/news/finansuvannya-poslug-z-profilaktiki-ta-suprovodu-vil-stalo-dostupne-za-koshti-derzhbyudzhetu>

послуг в різних галузях суспільного життя [85]. Хоча діючим законодавством передбачено відшкодування збитків, пов'язаних з обмеженням прав ЛЖВ, яке мало місце внаслідок розголошення інформації про факт зараження цих осіб ВІЛ, проте на практиці самі медичні працівники часто є джерелом поширення конфіденційної інформації, обґрунтовуючи це виробничою необхідністю для зменшення ризику серед медичного персоналу [86]. Порушення прав пацієнтів створює додаткові фінансові ризики, адже віддаляє можливість здобуття якісної освіти, соціальної адаптації та відповідно матеріального благополуччя. Враховуючи поширену гендерну нерівність на ринку праці України, ВІЛ-позитивні жінки мають подвійну дискримінацію через стать та ВІЛ-статус [68].

Завдяки проведеній оцінці нормативної бази в сфері ВІЛ в Україні, було встановлено, що існуючі прогалини щодо контролю за дотриманням законодавства роблять родини ЛЖВ біднішими. Адвокація належного фінансування пацієнт-орієнтованих моделей щодо надання послуг з консультування, профілактики, діагностики, лікування та соціального супроводу здатна суттєво скоротити власні витрати ЛЖВ та зменшити їх стигматизацію серед української громадськості.

Державні інституції зобов'язані забезпечувати право громадян України на безоплатну медичну допомогу в державних та комунальних закладах, усуваючи фінансові перешкоди та усвідомлюючи неправомірність оплачуваних з власних коштів витрат [82].

Для ЛЖВ також важливо адвокатувати усунення існуючих прогалин в законодавстві, зокрема, досі не розроблено алгоритму дій для забезпечення доступу до медичної допомоги пацієнтів, які не мають документів. ЛЖВ повинні бути включені в перелік осіб, що мають право на безкоштовну правову допомогу.

ВИСНОВКИ ДО РОЗДІЛУ 1

Щодо компоненту ТБ:

- Туберкульоз робить сім'ї біднішими, незважаючи на соціальний статус, місце проживання та клінічні характеристики захворювання.
- Профілактика, раннє виявлення та доступне лікування ТБ є найкращою стратегією для зменшення економічного тягаря цієї хвороби для суспільства.
- При розрахунковій оцінці вартості пакету медичних послуг слід враховувати прямі та непрямі витрати пацієнтів, а не лише провайдерів таких послуг, а також можливі наслідки в разі поширення ТБ при неналежному виявленні чи неефективному лікуванні.
- Дослідження витрат населення є рушійним інструментом для впливу на політики уряду щодо покращення доступності медичних послуг та зменшення витрат осіб, яких торнулася проблема ТБ.
- Орієнтована на індивідуальні потреби пацієнтів соціальна підтримка є ефективною стратегією зменшення рівня переривання лікування та підвищення якості життя пацієнтів з туберкульозом.
- Основні зусилля національної та регіональних програм протидії ТБ мають фокусуватись на комплексній підтримці пацієнтів та заохоченні їх звернення до сімейних лікарів, ще на етапі появи симптомів, що можуть бути ознаками ТБ, викорінивши страх та стигму у комунікації між медичними працівниками та пацієнтами.

Щодо компоненту ВІЛ:

- Дослідження з мінімізації витрат ЛЖВ не повинні ставити під загрозу безпечність, ефективність або якість інформації, що надається особам з ВІЛ.
- Міжнародні зусилля мають бути спрямовані на зменшення частоти катастрофічних витрат обумовлених ВІЛ у світі та наближення медичної допомоги до ключових груп населення.
- Підвищення охоплення лабораторним моніторингом ефективності призначеного лікування із визначенням рівня CD₄ клітин та вірусного навантаження, а також вчасна корекція АРТ із використанням препаратів другого ряду є найкращою стратегією для зменшення економічного тягаря ВІЛ у суспільстві.
- При розрахунковій оцінці вартості пакету медичних послуг слід враховувати прямі та непрямі витрати пацієнтів, а не лише провайдерів таких послуг, а також можливі наслідки прискорення поширення ВІЛ при неналежному фінансуванні заходів зі зменшення ризикованої поведінки серед ключових груп.
- Дослідження власних витрат пацієнтів з ВІЛ є рушійним інструментом для впливу на політики уряду щодо покращення доступності медичних послуг та зменшення фінансових перепон для ЛЖВ.
- Для забезпечення ефективної протидії поширенню ВІЛ-інфекції необхідно спрямувати зусилля національної та регіональних програм на ліквідацію стигми на рівні первинної ланки медичної допомоги, комплексну підтримку ЛЖВ та надання консультативної допомоги особам з позитивним статусом для сприяння їх працевлаштуванню.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ТБ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

2.1. Соціально-демографічні, поведінкові та клінічні характеристики учасників дослідження

В рамках анкетування з 15.09.2021 по 23.01.2022 було опитано 600 осіб, які відповідали критеріям включення в дослідження. Серед них 585 (97,5%) респондентів були пацієнтами, в той час як 15 (2,5%) були опікунами пацієнтів, щодо яких вони надавали інформацію при анкетуванні.

Середній вік пацієнтів становив Me (IQR) (медіана, міжквартильний інтервал) 41,00 (IQR 16) рік, серед них 380 (68,3%) чоловіків та 220 жінок (36,7%). Географія дослідження включає сім областей України, які обиралися за показниками захворюваності на ТБ, а також регіональних квот щодо респондентів з урахуванням географічного розташування (таблиця 2.1.1).

Таблиця 2.1.1 Регіональний розподіл опитаних пацієнтів

Область	Кількість	%
Дніпропетровська	145	24,2
Львівська	71	11,8
Одеська	146	24,3
Харківська	82	13,7
Київська	52	8,7
Чернігівська	31	5,2
Донецька	73	12,2
Загалом	600	100,0

Найбільше респондентів проживало в міській місцевості, включаючи селища міського типу (див. табл. 2.1.2).

Таблиця 2.1.2 Розподіл респондентів за типом населеного пункту

	Кількість	%
Міські мешканці	433	72,2
Сільські мешканці	167	27,8
Загалом	600	100,0

Таблиця 2.1.3 наочно демонструє проблеми із виявленням хворих на туберкульоз в Україні, адже 2/3 пацієнтів зверталась із симптомами ТБ до закладів третинного рівня. Такий підхід збільшує витрати спеціалізованих фтизіопульмонологічних закладів на проведення скринінгу ТБ та підтверджує низьку якість дотримання формальних маршрутів для верифікації діагнозу ТБ закладами первинного та вторинного рівня.

Крім того, поширеним явищем залишається відсутність документального підтвердження проведеного анкетування сімейними лікарями для виявлення людей, які потребують обстеження на ТБ (анкетування не проводиться або заповнені анкети не зберігаються у медичній документації) та незабезпечення транспортування мокротиння до лабораторії з мікробіологічної діагностики ТБ, що суттєво відтерміновує верифікацію діагнозу ТБ. Особливо негативно це відображається на ранньому виявленні ТБ серед сільського населення, які обмежені у доступі до медичної допомоги за місцем проживання.

Таблиця 2.1.3 Узагальнений розподіл закладів охорони здоров'я, до яких звертались опитані пацієнти із симптомами туберкульозу

		Кількість	%
Заклади первинного рівня	Сімейна амбулаторія	8	1,3
	ЦПМСД	2	0,3
Заклади вторинного рівня	Медичний центр	1	0,2
	Міська лікарня	11	1,8
	Міська поліклініка	2	0,3
	Приватний кабінет	2	0,3
	Районна лікарня	23	3,8
	Районна поліклініка	5	0,8
	ТБ кабінет	10	1,7
	Центральна районна лікарня	76	14,5
	Поліклініка	14	2,3
Заклади третинного рівня	Обласна лікарня	2	0,3
Високоспеціалізовані заклади фтизіо-пульмонологічного профілю	Поліклініка центру легеневого здоров'я	13	2,2
	Протитуберкульозний диспансер	395	65,8
	Центр легеневого здоров'я	13	2,1
	Центр соціально значущих захворювань	23	3,8
Загалом		600	100,0

Клінічні характеристики вибірки дослідження представлені у таблиці 2.1.4. Таблиця наочно ілюструє відносно більшу частоту стаціонарного лікування серед випадків медикаментозно стійкого туберкульозу, що обумовлено гіршою переносимістю ліків та необхідністю отримання результатів тесту медикаментозної чутливості (ТМЧ) із подальшою корекцією схеми лікування.

Слід зауважити, що при визначенні випадку чутливого до медикаментів ТБ враховано діючий алгоритм визначення чутливості МБТ до протитуберкульозних препаратів, якщо методом ХpertMtbRIF – стійкості до рифампіцину не вивлено, виконують ТМЧ лише до препаратів першого ряду (ізоніазид (H), рифампіцин(R) , етамбутол(E) та піразинамід (Z)).

Серед 308 пацієнтів із чутливим ТБ, 167 (54,2%) були госпіталізовані в протитуберкульозний стаціонар, в той час як медикаментозно стійкий ТБ супроводжувався госпіталізацією у 236 (80.8%) випадках. Було виявлено значиму асоціацію між стійкістю до протитуберкульозних препаратів та госпіталізацією (Pearson Chi-Square $\chi^2= 48.10$, $p < .001$).

Таблиця 2.1.4 Клінічні характеристики випадків ТБ серед респондентів

ТИП ВИПАДКУ ТБ		ЛОКАЛІЗАЦІЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ПРОЦЕСУ	ЛІКУВАННЯ, N		
			Амбулаторне		Стаціонарне
			із соціальним супроводом	без супроводу	
ЧУТЛИВИЙ N=308	Новий	легенева	109	89	27
		позалегенева	14	7	5
		змішана	4	6	3
	Повторне лікування	легенева	28	15	10
		позалегенева	2	0	2
		змішана	0	1	0
МЕДИКАМЕН- ТОЗНО СТІЙКИЙ N=292	Новий	легенева	78	24	31
		позалегенева	4	1	0
		змішана	7	0	1
	Повторне лікування	легенева	76	29	32
		позалегенева	1	0	0
		змішана	5	0	3

Дані щодо тривалості інтенсивної та підтримуючої фази лікування були проаналізовані через призму розуміння негативного впливу пандемічних обмежень щодо контактів пацієнтів із медичними працівниками. Слід зауважити, що відповіді пацієнтів та медичних працівників суттєво відрізнялись стосовно тривалості та фази лікування, що свідчить про недоліки комунікації та певне нерозуміння один одного серед учасниками лікувального процесу.

Для статистичного аналізу були використані відповіді пацієнтів, що відображають низьку поінформованість пацієнтів щодо тривалості лікування та продовження використання застарілих підходів із поділом лікування на інтенсивну та підтримуючу фази навіть при використанні пероральних режимів лікування Риф/МРТБ випадків (рис. 2.1.1 -2.1.4).

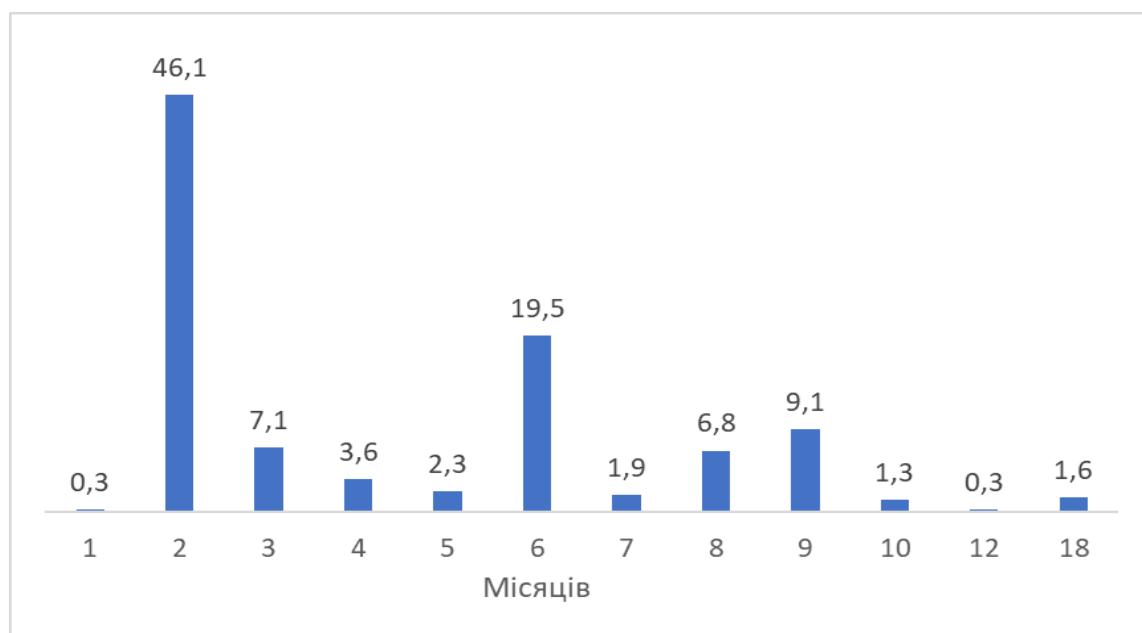


Рис. 2.1.1 Тривалість запланованої інтенсивної фази лікування згідно відповідей пацієнтів із чутливим ТБ, % (n=308)

Як прослідковується із відповідей пацієнтів, лише менша половина респондентів із випадками чутливого ТБ чітко усвідомлюють терміни інтенсивної та підтримуючої фази лікування - 142 (46,1%) та 147 (47,7%) пацієнтів відповідно. Більшість опитаних хворих на чутливий ТБ суттєво переоцінює тривалість лікування, також високою була частка пацієнтів, які вважали коротшою тривалість підтримуючої фази – все це безумовно має вплив на планування та структуру їх витрат.

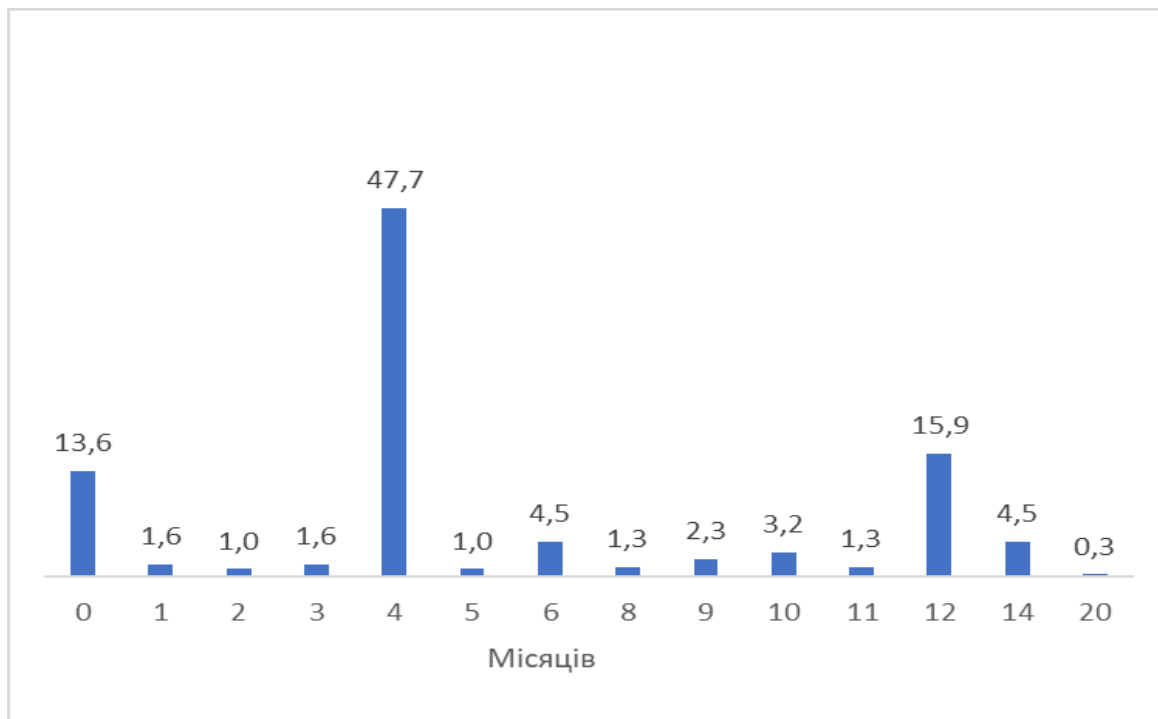


Рис. 2.1.2 Тривалість запланованої підтримуючої фази лікування згідно відповідей пацієнтів із чутливим ТБ, % (n=308)

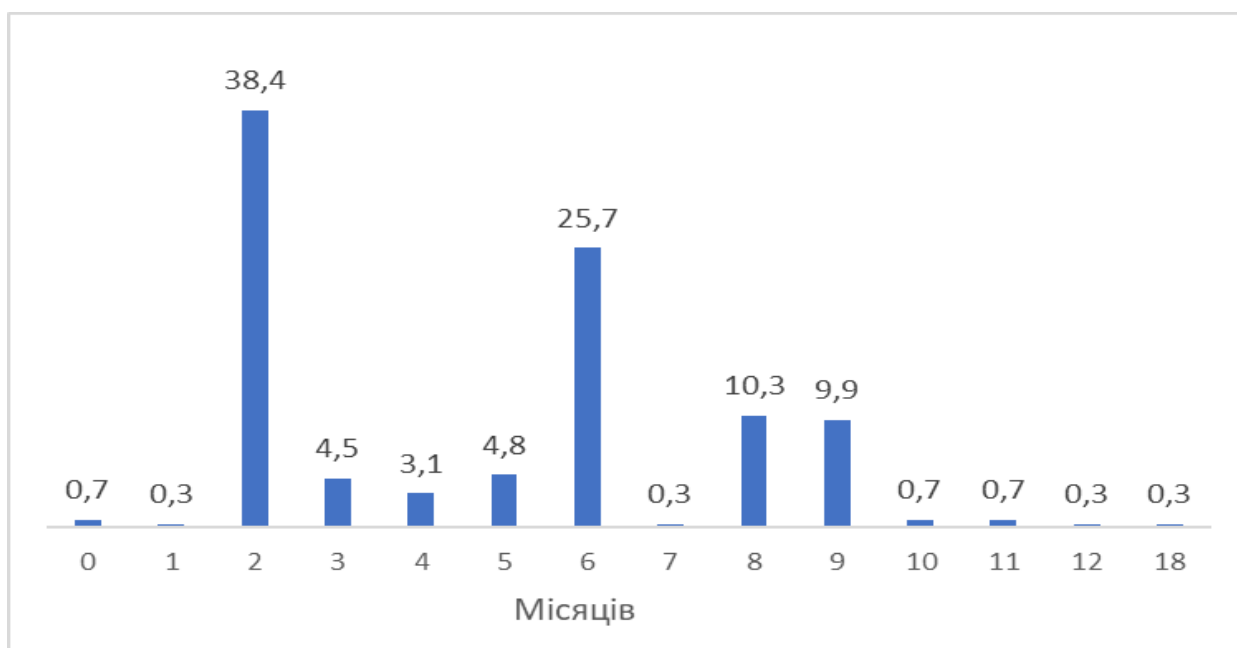


Рис. 2.1.3 Тривалість запланованої інтенсивної фази лікування згідно відповідей пацієнтів із медикаментозно стійким ТБ, % (n=292)

Пацієнти з медикаментозно стійким ТБ, як видно з рис. 2.1.3-2.1.4 навпаки суттєво недооцінюють тривалість лікування, так лише 30 (10,3%) респондентів вважали, що тривалість інтенсивної фази протягом 8 місяців.

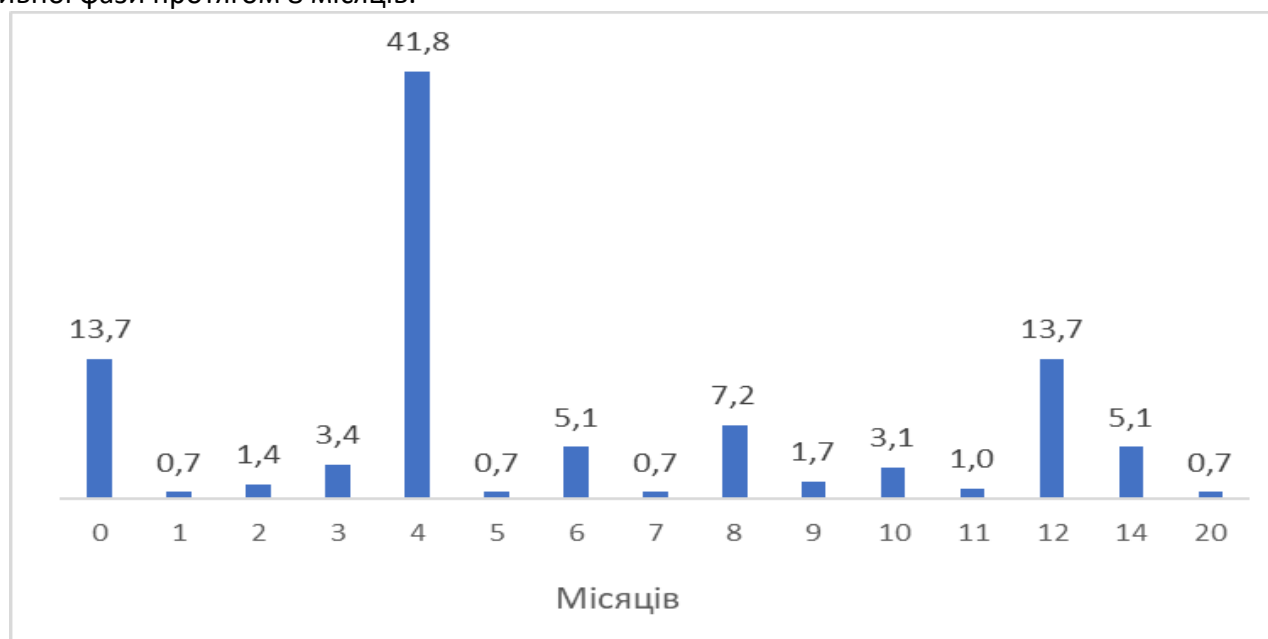


Рис. 2.1.4 Тривалість запланованої підтримуючої фази лікування згідно відповідей пацієнтів із медикаментозно стійким ТБ, % (n=292)

Така ж тенденція із підтримуючою фазою лікування, стандартизована тривалість становить 10-12 міс, тоді як лише 52 (17,8%) респонденти так вважали, тоді як більшість хворих із підтвердженою резистентністю до протитуберкульозних препаратів сподівалась завершити лікування раніше.

Найпоширенішими факторами ризику ТБ серед респондентів були бідність, безробіття, ко-інфекція ВІЛ, контакт з хворим на ТБ, вживання алкоголю та наркотичних речовин. За результатами порівняльного аналізу відсоткового співвідношення основних факторів ризику серед пацієнтів із чутливим та медикаментозно стійким ТБ із використанням Mann-Whitney U Test для кількісних результатів з асиметричним розподілом—статистично значимих відмінностей не виявлено (p=1)

Таким чином, детальний аналіз популяції дослідження, висвітлення соціальних детермінант та врахування медичних факторів захворювання на ТБ дозволить краще зрозуміти причини витрат пацієнтів та виявити шляхи для їх усунення.

Таблиця 2.1.5 Основні фактори ризику* серед респондентів

ТИП ВИПАДКУ ТБ		ВІЛ*	Контакт ТБ	Контакт з SiO2	Медичні працівники	Фіброзні зміни в легенях	Імуносупресивні стани	Алкоголь/наркотики	Мігранти/ВПО	Військовослужбовці	Життя за межею бідності	Безпритульні	Перебування або робота в пенітенціарній системі	Безробіття	p-value
ЧУТЛИВИЙ N=308	n	74	45	11	3	9	2	52	3	3	91	6	2	32	1
	%	24,0	14,6	3,6	1,0	2,9	0,6	16,9	1,0	1,0	29,5	1,9	0,6	10,4	
МЕДИКАМЕНТОЗНО СТІЙКИЙ N=292	n	75	48	2	3	2	12	50	1	3	88	11	5	30	
	%	26,7	16,4	0,7	1,0	0,7	4,1	17,1	0,3	1,0	30,1	3,8	1,7	10,3	

*Один пацієнт може мати декілька факторів ризику

*ВІЛ статус було враховано на підставі записів в медичній документації.

ВПО – внутрішньо переміщені особи.

2. 2. Власні витрати пацієнтів до поточного лікування ТБ

2.2.1 Власні медичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ТБ

Як видно із відповідей респондентів (табл. 2.2.1), найчастіше (30.5%) ТБ виявляли при госпіталізації пацієнтів із підозрою на іншу хворобу, що безпосередньо свідчить про втрату часу та коштів на лікування інших нозологій. З іншого боку це вказує на приховані шляхи поширення ТБ, адже дослідження контактних осіб та превентивне лікування серед інших госпіталізованих, як правило, не проводиться. Майже 20% респондентів вказали на 3 та більше звернень до закладів охорони здоров'я від початку симптомів ТБ до верифікації діагнозу. Лише в третині випадків ТБ було виявлено при медогляді.

Таблиця 2.2.1 Ефективність звернень до медичних закладів після появи симптомів туберкульозу

	Кількість Респондентів	%
Одне або більше звернень	238	39,7
ТБ було виявлено під час медогляду	179	29,8
ТБ було виявлено під час госпіталізації з підозрою на іншу хворобу	183	30,5
Всього	600	100,0

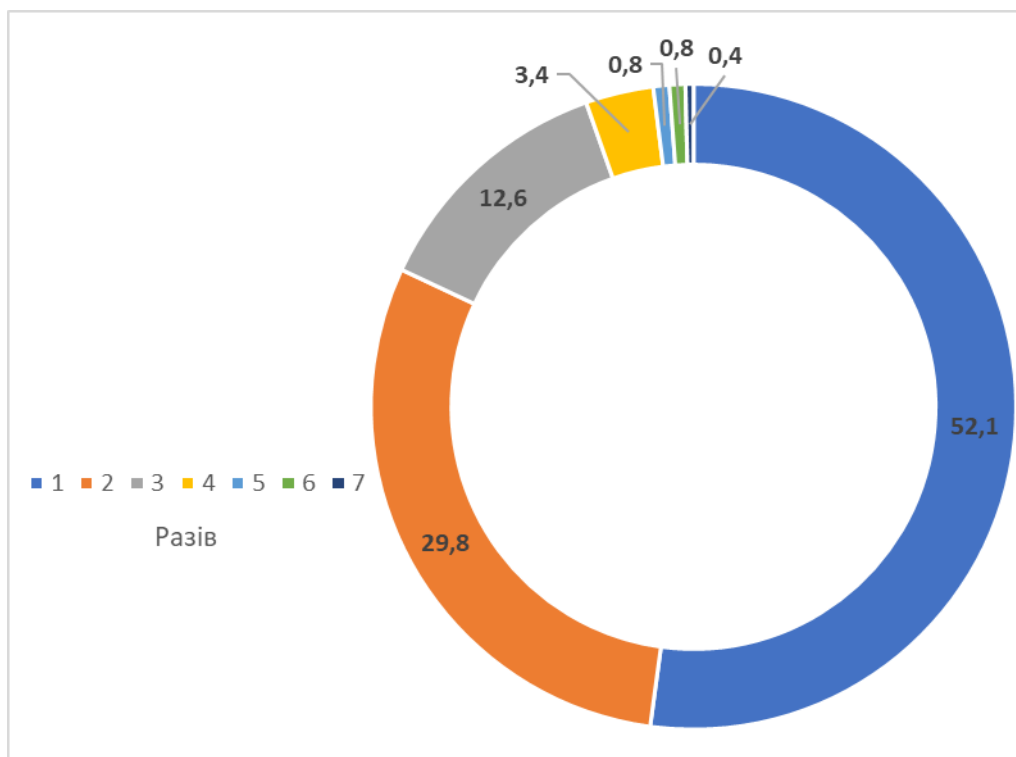


Рис. 2.2.1 Розподіл пацієнтів за кількістю звернень в заклади охорони здоров'я після появи симптомів ТБ

При виникненні симптомів, обумовлених ТБ, лікарям не відразу вдається запідозрити та встановити вірний діагноз. Серед тих, хто звертався за медичною допомогою, найбільша частка (52,0%) відвідувала заклади саме первинної медико-санітарної допомоги. Затримка діагностики спонукає пацієнтів до повторних звернень за медичною допомогою в пошуках альтернативних діагнозів або спричиняє додаткові витрати на самолікування (рис. 2.2.1), що призводить до

пропуску робочих днів/годин, очікування в чергах, більш тривалої непрацездатності (через неможливість виконувати посадові обов'язки, в тому числі через контагіозність), втрати роботи, втрати часу на пошук нової роботи; скорочення домашньої діяльності (або заміни домашньої роботи іншим членом домогосподарства); пропуску роботи для опікуна (у разі хвороби неповнолітньої особи, або особи, що потребує стороннього догляду) тощо.

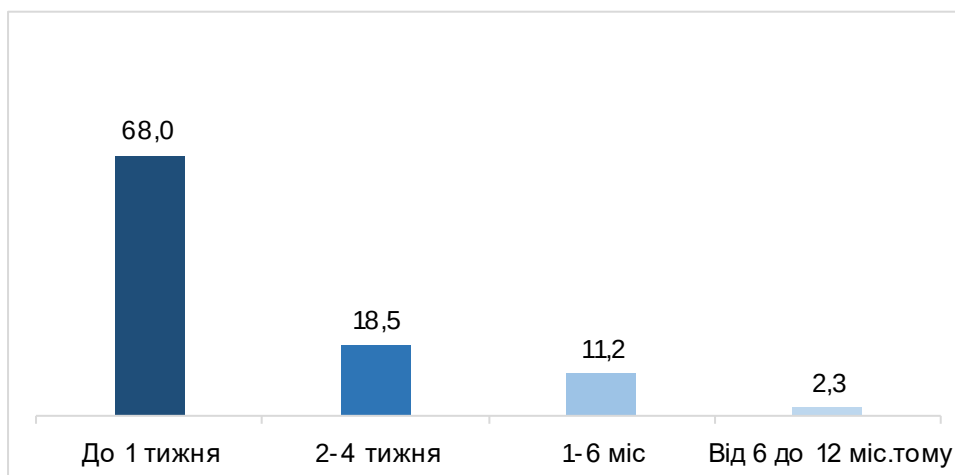


Рис. 2.2.2 Скільки днів до початку лікування туберкульозу в поточному закладі Ви відвідували кожний з цих медзакладів, включаючи візит, коли Вам підтвердили діагноз? (% пацієнтів, які раніше відвідували поточний заклад до встановлення діагнозу ТБ)

Понад 10,0% пацієнтів звертались у медичні заклади сумарну кількість днів, еквівалентну від 1 до 6 міс перед тим, як їм було підтверджено діагноз ТБ.

Для підрахунку **власних медичних витрат** ми проаналізували найпоширеніші причини таких витрат та стратифікували їх за кількістю візитів. Результати відображені у таблицях 2.2.2-2.2.7.

За результатами анкетування було встановлено, що при зверненні в центри первинної медико-санітарної допомоги найбільше власних коштів пацієнти витрачали на оплату за консультацію 622,9 (95,0%CI 148,7;1097,0) грн, а найменше за загальні лабораторні аналізи 250 (IQR 275) грн.

В закладах вторинної медичної ланки найбільші суми коштів були витрачені на ліки 2137,5 (95,0%CI 0;6305,9) грн, а найменше за загальні лабораторні аналізи 700 (IQR 0) грн.

У фтизіопульмонологічних закладах найбільше при першому візиті витрачали на оплату консультації (150,0 грн – один випадок) та найменше на загальні аналізи (50,0 грн – один випадок).

У приватній клініці та медичному центрі теж зберегла загальна тенденція найбільших витрат за консультацію 700,0 (IQR 0) та 300,0 грн (один випадок) відповідно, також традиційно найменше сплачували за загальні аналізи 375,0 (IQR 0) та 50,0 грн відповідно.

При множинному порівнянні витрат не було встановлено статистично значимих відмінностей між категоріями при групуванні за типом закладу охорони здоров'я (Kruskal-Wallis H Test, $p > 0.05$), якщо групувати за регіональним принципом то встановлено суттєво більші суми витрат на ліки $\chi^2(4) = 11.31$, $p = 0.023$ та дороговартісні обстеження $\chi^2(6) = 11.57$, $p = 0.024$ у порівнянні з іншими категоріями (Kruskal-Wallis H Test).

Сукупні власні медичні витрати в середньому на одного пацієнта становили 582,3 (95,0%CI 313,9;850,7) грн та 60 (IQR 90,0) хвилин.

Таблиця 2.2.2 Власні медичні витрати за 1-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/сума (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/сума (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ /сума (грн)	Інші витрати/обстеження % тих, хто платив/сума (грн)	Ліки % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	40,0 (IQR 40,0)*	60,0 (IQR 75,0)	7/126 5,6% 622,9 (95%CI 148.7; 1097.0)	9/126 7,1% Аналіз крові – 203.8 (95%CI 0; 554.6) Тест на ковід - 350.0 (IQR 0)	49/126 38,9% КТ – 873.7 (95%CI 674.6; 1072.8) MPT- 300.0 RoOГK- 75.0 (IQR 50.0) УЗД – 300.0	1/126 0,8% Аналіз мокротиння - 1100.0	1/126 0,8% Консультація пульмонолога 100.0	23/126 18,3% 400.0 (IQR 600.0)
ПРОТИ-ТУБЕРКУЛЬОЗ-НІ ЗАКЛАДИ	80,0 (IQR 80,0)	60,0 (IQR 90,0)	1/75 1,3% 150,0	1/75 1,3% ЗАК – 50,0	10/75 13,3% КТ – 900,0 (IQR 0) MPT- 500.0 RoOГK- 50,0 (IQR 30,0)	2/75 2,7% Аналіз мокротиння - 105,0 (IQR 0)	1/75 1,3% Контейнер для збору біоматеріалу 5.0	1/75 1,3% 60 (IQR 450,0) Шприци та препарати – 400,0
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	45,0 (IQR 48,0)	30,0 (IQR 37,0)	2/20 10,0% 700,0 (IQR 0)	1/20 5,0% Аналіз крові - 700,0	4/20 20,0% КТ – 1100,0 (IQR 0) RoOГK- 80,0	-	1/20 5,0% Аналіз крові на глюкозу – 100,0	4/20 20,0% 2137,5 (95%CI 0;6305,9)
ПРИВАТНА КЛІНІКА	63.1 (95%CI 33,7; 92.4)	40.0 (IQR 70,0)	3/13 23,1% 700,0 (IQR 0)	1/13 7,7% ЗАК-200,0	4/13 30,8% КТ – 925,0 (IQR 0) MPT- 350,0 RoOГK- 300,0	-	-	2/13 15,4% 370,0 (IQR 0)
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	30 (IQR 79)	37,5 (IQR 71,0)	1/4 25,0% 300,0	-	2/4 50,0% КТ – 1200,0 RoOГK- 300,0	-	-	-

* Неперервні змінні з нормальним розподілом були представлені як середнє значення з 95% довірчими інтервалами М (95%CI); змінні, що не відповідали нормальному розподілу представлені як медіана та міжквартильний інтервал Ме (IQR).

Наявність нульового значення IQR означає, що середні значення 50% даних вибірки не змінюються, але центр розподілу може бути, де завгодно.

#Одиночні змінні відповідно представлені в абсолютних величинах без розрахунку діапазону значень, також це траплялось у випадку? коли з вибірки лише один респондент зміг згадати суму, яку оплатив.

Таблиця 2.2.3 Власні медичні витрати за 2-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/сума (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/сума (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ /сума (грн)	Інші витрати/ обстеження % тих, хто платив/сума (грн)	Ліки % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	40,0 (IQR 66,0)	30,0 (IQR 50,0)	3/31 9,7% 400,0 (IQR 0)	11/31 35,5% Гамма-інтерфероновий тест 2000,0	1/31 3,2% КТ+МРТ - 10000	5/31 16,1% Аналіз мокротиння	1/31 3,2% Фібро-гастро-скопія	5/31 16,1% 400,0 (IQR 1690,0)
ПРОТИ-ТУБЕРКУЛЬОЗНІ ЗАКЛАДИ	90,0 (IQR 130,0)	60,0 (IQR 90,0)	4/62 6,5% 550,0 (IQR 900,0)	23/62 37,1%	9/62 14,5% КТ – 900,0 (IQR 0) RoОГК- 200,0 (IQR 207,5) МРТ – 1050,0	24/62 38,7% 30,0 (IQR 0)	2/62 3,2% Фібро-бронхо-скопія-500 На чай – 50,0	2/62 3,2% 642,5 (IQR 0) Вітаміни групи В, Дренаж
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	81,4 (95%CI 49,0;113,7)	50,0 (IQR 70,0)	2/16 12,5% 500,0	7/16 43,8%	-	4/16 25,0% 450,0 (IQR 0)	1/16 6,3% Тест на ВІЛ	4/16 25,0% 4637,5 (95%CI 0;11212,9) (крапельниці)
ПРИВАТНА КЛІНІКА	105,0 (95%CI 0;263,9)	58,3 (95%CI 0;194,6)	1/4 25,0% 1000,0	2/4 50,0%	1/4 25,0% МРТ – 2700,0	-	1/4 25,0% Фіброброн-хоскопія	-
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	60,0	60,0	-	-	-	-	-	-

Таблиця 2.2.4 Власні медичні витрати за 3-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/ сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/ (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/ (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ / сума (грн)	Інші витрати/ обстеження % тих, хто платив/ сума (грн)	Ліки, % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	44.4 (95%CI 29.8;59.0)	40.0 (IQR 75.0)	-	14/18 77.8% ЗАК - 200.0 [#]	15/18 83.3% КТ – 950.0 (IQR 0) RoОГК- 60.0 (IQR 0)	13/18 72.2%	13/18 72.2%	1/18 5.6% 200.0
ПРОТИТУБЕРКУ- ЛЬОЗНІ ЗАКЛАДИ	90.0 (IQR 115.0)	60.0 (IQR 90.0)	-	11/20 55.0%	14/20 70.0% RoОГК- 40.0	12/20 60.0%	12/20 60.0%	-
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	195.0 (95%CI 111.3;278.7)	120.0 (95%CI 0;255.0)	-	3/4 75.0%	2/4 50.0%	2/4 50.0%	4/4 100% Фібро- бронхо- скопія – 500 (IQR 0)	1/4 25.0% 800.0
ПРИВАТНА КЛІНІКА	60.0	45.0	1/1 100% 500.0	1/1 100% С-реактивний білок-185.0	1/1 100% КТ – 1300.0	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100% 500.0
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця 2.2.5 Власні медичні витрати за 4-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ	Власні медичні витрати (всього за візит) грн							
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/ сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/ (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/ (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ / сума (грн)	Інші витрати/ Обстеження % тих, хто платив/ сума (грн)	Ліки, % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	47.0 (95%CI 16.9;77.2)	53.4 (95%CI 3.7;103.1)	6/7 85.7% 100.0	6/7 85.7% ЗАК -200.0	6/7 85.7%	5/7 71.4%	5/7 71.4%	1/6 16.7% 100.0
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗ НІ ЗАКЛАДИ	68.0 (95%CI 8.2;127.8)	90.0 (95%CI 52.8;127.3)	4/5 80.0%	2/5 40.0% Аналіз крові на глюкозу - 150.0	3/5 60.0% КТ-900.0	1/5 20.0%	1/5 20.0%	-
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	30.0	20.0	-	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	-
ПРИВАТНА КЛІНІКА	-	-	-	-	-	-	-	-
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	-	-	-	-	-	-	-	-

Як відображено в табл. 2.2.2 респонденти вказували на суттєві прямі витрати відвідуючи різні заклади охорони здоров'я. Пацієнти витрачали час на дорогу в обидва боки від 30 хв, щоб відвідати приватний медичний центр до 195 хв, щоб дістатись закладів вторинної медичної допомоги, в залежності від типу населеного пункту, регіонального транспортного сполучення та характеру візиту.

Очевидно, що мешканці сільської місцевості мали б витрачати значно більше часу на дорогу. Так зокрема за підсумками 1-го візиту міські мешканці витрачали в середньому на 7,5 хв менше на дорогу (52,5 проти 60,0, Independent-Samples Mann-Whitney U Test, $p=0.047$), що не залежало від категорії лікувального закладу у більшості областей, окрім Одеської (Pearson Correlation = -0.258, $p=0.041$ Sig. (2-tailed)). Можливо через великі розміри Одеської області маршрут пацієнтів до сімейного лікаря займав менше часу, ніж в інші заклади охорони здоров'я.

Таблиця 2.2.6 Власні медичні витрати за 5-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/ сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/ (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/ (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ / сума (грн)	Інші витрати/ обстеження % тих, хто платив/ сума (грн)	Ліки, % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	50,0 (95% CI 0; 115.7)	30.0 (IQR 0)	-	3/3 100%	3/3 100%	3/3 100%	3/3 100%	-
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ЗАКЛАДИ	82.0 (IQR0)	90.0 (IQR0)	-	2/2 100%	1/2 50.0%	2/2 100%	2/2 100%	-
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	30.0	20.0	-	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	-
ПРИВАТНА КЛІНІКА	-	-	-	-	-	-	-	-
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця 2.2.7 Власні медичні витрати за 6-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/ сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/ (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/ (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ / сума (грн)	Інші витрати/ обстеження % тих, хто платив/ сума (грн)	Ліки, % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	40.0 (IQR 0)	60.0 (IQR 0)	-	2/2 100% ЗАК – 200.0	2/2 100%	2/2 100%	2/2 100%	1/2 50.0% 1600.0
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНІ ЗАКЛАДИ	40.0	40.0	-	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	-
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	-	-	-	-	-	-	-	-
ПРИВАТНА КЛІНІКА	-	-	-	-	-	-	-	-
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	-	-	-	-	-	-	-	-

Таблиця 2.2.8 Власні медичні витрати за 7-й візит в заклади охорони здоров'я

ТИП МЕДЗАКЛАДУ			Власні медичні витрати (всього за візит) грн					
	Час у дорозі в обидва боки (хв)	Час, витрачений на візит (хв)	Плата за консультацію % тих, хто платив/ сума (грн)	Лабораторні тести % тих, хто платив/ (грн)	Рентген, КТ, МРТ, УЗД/ % тих, хто платив/ (грн)	Мікробіологічна діагностика та ТМЧ / сума (грн)	Інші витрати/ обстеження % тих, хто платив/ сума (грн)	Інші, % тих, хто платив/сума (грн)
ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО- СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ	-	-	-	-	-	-	-	-
ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗ НІ ЗАКЛАДИ	-	-	-	-	-	-	-	-
ЗАКЛАД ВТОРИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	40.0 (IQR 0)	30.0 (IQR 0)	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%	1/1 100%
ПРИВАТНА КЛІНІКА	-		-	-		-	-	-
МЕДИЧНИЙ ЦЕНТР	-		-	-		-	-	-

Після агрегації даних за підсумками 7 візитів за допомогою Kruskal–Wallis H test було встановлено статистично значиму відмінність між областями щодо середнього часу витраченого на візит $\chi^2(2) = 15.38$, $p = 0.017$, від 30 хвилин у Київській області до 2 год у Харківській області (рис.2.2.3).



Рис. 2.2.3 Середній час витрачений на візит до закладу охорони здоров'я у розрізі регіонів, хвилини

Сукупні власні медичні витрати в середньому на одного пацієнта становили 582.3 (95%CI 313.9;850.7) грн та 60 (IQR 90.0) хвилин.

Для розуміння важливості підрахунку такого роду витрат ми перевели втрати часу на дорогу

та консультації у відповідності до середньої заробітної плати за відпрацьовану годину у 2021 році, що становила у середньому по економіці – 103,59 грн. (http://www.ukrstat.gov.ua/operativ/operativ2018/gdn/szp_vg/szp_vg_ek/szp_vg_ek_u.htm).

Таким чином навіть 30 хв на дорогу та 30 хв на консультацію, не враховуючи вартості проїзду вже завдають прямих збитків пацієнту у понад 100 грн. Тобто загалом пацієнти на шляху до діагностики ТБ лише за перший візит до закладів охорони здоров'я витрачають понад 680 грн.

Як відображено в табл. 2.2.2 респонденти вказували на суттєві прямі витрати відвідуючи різні заклади охорони здоров'я. Пацієнти витрачали час на дорогу в обидва боки від 30 хв, щоб відвідати приватний медичний центр до 195 хв, щоб дістатись закладів вторинної медичної допомоги, в залежності від типу населеного пункту, регіонального транспортного сполучення та характеру візиту. Очевидно, що мешканці сільської місцевості мали б витрачати значно більше часу на дорогу. Так зокрема за підсумками 1-го візиту міські мешканці витрачали в середньому на 7.5 хв менше на дорогу (52.5 проти 60.0, Independent-Samples Mann-Whitney U Test, $p=0.047$), що не залежало від категорії лікувального закладу у більшості областей, окрім Одеської (Pearson Correlation = -0.258, $p=0.041$ Sig. (2-tailed)). Можливо через великі розміри Одеської області маршрут пацієнтів до сімейного лікаря займав менше часу, ніж в інші заклади охорони здоров'я.

Була виявлена слабка кореляція між віком пацієнтів та сумою сплати за консультацію $r=0.18$ (95%CI -0.39;0.65).

За допомогою множинної регресії було встановлено чи залежать витрати на консультацію від категорії лікувального закладу, регіону проживання пацієнтів, типу населеного пункту, віку пацієнта та статі. Перелічені фактори статистично значимо визначають суму витрат $F(5, 232) = 3.04$, $p=.011$, adjusted $R^2 = 0.04$. Проте лише тип закладу охорони здоров'я статистично значимо впливає на прогностичну модель ($p=0.004$).

Логістична регресія була виконана, щоб визначити вплив віку, статі, типу резистентності, категорії лікувального закладу, типу випадку за анамнезом лікування, області проживання та ВІЛ-статусу на ймовірність того, що учасники мають сплачувати за консультацію. Модель логістичної регресії не була статистично значущою, $\chi^2(6) = 2,11$, $p = 0,921$.

За допомогою множинної регресії було встановлено чи залежать витрати на загальні лабораторні аналізи (загальний аналіз крові, аналіз сечі, аналіз крові на визначення антитіл до коронавірусної інфекції) від категорії лікувального закладу, регіону проживання пацієнтів, типу населеного пункту, віку пацієнта та статі. Перелічені фактори статистично значимо не впливали на суму витрат за цією категорією ($p=0.121$).

Логістична регресія була виконана, щоб визначити вплив факторів ризику перелічених у розділі (A14. Фактори ризику) опитувальника, зокрема близький контакт з хворим на ТБ; ВІЛ; вплив діоксиду силіціюму; медичні працівники; особи з вперше виявленими фіброзними залишковими змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ; захворювання, що призводять до ослаблення імунітету; зловживання алкоголем чи вживання наркотиків; мігранти, в тому числі, внутрішньо переміщені особи; військовослужбовці; особи, які перебувають за межею бідності; особи без визначеного місця проживання; затримані та заарештовані особи, які перебувають у закладах тимчасового утримання, які утримуються або звільнились з установ пенітенціарної системи; персонал закладів пенітенціарної системи на ймовірність того, що учасники мають сплачувати за консультацію. Модель логістичної регресії не була статистично значущою, **Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2(8) = 3,87$, $p = 0,869$. Також модель логістичної регресії не була статистично значущою, **Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2(8) = 3,87$, $p = 0,869$. при оцінці вище перелічених факторів на ймовірність того, що учасники мають сплачувати за лікарські засоби (туберкульозні або інші), призначені до верифікації діагнозу ТБ (**Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2(8) = 1,35$, $p = 0,995$). Не було виявлено статистично значимого впливу зазначених факторів на прогнозування витрат щодо рентгенографічного обстеження, КТ, МРТ, УЗД тощо (**Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2(6) = 2,34$, $p = 0,886$), а також щодо мікробіологічної діагностики та визначення

чутливості до протитуберкульозних препаратів (**Hosmer and Lemeshow Test** $\chi^2(6) = 3,37$, $p = 0,761$).

За допомогою множинної регресії було встановлено що сума витрат на лікарські засоби (туберкульозні або інші), призначені до верифікації діагнозу ТБ, не залежала від категорії лікувального закладу, регіону проживання пацієнтів, типу населеного пункту, віку пацієнта та статі. Перелічені фактори не статистично значимо визначають суму витрат $F(5, 23) = 1.25$, $p=0.319$.

В той же час перелічені фактори можуть розглядатись предикторами витрат на рентгенографічне обстеження, КТ, МРТ, УЗД, $F(5, 61) = 2.72$, $p=0.028$ adjusted $R^2 = 0.12$. Проте лише тип закладу охорони здоров'я та область проживання статистично значимо впливали на прогностичну модель ($p=0.021$ та $p=0.028$).

Ми не знайшли статистично значимих предикторів, серед згаданих вище факторів щодо суми витрат на мікробіологічну діагностику та визначення чутливості до протитуберкульозних препаратів $F(5, 232) = 0.72$, $p=0.611$ та щодо суми витрат на інші обстеження $F(5, 1) = 0.42$, $p=0.816$.

Ми здійснювали аналіз згідно даних 1-го візиту, так як саме з першим візитом сукупна кількість відповідей була найбільшою, що дозволяло уникнути упереджень. Всебічний аналіз факторів доводить, що феномен витрат пацієнтів є загальноприйнятим явищем, яке характерне для різних груп населення та поширене в регіонах України, що приймали участь в дослідженні. Однак в деяких регіонах частота та структура виплат відрізнялись, так зокрема найчастіше про плату за консультацію та радіографічне обстеження повідомляли респонденти з Одеської області, оплата ліків була зафіксована найчастіше серед пацієнтів у Львівській області, хоча за сумами витрат випереджала Дніпропетровська область. Майже однаковою в розрізі регіонів була частота та суми витрат на мікробіологічну діагностику та інші обстеження.

Для розуміння сукупності витрат за усіма складовими по 7-ми візитах в розрізі типів закладів охорони здоров'я нами було виконано агрегацію даних із подальшим аналізом (табл. 2.2.9).

Таблиця 2.2.9 Сукупні власні медичні витрати пацієнтів до поточного лікування ТБ

	Центр первинної медико-соціальної допомоги	Проти-туберкульозні заклади	Заклад вторинної медичної допомоги	Приватна клініка	Медичний центр
Сукупні витрати, грн	500.0 (IQR 777.5)	945.0 (IQR 878.6)	877.7 (95%CI 568.3; 1187.0)	800.0 (IQR 1216.3)	523.8 (95%CI 292.4;755.1)
Сумарний час витрачений на дорогу та 7 візитів	9.5 год або в грошовому еквіваленті 987,1 грн	8.3 год або в грошовому еквіваленті 863,3 грн	5.7 год або в грошовому еквіваленті 587,0 грн	5.2 год або в грошовому еквіваленті 535,2 грн	2.8 год або в грошовому еквіваленті 289,2 грн

Як видно з таблиці 2.2.9 найбільші сукупні власні медичні витрати респондентів спостерігались у протитуберкульозних закладах та закладах вторинної допомоги, вони майже вдвічі перевищували сукупні медичні витрати пацієнтів, що звертались у ЦПМСД. Хоча через пропорційне зменшення розміру вибірки після агрегації відмінності не досягли статистичної значимості (Friedman's two-way analysis, $p>0.05$ для всіх закладів), вони є важливими для розуміння проблеми в комунальних закладах на рівні громад.

Щодо сукупного часу витраченого на дорогу та візити, то в протитуберкульозних закладах цей час був майже втричі довшим, ніж у приватних медичних центрах, хоча відмінність не досягла статистичної достовірності – вона є суттєвою для прийняття управлінських рішень на рівні регіональних департаментів охорони здоров'я, які б допомогли покращити транспортне сполучення з фтизіопульмонологічними центрами (Friedman's two-way analysis, $p > 0.05$ для всіх закладів). Однією з причин довгого очікування при візитах є потреба у разі необхідності виконання мікроскопії мокротиння (30-40 хв) та молекулярно-генетичного дослідження методом XpertMTBRif, що займає мінімум 1.5 години.

Сукупні медичні витрати на одного пацієнта до початку лікування в середньому становили 783.3 (95%CI 647.7; 919.1) грн. За результатами агрегації даних в розрізі регіонів, було встановлено, що найбільші сукупні медичні витрати пацієнтів до поточного лікування ТБ спостерігались в Донецькій області-906.9 (95%CI 72.7; 1741.0) грн, а найменшими в Чернігівській області – в 4,5 разів менше 200 (IQR 381.0) гривень (хоча різниця не була статистично значимою (Wilcoxon signed rank test, $p = 0.237$). Якщо за окремими категоріями витрат кореляційний зв'язок не прослідковувався, то після агрегації даних стало чітко видно, що регіональні особливості існують. Вивчення першопричин таких відмінностей дає простір для реалізації кращого досвіду та ліквідації прогалин в організації медичної допомоги хворим на ТБ у регіонах з відносно вищими витратами.

2.2.2 Власні немедичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ТБ

Власні немедичні витрати становлять велику проблему для пацієнтів та часто ігноруються системою охорони здоров'я або соціальними службами. Проте часто такі витрати можуть носити більш частий характер (оплата проїзду) або переважати медичні витрати за номіналом (вартість подяки персоналу або проживання в готелі). Результати власних немедичних витрат представлені в таблиці 2.2.10. Найчастіше пацієнтам доводилось сплачувати за проїзд та харчування під час візитів в заклади охорони здоров'я, у структурі витрат переважала оплата проживання, що досягала половини розміру мінімальної місячної зарплати в Україні.

При аналізі даних було встановлено, що сільські мешканці мали вищі витрати на дорогу в обидва кінці, ніж міські мешканці ($p = 0.001$). Немедичні витрати не відрізнялись за статтю ($p > 0.05$). Сукупні немедичні витрати до і під час діагностики ТБ становили в середньому 126,0 (IQR 1186,0) грн.

Витрати пацієнтів на проїзд мали негативну слабку кореляцію із віком $r = -0.18$ (Pearson Correlation Coefficient $p = 0.026$). Не було виявлено асоціації між типом населеного пункту та вірогідністю сплати за житло при діагностиці ТБ (Pearson Chi-Square, $p = 0.728$).

Витрати пацієнтів на проїзд мали негативну слабку кореляцію із віком $r = -0.18$ (Pearson Correlation Coefficient $p = 0.026$). Не було виявлено асоціації між типом населеного пункту та вірогідністю сплати за житло при діагностиці ТБ (Pearson Chi-Square, $p = 0.728$).

Таблиця 2.2.10 Власні немедичні витрати під час візитів в заклади охорони здоров'я

ВІЗИТ	Власні немедичні витрати (усього за візит) грн				
	Проїзд в обидва кінці до закладу n, % вартість	Харчування під час відвідування медичного закладу (плата за їжу, придбану під час поїздки до мед. закладу та під час візиту або госпіталізації як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи) n, % вартість	Благодійні внески на рахунок медзакладу n, % вартість	Матеріальна подяка (приблизно в грн) медичному персоналу (сестрам і лікарям) n, % вартість	ПРОЖИВАННЯ (ОРЕНДА КІМНАТИ, ЛІЖКА) n, % вартість
1ий	158/238, 66.4% 50.0 (IQR81.0)	50/238, 21.0% 50.0 (IQR50.0)	4/238, 1.7% 56.7 (95%CI 0;157.1)	5/238, 2.1% 116.7(95%CI 0;306.4)	5/238, 2.1% 2250.0(95%CI 0;4723.7)
2ий	87/114, 76.3% 50.0(IQR80.0)	23/114, 20.2% 50.0 (IQR45.0)	2/114, 1.8% 70.0 (IQR 0)	8/114, 7.0% 500.0 (IQR5000.0)	3/114, 2.6% 3000.0 (IQR 0)
3ий	32/43, 74.4% 100.0(IQR280.0)	10/43, 23.3% 50.0 (IQR95.0)	1/43, 2.3% 20.0	1/43, 2.3% 300.0	1/43, 2.3% 3000.0
4ий	9/13, 69.2% 45.0(IQR 51.0)	4/13, 30.0% 75.0 (IQR 725.0)	1/13, 7.7% 150.0	1/13, 7.7% 200.0	-
5ий	3/5, 60.0% 40.0(IQR 0)	-	-	-	-
6ий	2/3, 66.7% 40.0(IQR 0)	1/3, 33.3% 100.0	-	-	-
7ий	1/1 100% 40.0	1/1 100% 100.0	-	-	-

Підсумовуючи сумарні витрати на проїзд, харчування під час відвідування медичного закладу, благодійні внески, матеріальну подяку медичному персоналу та оренду житла під час діагностичного процесу було встановлено, що в середньому пацієнти витрачали 328.2 (95%CI 81.4; 575.0) грн.

2.2.3 Власні витрати пацієнтів на діагностику ВІЛ-інфекції, побічних ефектів (зовнішні консультації), скринінг на антитіла до ВГС (вірусний гепатит С)

Згідно даних анкетування понад 75% респондентів проходили тестування на ВІЛ-інфекцію безкоштовно (рис. 2.2.4), в той час як серед тих хто платив (1,7%)- середня сума становила 950,0(IQR 620) грн. 70% випадків оплати були зафіксовані у приватних закладах охорони здоров'я.

Витрати на імуноферментний аналіз для діагностики ВІЛ-інфекції теж були радше винятком (1,3%) (рис.2.2.5.) та становили в середньому 706,0 (95%CI 0;1671.9) грн. Щодо інших витрат на діагностику ВІЛ-інфекції (1,7%), то вони становили 1858,0 (95%CI 534.8;3181,2) грн, в основному на комп'ютерну діагностику. Серед усіх випадків про які повідомили респонденти, 75% було пов'язано із приватними закладами охорони здоров'я.

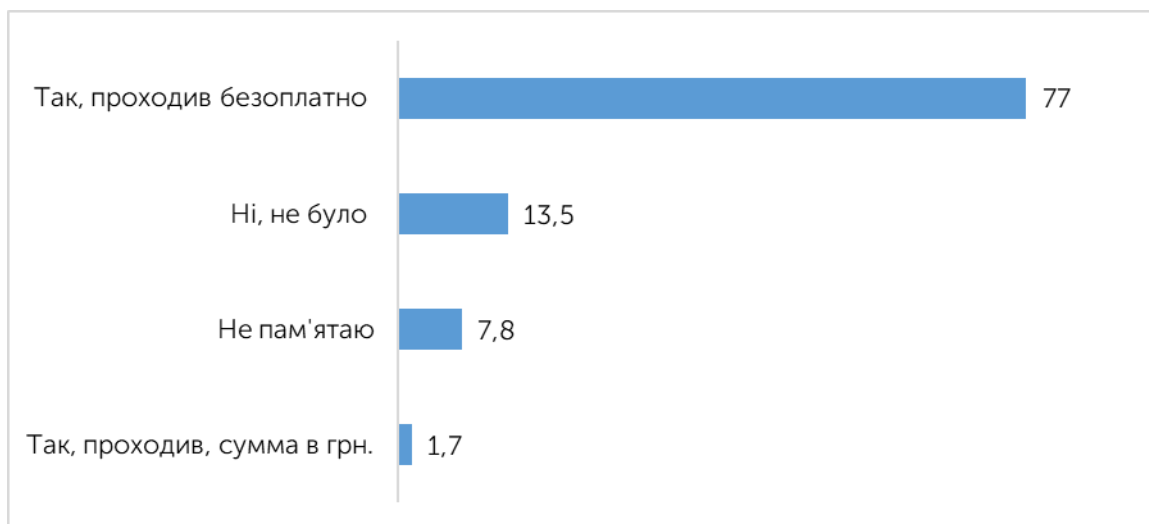


Рис. 2.2.4 Витрати на швидкий тест для діагностики ВІЛ-інфекції, %

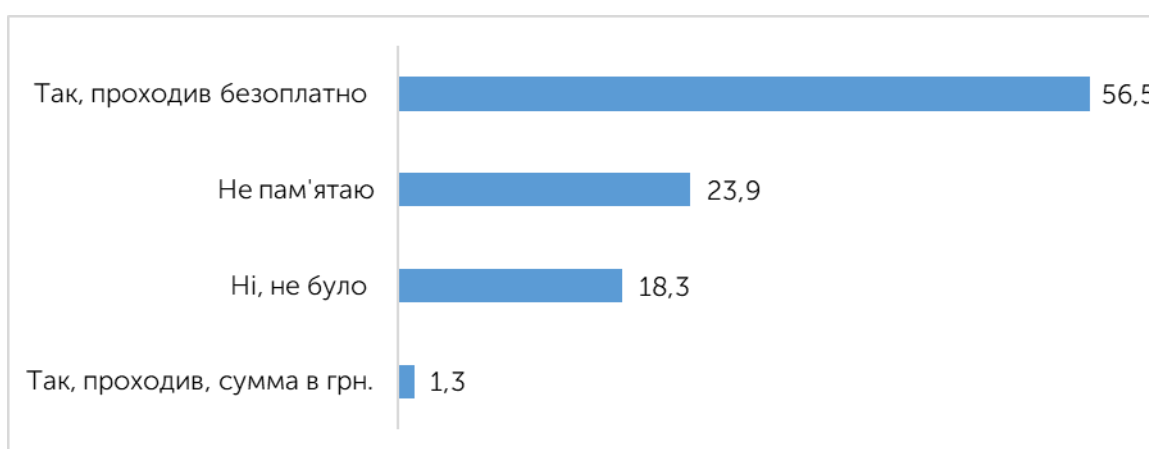


Рис. 2.2.5 Витрати на ІФА для діагностики ВІЛ-інфекції, %

Діагностика побічних ефектів (зовнішні консультації) потребувала витрат у 6,7% респондентів на суму 1844,1 (95%CI 1069,7;2618,4) грн. Додаткові обстеження, пов'язані з діагностикою ТБ, проходили 23,8% опитаних пацієнтів: найчастішими видами обстежень була КТ, ЕКГ та ФБС, при чому 62,2% респондентів змушені були сплачувати за них з власної кишені в середньому 1313,0грн. В приватних клініках та медичних центрах витрати на додаткові обстеження щодо ТБ значно перевищували суми витрачені в у центрах первинної медико-санітарної допомоги на 700,0 та 1184,6 грн (Independent-Samples Kruskal-Wallis Test $p=0.026$ та $p=0.018$ відповідно).

Порівняння різного роду витрат на обстеження дозволило встановити, що витрати на МРТ та гістологію переважали витрати на РОГК ($p=0.019$ та $p=0.026$ відповідно), аналізи у приватній лабораторії ($p=0.034$ та $p=0.042$ відповідно) а також УЗД ($p=0.023$ та $p=0.047$ відповідно) Independent-Samples Kruskal-Wallis Test.

Значну частину витрат респондентів обумовлених діагностикою ТБ спричиняли витрати на лікарські засоби (інфузійна терапія, вітаміни, гепатопротектори) та вироби медичного призначення (шприци, системи для внутрішньовенних інфузій, рукавички) – в середньому на 1000,0 (IQR 2500,0) грн. Суттєвих відмінностей за цією категорією витрат між лікувальними закладами не було ($p>0.05$).

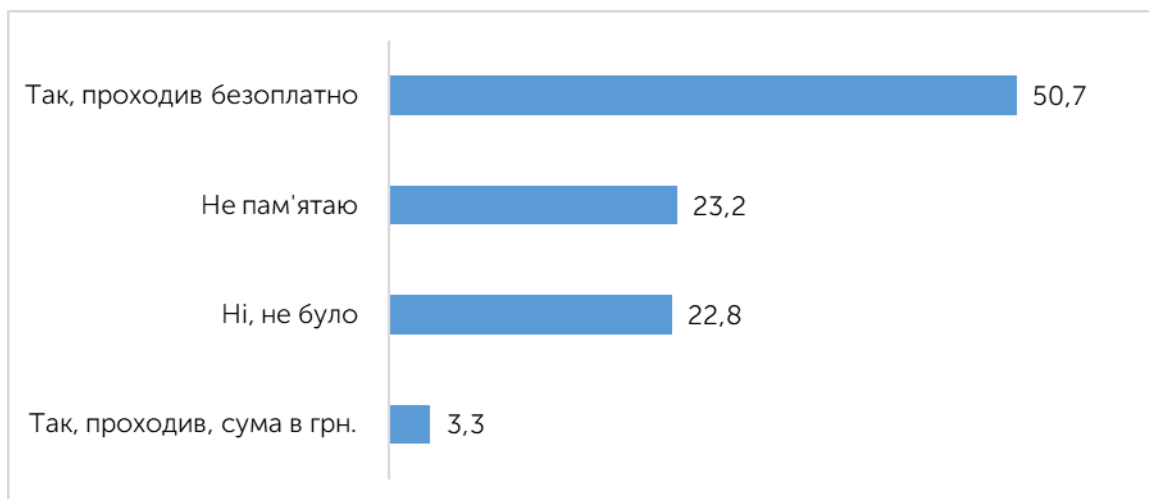


Рис. 2.2.6 Розподіл респондентів щодо скринінгу на антитіла до вірусного гепатиту С, %

Як видно з рис. 2.2.7, скринінг на ВГС коштував пацієнтам в середньому 485,0 (IQR 1585,0) грн.

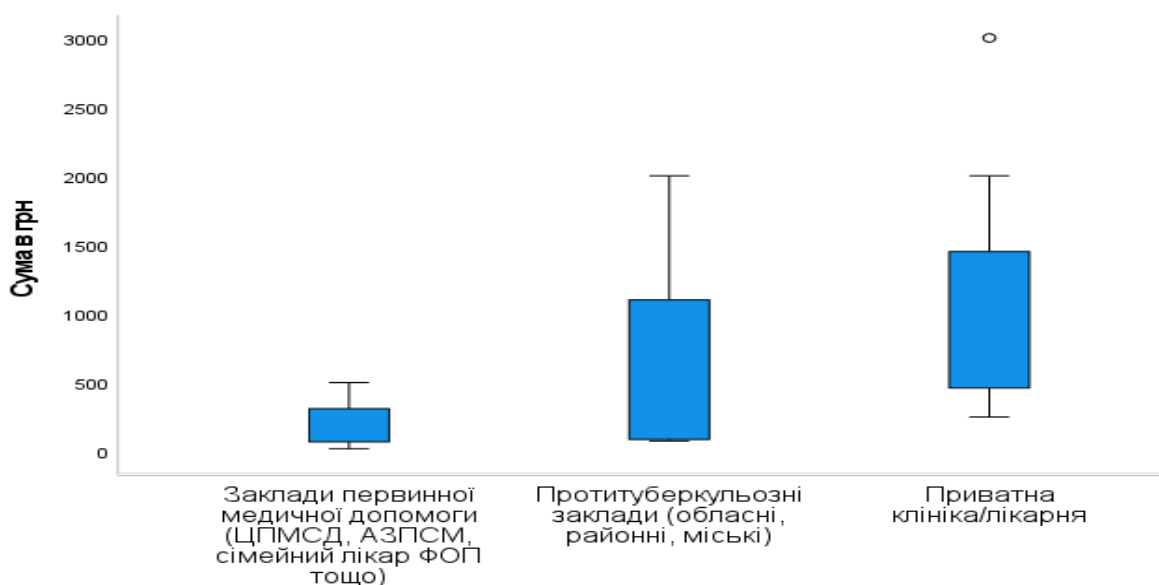


Рис. 2.2.7 Витрати на скринінг вірусного гепатиту С в розрізі типів медзакладів, грн

Підбиваючи підсумки власних витрат пацієнтів на діагностику ВІЛ-інфекції, побічних ефектів (зовнішні консультації), скринінг на антитіла до ВГС було встановлено, що такі витрати становили 1355.2 (95%CI 973.1; 1737.3) грн.

Таким чином, відповіді респондентів свідчать про значний тягар власних медичних та немедичних витрат на шляху до діагностики ТБ від купівлі недорогих контейнерів для збору мокротиння до проходження кошовної магнітно-резонансної томографії. Витрати супроводжували пацієнтів на різних рівнях медичної допомоги та швидше були загальним явищем, ніж винятком.

Для аналізу сумарних немедичних витрат до поточного лікування було здійснено агрегацію даних за всіма категоріями витрат та групування за типом випадку. Сумарні середні немедичні витрати на одного пацієнта становили 328.2 (95%CI 81.4; 575.0) грн.

Серед випадків чутливого ТБ середні сумарні немедичні витрати становили 461.7 (95%CI 0;926.3) грн, тоді як для МЛС-ТБ вони були на майже 300 грн нижчими -186.8 (95%CI 2.9; 370.7) грн (T-test, $p=0.309$). Витрати на проїзд не залежали від регіону проживання (Pearson Chi-Square, $p=0.198$), але корелювали за типом населеного пункту. Так мешканці сільської місцевості мали в 1.9 разів більшу ймовірність мати витрати на проїзд, порівняно з міськими мешканцями OR 1.9 (CI 95% 1.0; 3.5), $p=0.035$. Витрати на харчування теж були в 3.5 разів більш ймовірними серед сільського населення, порівняно із міським OR 3.5 (CI 95% 1.8; 6.7), $p<0.0001$. В той же час витрати за цією категорією не були асоційовані зі статтю ($p=0.598$), типом випадку ($p=0.368$) та регіоном проживання (множинна логістична регресія, $p>0.05$).

2.3. Власні витрати пацієнтів впродовж поточного лікування ТБ/МЛС-ТБ

2.3.1 Власні медичні витрати в період госпіталізації, в тому числі витрати на лабораторні дослідження, пов'язані з ТБ і витрати на лікування побічних реакцій та супутніх патологій

Зведені дані щодо витрат пацієнтів представлені у табл. 2.3.1. Як видно з табл. 2.3.1. та рис 2.3.1 пацієнти проводили в протитуберкульозних стаціонарах близько 2 міс. Хворі на ЛСТБ в середньому мали на 30 днів тривалішу госпіталізацію (Mann-Whitney U Test, $p<0.0001$). Ймовірно це було обумовлено очікуванням результатів ТМЧ для призначення індивідуалізованої схеми лікування, більшою кількістю обстежень для активного моніторингу побічних реакцій та особливостями організації лікувального процесу на рівні регіону.

Хоча протитуберкульозні препарати в Україні безкоштовні, іноді через перебої з постачанням, перереєстрацію або помилкові розрахунки регіональних потреб – їх не вистачає. В таких випадках, пацієнти та лікарі опиняються перед вибором: змінювати схему лікування або шукати ліки самотужки.

Таблиця 2.3.1. Власні медичні витрати за весь період госпіталізації*

	Госпіталізація					
	1-ша	2-га	3-я	4-а	5-а	6-а
Кількість днів госпіталізації	64.0 (IQR 90.0)	60.0 (IQR 120.0)	191.4 (95%CI 67.8;315.1)	600.0**	900.0	300.0
Час у дорозі (хвилини)	120.0 (IQR 140.0)	60.0 (IQR 103.0)	45.0 (IQR 150.0)	-	-	-
Оплата за перебування в стаціонарі, грн	7.7% 1500.0 (IQR 1800.0)	7.1% 3350.0 (IQR 0)	-	-	100.0% -	-
Консультації грн	3.3% 1000.0 (IQR 700.0)	7.1% 2000.0	-	-	100.0% -	-
Лабораторні тести та транспортування зразків, грн	73.6% 270.0 (IQR 430.0)	57.1% 110.0	28.6% -	50.0% -	100.0% -	100.0% -
Рентген, КТ, МРТ, УЗД грн	79.7% 700.0 (IQR 1167.5)	60.7% 350.0 (IQR 0)	57.1% 720.0 (IQR 0)	50.0% -	100.0% 50.0	100.0% -
Інші процедури (хірургічне втручання, інтенсивна терапія), грн	74.0% 1000.0 (IQR 1212.5)	50.0% 11000.0	28.6% -	50.0% -	100.0% -	100.0% -
Корекція та моніторинг лікування, грн	72.0% 1533.3 (95%CI 0;5909.5)	53.6% 1200.0 (IQR 0)	28.6% -	50.0% -	100.0% -	100.0% -
Протитуберкульозні препарати, грн	73.2% 1000.0 (IQR 2350.0)	53.6% 4250.0 (IQR 3500.0)	42.9% 600.0	50.0% -	100.0% -	100.0% -
Лікування побічних реакцій та супутньої патології, грн	75.2% 1000.0 (IQR 2625.0)	75.0% 600.0 (IQR 900.0)	71.4% 350.0 (IQR 0)	50.0% 3000.0	100.0% 3000.0	100.0% -
Дієтичні добавки призначені лікарем, грн	8.5% 830 (IQR 7750.0)	8.5% -	14.3% 2000.0	-	100.0% -	-
Інші препарати, грн	75.2% 255.0 (IQR 543.0)	64.3% 375.0 (95%CI 0;884.4)	57.1% 300.0	50.0% -	100.0% -	100.0% -

* Неперервні змінні з нормальним розподілом були представлені як середнє значення з 95% довірчими інтервалами М (95%CI); змінні, що не відповідали нормальному розподілу представлені як медіана та міжквартильний інтервал Ме (IQR).

Наявність нульового значення IQR означає, що середні значення 50% даних вибірки не змінюються, але центр розподілу може бути де завгодно.

** Одиночні змінні відповідно представлені в абсолютних величинах без розрахунку діапазону значень, також це траплялось у випадку, коли з вибірки лише один респондент зміг згадати суму, яку оплатив.

Сукупні медичні витрати під час першої госпіталізації в середньому становили 888,8 (95%CI 570.9; 1206,7) грн.

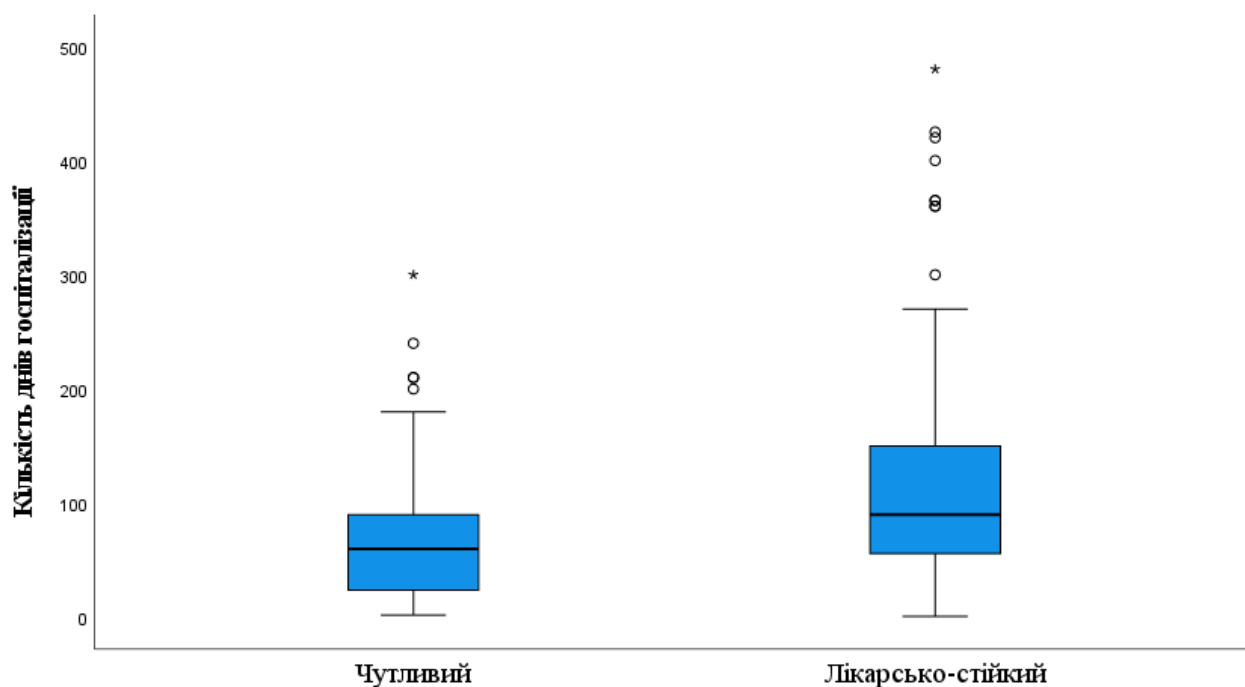


Рис. 2.3.1 Тривалість госпіталізації в залежності від медикаментозної резистентності

При порівнянні власних витрат пацієнтів було встановлено, що найчастіше респонденти змушені були оплачувати лабораторні аналізи, радіологічні обстеження, медикаменти (понад 70% тих, хто був госпіталізований), значно рідше перебування в стаціонарі, консультації та дієтичні добавки (від 3,3% до 8,5%). Варто зазначити, що необхідність платити за консультації під час перебування на стаціонарному лікуванні статистично рідше зустрічалась серед респондентів, порівняно із оплатою перебування в стаціонарі та придбанням дієтичних добавок за призначенням лікаря (z-test for 2 independent proportions, $p=0.0294$ та $p=0.0128$ відповідно). Також частота оплати корекції та моніторингу лікування була статистично значимо нижчою, порівняно із частотою власних витрат на радіологічні обстеження (КТ, МРТ, УЗД) (z-test for 2 independent proportions, $p=0.0455$).

При аналізі суми витрат за категоріями ми порівнювали дані при першій госпіталізації, зважаючи на найбільшу кількість відповідей. Як представлено у табл 2.3.1. найбільше протягом госпіталізації респонденти сплачували за корекцію та моніторинг побічних реакцій в середньому 1533 грн в той час як за лабораторні обстеження в 5,7 разів менше (270 грн).

Не було виявлено статистично значимих відмінностей між середніми значеннями витрат за різними категоріями (Wilcoxon signed-rank tests, $p>0.05$). Витрати на лабораторні тести та радіологічні (КТ, МРТ, УЗД) обстеження не залежали від віку, резистентності та ВІЛ-статусу респондентів (Kruskal-Wallis H Test, $p>0.05$). Не було виявлено відмінностей у власних витратах на протитуберкульозні медикаменти та корекцію побічних реакцій між респондентами з чутливим та резистентним ТБ (Kruskal-Wallis H Test, $p>0.05$).

Кореляційний аналіз не встановив зв'язку між віком та тривалістю госпіталізації (Pearson Correlation, $p>0.05$) також не було виявлено асоціацій між статтю та ймовірністю витрат на госпіталізацію, між наявністю медикаментозної стійкості та ймовірністю лабораторних витрат (Chi-Square Tests, $p>0.05$).

Після агрегації даних було розраховано сумарні середні медичні витрати респондентів під час госпіталізації 1506.7 (95%CI 990.6; 2022.9) грн. Для пацієнтів із чутливим ТБ вони становили 1065.6 (95%CI 595.6; 1535.6) грн, що було майже на 700 грн менше, порівняно із випадками МЛС-ТБ 1771.4 (95%CI 988.9; 2553.9) грн, хоча така різниця не досягла статистичної значимості (T test, $p=0.186$).

2.3.2 Власні немедичні витрати в період госпіталізації

Крім, власне, медичних витрат у пацієнтів з ТБ були й немедичні витрати під час госпітального етапу лікування, див табл 2.3.2.

Таблиця 2.3.2. Немедичні витрати пацієнтів, госпіталізованих в протитуберкульозні стаціонари

ГОСПІТАЛІЗАЦІЯ	Власні немедичні витрати, грн (усього за весь період госпіталізації)				
	Проїзд до медзакладу в обидві сторони для пацієнта, і супроводжуючої особи (усього за перебування) грн	Харчування за час перебування в лікарні (плата за їжу як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи) (грн)	Благодійні внески на рахунок медзакладу, грн	Матеріальна подяка медичному персоналу, грн	Інше (оплата за окрему палату або житло) грн
1 ^{ША}	99.2% 160.0 (IQR 350.0)	94.7% 2000.0 (IQR 3000.0)	82.1% 108.5 (95%CI 58.5;158.5)	80.5% 1000.0 (IQR 1850.0)	4.9% -
2 ^{ГА}	95.2% 120.0 (IQR 264.0)	52.4% 2890.0 (95%CI 141.3;5638.7)	35.7% -	42.9% 1000.0	9.5% -
3 ^{ТЯ}	100 % -	35.7% -	21.4% -	21.4% -	-
4 ^{ТА}	100 % -	-	-	-	-
5 ^{ТА}	100 % -	-	-	-	-
6 ^{ТА}	100 % -	-	-	-	-

Серед інших немедичних витрат пацієнтів були зазначені оплата перебування в окремій палаті, пакети для сміття, компенсація вартості стоянки авто, оплата проїзду родичів, купівля термометра тощо.

Плата за їжу як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи під час перебування в на стаціонарному лікуванні була на 1840 грн більшою, ніж витрати на проїзд в обидві сторони (Friedman Test, $p < 0.001$). Витрати на проїзд були співставні до витрат на, так звані, «благодійні внески» на рахунок медзакладу, а також не було статистично значимої різниці між витратами на подяку медперсоналу та харчуванням на час госпіталізації (Friedman Test, $p > 0.05$).

Зокрема витрати на харчування та проїзд не залежали від статусу пацієнта та статі (Pearson Chi-Square, $p = 0.634$ та $p = 0.326$ відповідно), на вірогідність сплати благодійних внесків не впливала навіть наявність медичної освіти та перебування за межею бідності (Pearson Chi-Square, $p = 0.416$ та $p = 0.139$ відповідно). Матеріальна подяка медперсоналу не залежала від перебування за межею бідності, що свідчить про формування певної норми поведінки пацієнтів у системі (Pearson Chi-Square, $p = 0.539$).

За результатами агрегації даних було встановлено сумарні середні немедичні витрати респондентів під час госпіталізації у розмірі 1583,1 (95%CI 867.0;2299,2) грн.

Для пацієнтів із чутливим ТБ вони становили 1485,4 (95%CI 418.4;2552,5) грн, що було майже на 200 грн менше, порівняно із випадками МЛС-ТБ 1680.8 (95%CI 435.3;2926,3) грн, хоча

така різниця не досягла статистичної значимості (T test, $p=0.797$).

Таким чином підсумовуючи медичні та немедичні витрати на госпітальному етапі лікування слід підкреслити, що витрати пацієнтів на МЛС-ТБ були в середньому на 15% вищими, ніж пацієнтів з чутливим ТБ. Не зважаючи на значно більшу тривалість лікування, слід враховувати що значна кількість витрат носила одноразовий характер (благодійні внески, вдячність персоналу, дороговартісні діагностичні обстеження), що зменшує ймовірність відмінностей між порівнюваними групами респондентів.

2.4. Власні витрати пацієнтів під час амбулаторного лікування

2.4.1 Витрати на ДОТ під час амбулаторного лікування, у тому числі на проїзд, харчування

В Україні пацієнти з ТБ мають можливість вибору моделі лікування, зважаючи на спроможність медичної системи забезпечити доставку лікарських засобів, активний моніторинг побічних реакцій та їх власні життєві обставини. Проте іноді вибір залишається лише гіпотетичним, адже у багатьох віддалених населених пунктах сільської місцевості відсутні заклади охорони здоров'я або кваліфіковані медичні працівники, що змушує пацієнтів їздити в найближчий заклад охорони здоров'я або ДОТ-кабінет та витрачати суттєві додаткові кошти.

Серед пацієнтів, які перебували на амбулаторному лікуванні 164 (27,3%) самостійно приймали ліки; відео-контрольоване лікування отримували (відео-ДОТ) 236 (39,3%), лікування під безпосереднім наглядом (ДОТ) 95 (15,8%) та решта респондентів – 73 (12,2%) продовжували отримувати стаціонарне лікування або отримували лікування лише в протитуберкульозному стаціонарі. Серед респондентів, що отримували ДОТ, в середньому це відбувалось 7 (IQR 2) разів на тиждень, в той час як понад 25% отримували контрольоване лікування 5 та менше днів на тиждень. Найчастіше ДОТ проводилось вдома, під наглядом медсестри 37,9% або у ДОТ-кабінеті 37,9%, тоді як 20% респондентів отримували контрольоване лікування у денному стаціонарі.

Пацієнти, які отримували лікування у ДОТ-кабінеті або у денному стаціонарі вказали, що в середньому останній візит тривав 2 (IQR 2) години, включаючи час у дорозі та час очікування, хоча понад 15% респондентів витрачали від 25 до 45 год. Вартість проїзду в обидва боки за останній візит ДОТ представлена на рис. 2.4.1.

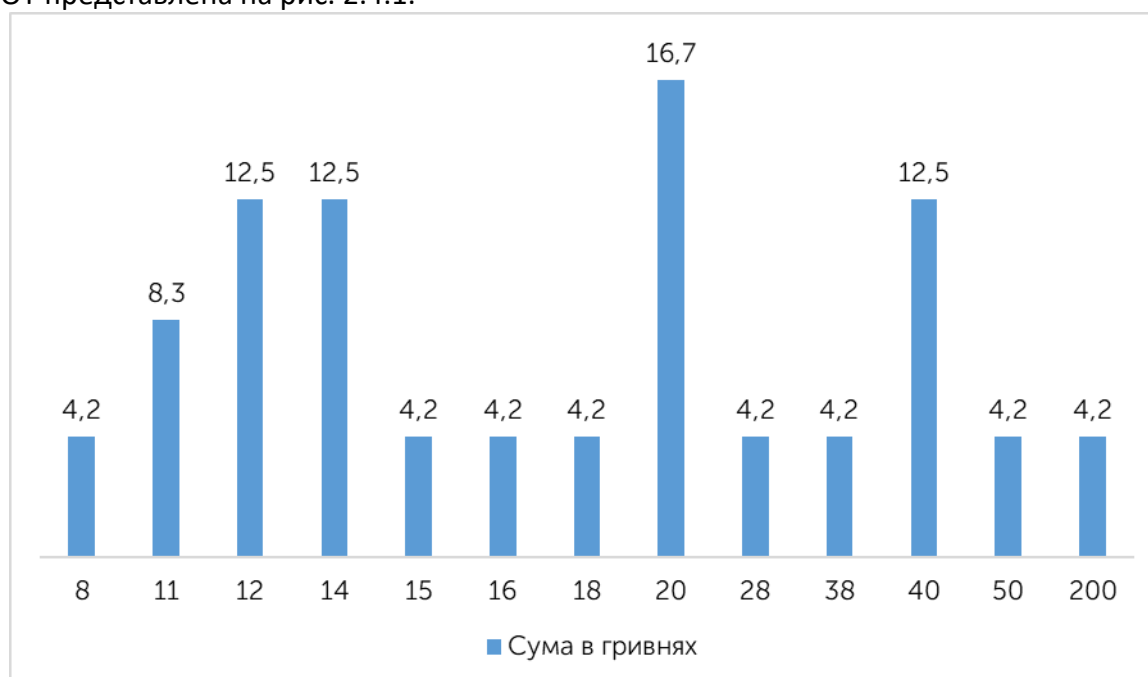


Рис. 2.4.1. Вартість проїзду в обидва боки за останній візит ДОТ для пацієнтів, %
Жоден респондент не вказав на необхідність оплачувати візит ДОТ. Однак 10,9% пацієнтів

зазначили витратили на їжу та напої протягом візиту ДОТ (у дорозі, під час очікування, обіду тощо) в середньому 12,5 (IQR 24,0) грн та 1 (1,8%) респондент витратив на їжу та напої на супроводжувачого члена сім'ї 75 грн.

Серед 236 пацієнтів, які перебували на відео-ДОТ 7,2% (17) респондентів повідомили про власні витрати пов'язані з цією моделлю лікування, серед них 0,8% (2) пацієнти змушені були щомісячно додатково сплачувати за інтернет, 4,2% (10) пацієнтів – зазначили додаткові витрати для поповнення рахунку мобільного телефону, 0,4% (1) респондент змушений був придбати смартфон тощо. Вірогідність витрат залежала від моделі лікування ($\chi^2(1)=20.4$, Pearson's chi-squared test $p<0.001$) при цьому, використання класичної ДОТ мало меншу ймовірність відсутності витрат у порівнянні з відео-ДОТ – Odds Ratio (OR) 0.2 (95%CI 0.1; 0.5). Деталізація цих витрат та розробка ефективних механізмів компенсації дозволили б суттєво зменшити негативний вплив ТБ на якість життя пацієнтів.

2.4.2 Витрати на отримання лікарських засобів під час амбулаторного лікування, у тому числі на проїзд

Під час амбулаторного лікування 79,3% опитаних змушені були забирати протитуберкульозні препарати для самостійного лікування або для передачі супроводжувачому ДОТ. Частота візитів для отримання протитуберкульозних препаратів під час ДОТ відображена на рис. 2.4.2. Як видно з результатів опитування найчастіше (60,8%) пацієнти отримували ліки один раз на місяць. Як зазначило 59,6% опитаних – вони забирали протитуберкульозні препарати в протитуберкульозних закладах та лише 7,6% змогли отримати ліки в ЦПМСД, 0,5% респондентів – ліки приносили додому, 1,7% - забирали ліки в закладах вторинної медичної допомоги, решта 5,7% - мали змогу отримати ліки в приватних медичних закладах.

Лише 0,5% респондентів, які перебували на амбулаторному лікуванні сплачували кошти, коли отримували протитуберкульозні препарати, один пацієнт зазначив суму в 3000 грн. Останній візит, щоб забрати ліки, включаючи час у дорозі та час очікування тривав 2.0 (IQR 3.0) години. Вартість проїзду в обидва боки для респондентів, коли вони останнього разу забирали ліки, становила 48,0 (IQR 130,0) гривень, в той час коли супроводжувачий член сім'ї змушений був витратити 50,0 (IQR 116,0) гривень. Витратили на харчування та напої останнього разу, коли доводилось забирати ліки, становили для респондентів 50,0 (IQR 80,0) гривень, в той час коли супроводжувачий член сім'ї змушений був витратити 50,0 (IQR 50,0) гривень. Відмінностей в частоті отримання протитуберкульозних препаратів (Wilcoxon signed rank test, $p=0.89$) та частоті витрат на їжу при отриманні препаратів (z-test for 2 Independent Proportions, $p=0.1357$) між моделями лікування не було. Неочікувано, але 3.0% пацієнтів на відео-ДОТ змушені були забирати ліки щодня, що нівелює саму суть такої моделі, адже в такому випадку вони могли приймати препарати під час їх отримання. Виходячи з вище зазначеного, навіть при відео-контрольованому лікуванні у пацієнтів були витрати на проїзд для поповнення запасів ліків та харчування під час таких поїздок, що може знижувати прихильність до такої моделі лікування.

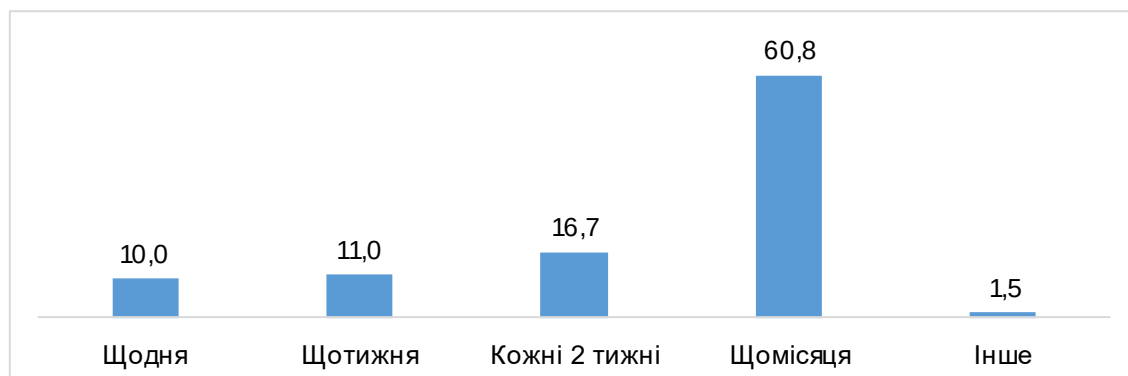


Рис. 2.4.2. Розподіл пацієнтів за періодичністю отримання протитуберкульозних препаратів, %

2.4.3 Витрати пацієнтів на медичні послуги під час амбулаторного візиту, в тому числі консультацію, рентген, КТ, МРТ, УЗД, тести на туберкульоз, протитуберкульозні препарати, інші лікарські засоби, дієтичні добавки, рекомендовані лікарем

У цьому розділі ми аналізуємо витрати обумовлені клінічним обстеженням, подальшим спостереженням та додаткових візитів через побічні ефекти або інші проблеми, пов'язані з ТБ. Це не включає візит ДОТ або візит, щоб забрати ліки.

Щоб отримати консультацію, пройти контрольні обстеження респонденти в середньому мали 5 (IQR 8,0) медичних візитів, пов'язаних з туберкульозом з моменту встановлення діагнозу/початку лікування і до моменту опитування. При цьому останній медичний амбулаторний візит, включаючи час у дорозі та час очікування тривав в середньому 3 (IQR 2,0) години. В той же час, витрати на проїзд в обидва боки під час *останнього* амбулаторного візиту, для респондентів становили 48,0 (IQR 130,0) грн та будь-якого супроводжуючого члена сім'ї – 54,0 (IQR 156,0) грн відповідно. Серед опитаних лише 1,5% пацієнтів вказували на необхідність оплати за проживання під час останнього медичного амбулаторного візиту, в середньому 50,0 (IQR 2980,0) та 0,4% респондентів платили за будь-якого супроводжуючого члена сім'ї - 150,0 (IQR 0) грн відповідно.

Під час останнього медичного амбулаторного візиту 0,8% респондентів вказали на витрати за консультацію або рентген, КТ, МРТ, УЗД, тести на туберкульоз, протитуберкульозні ліки, інші ліки, включаючи дієтичні добавки, рекомендовані лікарем в середньому 350,0(IQR 3675,0) грн. Розподіл витрат на додаткові обстеження серед закладів охорони здоров'я представлений на рис 2.4.3. Як представлено на рис.2.4.3 найчастіше пацієнтам доводилось витрачати кошти в протитуберкульозних закладах, а найбільша сума витрат припадала на тести на туберкульоз – 1900,0¹² грн, протитуберкульозні ліки 1550,0 (IQR0) грн, рентгенографічне обстеження, КТ, МРТ, ультразвукове дослідження – 160,0 (IQR 943,0) грн; на консультацію- 350,0(IQR 3675,0) грн та інші ліки, включаючи дієтичні добавки (18,9% - гепатопротектори) - 310,0 (IQR 418,0) грн.



Рис. 2.4.3 Частота витрат пацієнтів на додаткові обстеження у закладах охорони здоров'я, %

Не зважаючи на активне впровадження програми фінансових гарантій, пацієнти продовжують витрачати власні кошти на обстеження та препарати, що свідчить про недостатнє фінансування за пакетом «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом у амбулаторних та стаціонарних умовах» та необхідність перегляду алгоритму діагностики та лікування ТБ, щоб наблизити їх доступність до ключових груп населення.

¹² Одиночні змінні відповідно представлені в абсолютних величинах без розрахунку діапазону значень, також це траплялось у випадку коли з вибірки лише один респондент зміг згадати суму, яку оплатив.

2.4.4 Витрати на лікування побічних реакцій

Небажані явища виникають при лікуванні будь-яких нозологій. При лікуванні ТБ використовується комбінація мінімум 4-х ефективних протитуберкульозних препаратів протягом мінімум 6-ти місяців, що відповідно збільшує вірогідність виникнення побічних реакцій. Першою причиною є кількість препаратів, тоді як другим фактором є відносно більша тривалість у порівнянні із гострими інфекційними захворюваннями легень.

Лікування ТБ іноді пов'язане із виникненням небажаних явищ, що обумовлювало відповідні витрати у 27,1% опитаних в середньому на 500,0 (IQR 817,0) грн, найчастіше (15,0%) на гепатопротектори («ліки для печінки»), що не мають доказового позитивного впливу при лікуванні ТБ та не використовуються з цією метою у більшості розвинених країн.

Варто зазначити, що витрати на активний моніторинг та корекцію побічних реакцій є суттєвими, особливо серед випадків МЛС-ТБ. У випадку МЛС-ТБ пацієнти мали на 50% вищу вірогідність витрат на побічні реакції OR 1.5 (95%CI 0.7; 3.3).

2.4.5 Витрати на харчування та проїзд для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини під час останнього амбулаторного візиту/амбулаторного лікування

Під час останнього амбулаторного візиту 29,3% (130) пацієнтів змушені були сплачувати за власне харчування та 77,2% (342) за проїзд, тоді як 5,9% (26) платили також за харчування супроводжуючого члена сім'ї, а також 10,2% (45) компенсували витрати за проїзд. На їжу та напої респонденти витрачали в середньому 50,0 (IQR 80,0) грн, тоді як проте додатково на супроводжуючу особу доводилось сплачувати ще 50,0 (IQR 80,0) грн. Мешканці міста мали незначну від'ємну кореляцію із витратами на їжу та напої для супроводжуваних осіб (Pearson Correlation, $r=-0.097$, $p=0.042$). Не було виявлено статистично значимої кореляції за цією категорією витрат та статусом пацієнта (дорослі та опікуни дітей (0-14 років), Pearson Correlation, $r=-0.055$, $p=0.244$), що може свідчити про однакову потребу супроводу серед дорослих та дітей у досліджуваній вибірці.

Витрати на проїзд становили в середньому 48,0 (IQR 130,0) грн для респондентів та 50,0 (IQR 116,0) грн для супроводжуваних осіб. Не було виявлено статистично значимої кореляції за цією категорією витрат та статусом пацієнта (дорослі та опікуни дітей (0-14 років), Pearson Correlation, $r=-0.062$, $p=0.190$), що може свідчити про однакову потребу сплачувати за проїзд у міському та приміському транспорті. Також не було виявлено кореляційного зв'язку з регіоном проживання (Spearman Correlation, $r=-0.05$, $p=0.290$). Мешканці міста мали незначну від'ємну кореляцію із витратами на власний проїзд (Pearson Correlation, $r=-0.147$, $p=0.002$) та проїзд супроводжуваних осіб, у порівнянні з сільськими мешканцями (Pearson Correlation, $r=-0.115$, $p=0.016$).

Таким чином, через втричі менші витрати на дорогу (на 80 грн) та на 10 грн менші витрати на харчування респондентам, які проживали у містах було суттєво дешевше здійснювати амбулаторні візити (Mann-Whitney U test, $p=0.001$). Отримані результати варто враховувати при плануванні та розподілі соціального супроводу для амбулаторного лікування.

Таким чином, через втричі менші витрати на дорогу (на 80 грн) та на 10 грн менші витрати на харчування респондентам, які проживали у містах було суттєво дешевше здійснювати амбулаторні візити (Mann-Whitney U test, $p=0.001$). Отримані результати варто враховувати при плануванні та розподілі соціального супроводу для амбулаторного лікування.

Для підрахунку сумарних витрат під час амбулаторного лікування було здійснено агрегацію даних за категоріями. Сумарні середні немедичні витрати (проїзд, харчування, купівля обладнання) пацієнтів під час амбулаторного лікування становили 133.4 (95%CI 23.0;243.8) грн. Витрати на відео-контрольоване лікування становили 94,3 (95%CI 53.9;134.6) грн, що було майже вдвічі більше, ніж звичайний ДОТ 51,1 (95%CI 26.9;75.3) грн (T test, $p=0.012$). Одним із можливих

пояснень є відносно вищий соціальний статус осіб, які мають доступ до смартфонів або персональних комп'ютерів, порівняно із загальною когортою хворих на ТБ. Пацієнти, що самостійно приймали препарати витрачали найбільше в середньому 322.1 (95%CI 0; 818.1) грн, що не досягло статистичної значимості при порівнянні із витратами при відео-ДОТ та ДОТ (T test, $p>0.05$ для обох випадків).

Сумарні середні медичні витрати пацієнтів під час амбулаторного лікування становили 630.5 (95%CI 256.7; 1004.2) грн. Після стратифікації даних за методом контрольованого лікування, було встановлено, що медичні витрати пацієнтів, які самостійно приймали препарати становили 347.5 (95%CI 44.1; 650.9) грн, в той час як респонденти на відео-ДОТ витрачали майже втричі більше - 1008,0 (95%CI 0; 2298.9) грн (T test, $p=0.201$), що може бути обумовлено активним моніторингом побічних реакцій та пропорційним збільшенням витрат для їх усунення. Пацієнти, що отримували традиційне ДОТ – 597.5 (95%CI 0; 1989.0) грн що було майже вдвічі менше у порівнянні з відео-контрольованим лікуванням (T test $p=0.516$) та дещо більше за витрати у когорті самостійного прийому протитуберкульозних препаратів (T test, $p=0.654$). Найбільшу частку витрат 47.7% при відео-ДОТ несподівано займали витрати за консультацію при останньому візиті (в середньому на 2600 грн), тоді як при традиційному ДОТ – таких витрат не було, що може свідчити про корупційну складову щодо необхідності вдячності за можливість лікуватись амбулаторно, без потреби відвідування ДОТ-кабінету.

2.5. Інші власні витрати

2.5.1 Витрати на харчування/дієтичні добавки

Збалансоване харчування є невідкладною складовою успішного лікування ТБ. Хоча харчування в протитуберкульозних стаціонарах є значно кращим, ніж у більшості загально-соматичних закладів, проте воно є недостатньо різноманітним та не може зрівнятися за смаковими характеристиками із домашніми продуктами, до яких пацієнти звикли. Саме тому значну частку у структурі витрат госпіталізованих пацієнтів з ТБ займає харчування.

На жаль, довірливі пацієнти схильні витрачати останні обмежені кошти на дієтичні добавки, які не є лікарськими засобами (не мають доведеного лікувального ефекту), проте через агресивну промоцію фармацевтичних представників їм часто приписують чудодійні властивості стимулюючи попит на українському фармакологічному ринку. Так 33,0% респондентів купували рекомендовані лікарем дієтичні добавки, витрачаючи на них останнього разу в середньому 280 (IQR 350,0) грн.

Традиційно особи, які зловживали алкоголем та/або вживали наркотики мали в 2 рази вищу ймовірність купувати гепатопротектори для «зцілення» печінки OR 2.1 (95%CI 1.3; 3.6), $p=0.003$.

2.5.2 Витрати, пов'язані з оформленням інвалідності

Працюючі особи, які захворіли на ТБ отримують виплати щодо тимчасової втрати працездатності згідно чинного законодавства. По завершенню 10 місячного терміну перебування на лікарняному листі або 5-ти місячного періоду лікування для непрацюючих осіб вони, як правило, направляються на медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) для визначення ступеню стійкої втрати працездатності.

Виплати особам з інвалідністю створюють певні корупційні ризики в медичній системі, адже переважна більшість пацієнтів працездатного віку є офіційно непрацюючими. Встановлення групи інвалідності є легальними соціальними виплатами, які пацієнти розглядають як більш легку альтернативу реальному пошуку роботи. Також дискусійними є часові проміжки проведення експертизи, адже у випадку чутливого ТБ дата МСЕК припадає на завершення лікування, в той час як основні витрати та можлива госпіталізація залишаються в минулому. В багатьох країнах відмовились від практики виплат допомоги у зв'язку з «інвалідністю», замінивши її

індивідуалізованими програмами реінтеграції пацієнтів в суспільство. На жаль, реформування МСЕК так і не відбулось, тому в українському законодавстві залишається простір для маніпуляцій у цій сфері.

В рамках дослідження було встановлено, що серед респондентів 21,5% мали стійку втрату працездатності, а 6,3% перебували в процесі оформлення документів. З іншого боку 1,8% пацієнтів повідомили, що не можуть оформити групу інвалідності так як це потребує додаткових витрат: 55,6% - на проїзд, 22,2% - на відновлення документів, 11,1% - на додаткові обстеження, 11,1% - на юридичні консультації.

Серед тих пацієнтів, що вже оформили групу інвалідності – 20,8% вказали, що змушені були платити за це. Зокрема 1 пацієнт витратив 50,0 грн на правову допомогу та 4 (10,8%) вказали на сплату матеріальної подяки в середньому 425 (95%CI 0; 1107,9) грн. Серед інших витрат пов'язаних із проходженням МСЕК та оформленням свідоцтва про стійку втрату працездатності були зокрема проїзд, необхідність укласти декларацію з сімейним лікарем, ксерокопії документів, необхідність оформлення банківської картки, харчування, - в середньому на 250 (IQR 824,0) грн.

Таким чином, існуюча система державних виплат для осіб з інвалідністю внаслідок ТБ має ряд бюрократичних перешкод, які породжують систему неформальних платежів. Замість отримання коштів для покращення якості життя, кожен 5 пацієнт змушений був витратити час та гроші для проходження МСЕК, що підриває довіру до всієї медичної інфраструктури. Замість зрозумілої та чіткої системи реабілітації та відновлення втраченої функції легень, пацієнтам пропонуються щомісячні виплати, які знижують мотивацію щодо пошуку роботи та можуть витратитись на алкоголь та цигарки, провокуючи повторні випадки хвороби.

2.5.3 Витрати, пов'язані з правовою, психологічною допомогою та іншими потребами

Частина пацієнтів потрапляє у складні життєві обставини, що потребують невідкладного вирішення побутових проблем та часто відновлення втрачених чи відсутніх роками документів. З метою уточнення витрат такого спрямування було проведено аналіз відповідей респондентів, який представлений у табл. 2.5.1.

Таблиця 2.5.1 Власні витрати пацієнтів на правову, психологічну допомогу та інші потреби

	Не було потреби	Сума оплати в грн	Безоплатно	Не пам'ятаю
Правова допомога	92,5%	0,7% 3000,0 (IQR 0)	6,3%	0,5%
Психологічна допомога	85,3%	0,3% 400,0 (IQR 0)	13,0%	1,3%
Компенсація дорого-вартісних обстежень (КТ, МРТ, тощо), виробів медпризначення	68,8%	13,3% 1000,0 (IQR 700,0)	15,7%	2,2%
Інше (обстеження родичів, гігієнічні набори, оренда житла тощо)	93,3%	1,7% 500,0 (IQR 1650,0)	2,2%	2,5%

Найбільша потреба серед пацієнтів у проходженні дороговартісних обстежень, частка осіб, які мали змогу пройти обстеження безоплатно та тих, хто були вимушені оплатити комп'ютерну томографію чи магнітно-резонансну томографію не відрізнялась (z-test for 2 Independent Proportions, $p=0.251$). НСЗУ має більш чітко контролювати можливість законтракованих фтизіопульмонологічних закладів проводити весь спектр необхідних діагностичних обстежень та належним чином реагувати на випадки власних витрат серед пацієнтів.

Після агрегації даних було проаналізовано сукупні інші власні витрати в розрізі регіонів. Було встановлено, що в середньому такі витрати становили 2379.8 (95%CI 0; 6050.1) грн без статистично значимих відмінностей між областями. Результати аналізу представлені в таблиці 2.5.2.

Таблиця 2.5.2 Сукупні інші власні витрати в розрізі регіонів, грн

Область						
Дніпро-петровська	Львівська	Одеська	Харківська	Київська	Чернігівська	Донецька
323.9 (95%CI 80.1; 567.7)	757.8 (95%CI 9.1;1506.5)	500.0 (IQR 950.0)	600.0 (IQR 0)	756 (95%CI 12.4;1499.6)	860.0 (95%CI 95.0; 1625.0)	805.0 (95%CI 192.6; 1417.4)
Friedman Test, p=0.365						

Найбільші витрати були у Донецькій області (за рахунок значної частки дороговартісних діагностичних обстежень), а найнижчі в Одеській, завдяки налагодженій співпраці із неурядовим сектором та можливості компенсувати низку витрат пацієнтів.

Сукупні медичні витрати на дієтичні добавки, оформлення інвалідності, правову, психологічну допомогу та інші потреби становили 643.8 (95%CI 0; 1371.8) грн, при цьому не було статистично значимих відмінностей між новими 687.5 (95%CI 0;5611.2) грн та повторними випадками лікування, які становили 600.0 (95%CI 0; 5682.5) (T test, p=0.090).

Сукупні інші немедичні витрати становили 3011.1 (95%CI 0; 8205.9) грн, при цьому повторні випадки майже в 5.5 разів більше витрачали на правову та психологічну допомогу 879.5 (95%CI 36.2;1722.8) грн проти 4787.5 (95%CI 0;15838.1) грн (T test, p=0.374).

Більшість пацієнтів мали різну структуру витрат протягом лікування, на що впливала низка факторів від місця проживання до системи організації медичної допомоги хворим на ТБ на рівні регіону. Для підрахунку загальних витрат ми здійснювали сумування агрегованих даних щодо витрат на різних етапах захворювання. Таким чином сукупні витрати дорівнювали сумі медичних та немедичних витрат до поточного лікування, під час госпіталізації, амбулаторного лікування та інших випадках без врахування відсоткової частки кожної категорії витрат у структурі.

За результатами проведеного опитування сукупні медичні витрати одного пацієнта з ТБ в середньому становили 891.1 (95%CI 228.8; 1553.3) грн, а немедичні -1264.0 (95%CI 0;3380.6) грн. (T test, p=0.576). В середньому один пацієнт від моменту звернення за медичною допомогою до завершення лікування витрачав 1077.5 (95%CI 296.7; 1858.3) грн, що залежало як від прихованих потреб у системі охорони здоров'я так і платоспроможності хворих на туберкульоз.

2.6. Зміна доходів та соціальні наслідки

Перед оцінкою зміни доходів варто враховувати соціальний стан в популяції дослідження. Розрахункові загальні витрати домогосподарств пацієнтів, уражених туберкульозом залежать від можливості оплачувати медичні та немедичні товари та послуги. Сімейний стан пацієнтів представлений на рис.2.6.1.



Рис.2.6.1 Сімейний стан пацієнтів, які брали участь в дослідженні, %

Третина пацієнтів перебували у зареєстрованому шлюбі, 17,7% мали співмешканців, в той час як решта ніколи не перебували у шлюбі, розлучились або були вдівцями. Рівень освіти безпосередньо впливає на поведінку та витрати пацієнтів, відповідний розподіл респондентів наведено в рисунку 2.6.2.



Рис. 2.6.2. Розподіл пацієнтів за рівнем освіти, %

Зокрема наочним прикладом впливу рівня освіти на власні витрати пацієнтів є придбання препаратів із недоведеною ефективністю, дієтичних добавок.

Як видно з табл. 2.6.1. частота витрат серед груп пацієнтів з різним рівнем освіти відрізняється. За результатами кростабуляції було встановлено, що $\chi^2(4) = 16.9, p = 0.002$, що підтверджує сильний зв'язок між рівнем освіти та витратами на препарати з недоведеною ефективністю. За родом занять пацієнти розподілялись наступним чином: 6 (1,0%) - студенти, 183 (30,5%) – робітники, 32 (5,3%) – службовці, 22 (3,7%) – підприємці, 3 (0,5%) – військові, 86 (14,3%) – пенсіонери, 254 (42,3%) – безробітні, 9 (1,5%) – в декретній відпустці, 22 (3,7%) – непрацюючі через стійку втрату працездатності, 3 (0,5%) – перебували на лікарняному.

Таблиця 2.6.1. Вплив рівня освіти на ймовірність витрат на препарати з недоведеною ефективністю (дієтичні добавки) для лікування туберкульозу

			Найвищий рівень освіти:					Загалом
			Незакінчена середня (9 класів)	Повна середня (11 класів)	Середня спеціальна (технікум, коледж)	Базова вища (бакалавр)	Повна вища (спеціаліст, магістр)	
Чи купуєте Ви будь-які дієтичні добавки поза звичайною дієтою через хворобу на туберкульоз, наприклад, вітаміни, рекомендовані лікарем?	Так	n	26	39	94	11	28	198
		Купую	13,1%	19,7%	47,5%	5,6%	14,1%	100,0%
		Рівень освіти:	33,3%	24,7%	33,3%	68,8%	42,4%	33,0%
		% від загальної кількості	4,3%	6,5%	15,7%	1,8%	4,7%	33,0%
	Ні	n, %	52	119	188	5	38	402
		Ні не купую	12,9%	29,6%	46,8%	1,2%	9,5%	100,0%
		Рівень освіти:	66,7%	75,3%	66,7%	31,3%	57,6%	67,0%
		% від загальної кількості	8,7%	19,8%	31,3%	0,8%	6,3%	67,0%
Загалом		n	78	158	282	16	66	600

Можливість компенсувати вартість дорогих обстеження (КТ, МРТ) або виробів медичного призначення мала сильний зв'язок з безробіттям ($\chi^2=8.5$, $p = 0.037$). Таким чином, соціальний статус пацієнта впливає на можливість проходити додаткові обстеження та на вибір лікування, що слід враховувати при впровадженні національних програм протидії захворюванню на ТБ та розуміння причин неефективності запропонованих інтервенцій.

2.6.1 Зміна доходу у зв'язку із захворюванням на ТБ

ТБ є соціально детермінованим захворюванням. На рис.2.6.3 представлено вплив ТБ на дохід.

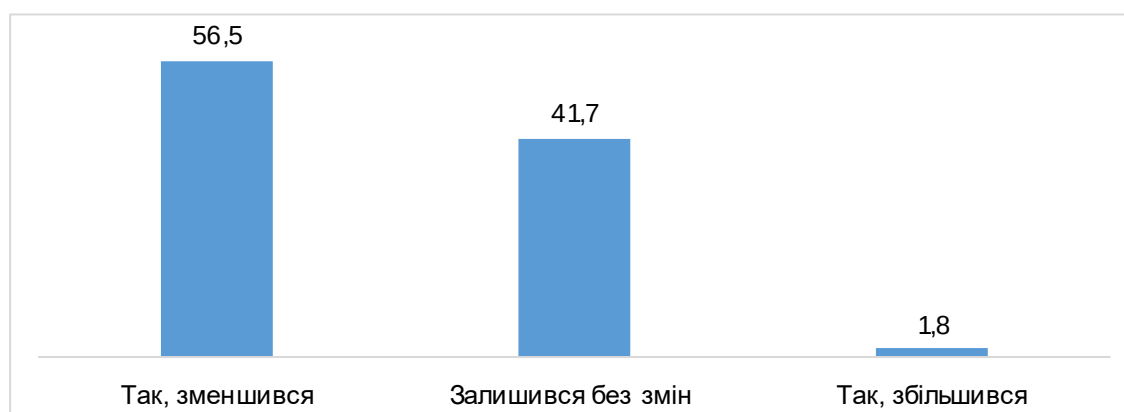


Рис. 2.6.3 Зміни доходу на місяць у зв'язку із захворюванням на туберкульоз, %

Пропорція тих, у кого доходи зменшились була значно більшою (на 14,8%) у порівнянні з пропорцією тих, у кого доходи за місяць не змінились (z-test for 2 Independent Proportions, $p < 0.0002$). Серед тих, у кого доходи зменшились - у 11,1% вони знизились на 40-50%, тоді як у переважної більшості респондентів (67,1%) доходи зменшились на понад половину.

2.6.2 Отримана соціальна підтримка

Після підтвердження діагнозу ТБ 60,8% респондентів отримували соціальну підтримку. Характер цієї підтримки представлений на рис. 2.6.2. Варто зазначити, що власні витрати пацієнтів мали набагато більший спектр та іншу структуру, ніж запропонована їм допомога. Зокрема майже 70% пацієнтів отримували харчові набори або талони на їжу, в той час як із попереднього аналізу медичних та немедичних витрат значна частка пацієнтів потребували компенсації проїзду, лабораторних та інструментальних обстежень.

Замовлення соціального супроводу лікування здійснюється у державних надавачів соціальних послуг та недержавних організацій, проте об'єм та характер соціальної підтримки сильно варіює в регіонах. Надання харчових та гігієнічних наборів є найпоширенішим видом допомоги, проте не всі пацієнти мають змогу обирати на власний розсуд, що їм найнеобхідніше. Звичайно додаткові продукти не є зайвими для домогосподарств, однак транспортні витрати та компенсація обстежень потребують значних коштів, призводячи до катастрофічних витрат серед найбідніших верств населення. Крупи чи консерви неможливо обміняти на квиток на автобус, тому якщо кошти відсутні – пацієнти залишаються вдома не маючи змоги отримати консультацію або отримати необхідні ліки для продовження лікування.

В табл. 2.6.2. ми представлено кореляцію між потребами та видом соціальної допомоги серед пацієнтів з ТБ, також на підставі цієї дискордантності яскраво видно чому соціальна підтримка має бути індивідуалізованою.

Як видно з таблиці 2.6.2 Не існує системного зв'язку між індивідуальними потребами пацієнтів та спроможністю соціальних служб забезпечити ці потреби, більше того - відношення шансів отримати допомогу незалежну від потреби майже не відрізняються.

Таблиця 2.6.2. Кореляція між, потребами та видом соціальної допомоги серед пацієнтів з ТБ

	% пацієнтів, які не отримали цей вид допомоги, але мали таку потребу	% пацієнтів, які отримали цей вид допомоги, але не висловили бажання отримувати його в подальшому	Pearson Chi-Square між потребою та наданою допомогою	p-value
Харчові набори	49,4	41,0	3.0	0.082
Фінансова допомога	3,0	100	0.03	0.860
Грошова компенсація на проїзд	31,1	85,7	1.8	0.181
Компенсація дороговартісних обстежень	31,4	75,0	0.1	0.701

Сектор соціальної допомоги має регулярно актуалізувати потреби пацієнтів протягом лікування.

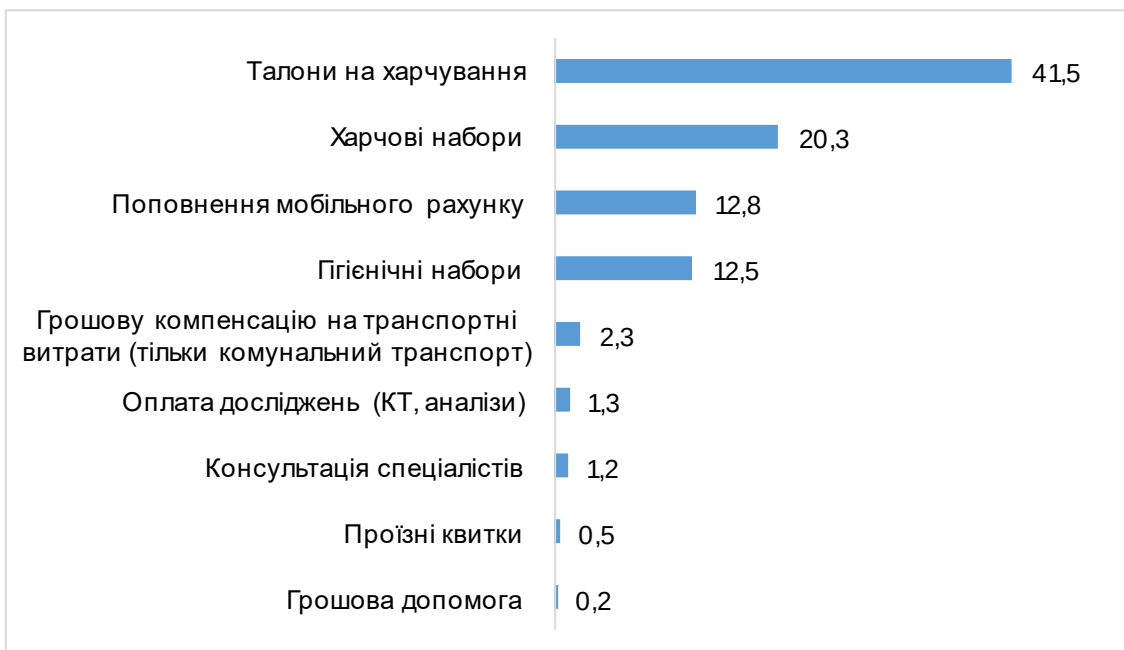


Рис. 2.6.4 Вид соціальної підтримки після діагностики туберкульозу, %

Формування бюджету соціальних послуг має орієнтуватись на потреби, які пацієнти не можуть компенсувати власним коштом. Через поширену систему готівкових розрахунків в маршрутному транспорті, особливо приміського сполучення має бути розроблена система компенсації проїзду для сільського населення, що не може документально підтвердити наявність квитка. Важливим етапом зменшення витрат пацієнтів є забір зразків біологічного матеріалу (мокротиння, кров, сеча) для активного моніторингу ефективності лікування та виявлення побічних реакцій до медикаментів.

На жаль, найбільше на соціальний стан пацієнтів впливає власне лікувально-діагностичний процес, тому всебічне вивчення медичних та немедичних витрат за умов діючого пакету медичних гарантій зможе чітко розмежувати реальні можливості надавачів послуг та надасть важливу інформацію неурядовому сектору для планування супроводу в регіонах.

2.6.3 Зміни в соціальному та приватному житті

Через високий рівень стигми в українському суспільстві щодо ТБ, підтвердження діагнозу суттєво впливає на соціальне та приватне життя пацієнтів. Понад третина пацієнтів повідомили про втрату роботи, кожен 5-ий респондент вказав на соціальне відчуження (рис. 2.6.5). Такий стан речей потребує посилення інформаційної кампанії щодо виліковності ТБ та, окрім висвітлення шляхів передачі інфекції, акцентування на критеріях припинення контагіозності та середніх термінах конверсії мокротиння.



Рис. 2.6.5 Вплив діагнозу «туберкульоз» на життя, %

Нерідко ТБ руйнує не лише звичне коло спілкування чи професійні відносини, але й особисті стосунки та сім'ї. Розрив відносин не обов'язково є наслідком страху перед передачею інфекції від партнера, не менш важливо усвідомлювати весь спектр проблем, які супроводжують пацієнта з ТБ, що перетворює стосунки на випробування, яке не всі здатні пройти. Необхідність тривалого лікування та значні витрати вимагають перегляду планів на майбутнє, що посилює психологічне пригнічення.

2.6.4 Необхідна підтримка під час лікування ТБ

Бюджет надавачів соціальних послуг обмежений, тому для охоплення якомога більшої кількості громадян соціальною допомогою найчастіше обирається універсальний вид підтримки, наприклад продуктовий набір, хоча потреба в саме в продуктах, та саме таких продуктах є питанням постійних дискусій. Не маючи вибору, пацієнти охоче погоджуються на такий вид допомоги, проте, на жаль, харчі не вирішують більшість нагальних потреб на конкретному етапі діагностики та лікування ТБ. З іншого боку, за умов недостатнього фінансування, витратити значну частку бюджету на дороговартісне обстеження частини пацієнтів, залишивши решту наодинці із проблемами теж було б неетично. Тому наразі зустрічаються випадки, коли пацієнт потребує проходження КТ, але отримує продуктовий набір. Чи зможе такий вид соціальної допомоги сприяти прихильності до лікування залишається риторичним питанням, адже щоб заробити ці кошти – частині пацієнтів потрібно буде працювати понаднормово та можливо пропустити прийом ліків. Якщо пацієнт отримує поповнення мобільного рахунку, це зменшує його щомісячні витрати і є приємним заохоченням співпрацювати з медичними чи соціальними працівниками, проте це навряд чи допоможе із нотаріальним оформленням спадщини, а на момент госпіталізації жоден нотаріус до нього в стаціонар не приїде.

Такі випадки невідповідності допомоги та потреб, переростають у перерви лікування для вирішення нагальних потреб. Частина пацієнтів, які були вимушені перервати лікування вже ніколи не повертаються або втрачені для подальшого спостереження. На рис. 2.6.6 зображені потреби в подальшій підтримці протягом лікування.

Важливо зазначити, що майже третина пацієнтів очікує допомоги в лікуванні побічних ефектів та компенсації витрат на обстеження, що є ненаданими медичними послугами, які створюють соціальні проблеми. Іншою важливою прогалиною в соціальній підтримці є утримання

дітей на момент госпіталізації батьків чи опікуна, а також утримання домашніх тварин та присадибної ділянки у сільській місцевості на період обстеження та лікування.



Рис. 2.6.6. Потреба в додатковій підтримці впродовж лікування туберкульозу, %

Проведене дослідження дозволяє оцінити весь спектр медичних та немедичних власних витрат пацієнтів від моменту звернення за медичною допомогою до підтвердження діагнозу та лікування. В той же час виконане дослідження має низку обмежень.

Через те, що різні пацієнти знаходились на різному етапі лікування – характеристика витрат може дуже варіювати, враховуючи той факт, що госпітальний етап є більш витратним, ніж амбулаторне лікування. Часто пацієнти можуть не знати або не пам'ятати за що саме вони платили, особливо це стосується благодійних внесків. При опитуванні пацієнти вказували назву обстеження на власний розсуд, наприклад «КТ», хоча комп'ютерна томографія може бути з контрастом та без контрастування та анатомічної зони обстеження, що впливає на вартість діагностики. Теж обмеження стосується вартості аналізів, аналіз крові може бути як загальним аналізом крові, так і дороговартісним тестом на виділення гамма-інтерферону. Іншим важливим обмеженням є пам'ять - з часом забуваються точні проміжки часу та вартість обстежень.

При аналізі витрат варто пам'ятати важливість домінуючих емоцій, пов'язаних із системою охорони здоров'я, які можуть спонукати як перебільшувати (бажання помститись), так і применшувати витрати (страх бути покараним). В будь якому випадку, перевірити інформацію відображену в опитувальнику дуже важко, адже пацієнти не надавали жодних підтверджуючих документів власних витрат (квитків, квитанцій, чеків тощо).

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО РОЗДІЛУ 2

Висновки

- Особи із симптомами ТБ звертаються для верифікації діагнозу переважно у заклади третинного рівня - регіональні фтизіопульмонологічні центри, що свідчить про високу централізацію послуги та неспроможність первинної та вторинної ланки медичної допомоги налагодити діагностичний процес ТБ.
- Пацієнти не орієнтуються в тривалості та фазах лікування ТБ, тому не можуть планувати свої витрати.
- Проїзд, лабораторні та діагностичні обстеження, придбання ліків є характерними витратами для різних ланок медичної допомоги, хоча й з певними регіональними особливостями.
- Сукупні власні медичні витрати до поточного лікування в середньому на одного пацієнта становили майже 780 грн., без врахування часу втраченого на дорогу та візити, тоді як немедичні витрати до поточного лікування становили в середньому майже 330 грн.
- Госпіталізація поглиблює витрати пацієнтів, як медичні, в середньому на майже 900 грн, так і немедичні – на майже 600 грн.
- Під час амбулаторного лікування найчастіше пацієнти витрачають кошти на проїзд та корекцію побічних реакцій.
- Дороговартісні діагностичні обстеження мають найбільшу затребуваність в компенсації на всіх етапах лікування.
- Сукупні медичні витрати одного пацієнта з ТБ в середньому становили 891.1 грн, а немедичні -1264.0 грн, що в середньому відповідає 1077.5 грн з одного пацієнта.
- Туберкульоз робить сім'ї біднішими, не зважаючи на соціальний статус, місце проживання та клінічні характеристики захворювання.
- Дослідження витрат населення є рушійним інструментом для впливу на політики уряду щодо розрахунку реальної вартості медичних послуг та зменшення витрат осіб, яких торкнулась проблема ТБ.
- Зменшення рівня перерв лікування та підвищення якості життя пацієнтів з туберкульозом потребує переорієнтації соціального супроводу лікування на індивідуальні потреби пацієнтів.

Рекомендації

- У зв'язку з тим, що власні витрати пацієнтів є важливим бар'єром до вчасної діагностики та завершення лікування ТБ власникам комунальних закладів охорони здоров'я та НСЗУ слід посилити контроль за виконанням умов закупівлі медичних послуг за напрямками «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги» та «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах».
- При черговому перегляді пакету медичних гарантій НСЗУ та розрахунку вартості послуг мають бути враховані власні медичні витрати пацієнтів з ТБ на рівні 890 гривень з метою зменшення кількості хворих на ТБ, що потрапили у складні життєві ситуації через потребу діагностики та лікування.
- Надавачам соціальних послуг при плануванні бюджету потрібно врахувати немедичні витрати хворих на ТБ на рівні 1260 грн.
- Соціальний супровід для формування прихильності до лікування має бути індивідуалізований із врахуванням дискордантності між виявленими потребами та видом наданої соціальної підтримки.
- Для ефективного використання та моніторингу фінансування медичних послуг щодо діагностики та лікування ТБ і латентної туберкульозної інфекції та враховуючи той факт, що обидва пакети НСЗУ включають амбулаторне лікування ТБ, розглянути можливість розділення

напрямків стаціонарної та амбулаторної допомоги хворим на ТБ в пакетах медичних гарантій.

- З метою зменшення стигми, покращення раннього виявлення ТБ та прихильності до лікування розширити коло фахівців, які можуть здійснювати діагностику та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, амбулаторно, включивши до переліку лікарів-пульмонологів, інфекціоністів, які працюють у різних закладах охорони здоров'я не залежно від форми власності.
- Надати можливість пацієнтам самим обирати соціальну підтримку, яку вони вважають оптимальною на даному етапі лікування, виходячи із наявного фінансування.
- У зв'язку із воєнним станом, розпочати активний скринінг на ТБ серед внутрішньо-переміщених осіб та виявлення потреб пацієнтів з ТБ, що змушені були залишити свої домівки через бойові дії.

РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАТРАТ ПАЦІЄНТІВ, ПОВ'ЯЗАНИХ З ДІАГНОСТИКОЮ ВІЛ НА РІВНІ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

3.1. Соціально-демографічні, поведінкові та клінічні характеристики учасників дослідження

У опитуванні взяли участь мешканці 7 регіонів: Дніпропетровської, Львівської, Одеської, Харківської областей та м. Києва – по 90 осіб, Чернігівська та Донецька області – по 75 осіб (табл. 3.1.1). Переважна більшість (83,5%) проживають у місті або селищі міського типу.

Серед опитаних дещо вища частка жінок (52%). Більшість опитаних старше 36 років, найбільш чисельною є вікова група 36-45 років (42,5%).

Серед опитаних 27,8% перебувають у зареєстрованому шлюбі, 21,3% – у незареєстрованому, ще 22,2% ніколи не перебували у шлюбі, 16,7% – розлучені, 12% – вдови/вдівці.

Близько половини опитаних (45%) мають середню спеціальну освіту, це найчисельніша освітня група. Ще 22,8% мають повну середню освіту, 18% – повну вищу, 6,2% – базову вищу. Також 8% респондентів мають незакінчену середню освіту.

Найчисельніша професійна група серед опитаних – це робітники/різноробочі (38,2%). При цьому серед опитаних 24,7% безробітних.

Таблиця 3.1.1. Соціально-демографічні характеристики респондентів загалом та за типом випадку

		Вперше діагностовано		Перебуває на лікуванні тривалий час		Загалом	
		к-сть осіб	%	к-сть осіб	%	к-сть осіб	%
Стать	Чоловіча	173	52,3%	115	42,8%	288	48,0%
	Жіноча	158	47,7%	154	57,2%	312	52,0%
Вік	молодше 18 років	0	0	14	5,2%	14	2,3%
	18-25 років	26	7,9%	6	2,2%	32	5,3%
	26-35 років	90	27,2%	48	17,8%	138	23,0%
	36-45 років	138	41,7%	117	43,5%	255	42,5%
	46-55 років	56	16,9%	70	26,0%	126	21,0%
	старше 56 років	21	6,3%	14	5,2%	35	5,8%
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	95	28,7%	72	26,8%	167	27,8%
	Розлучений (на)	53	16,0%	47	17,5%	100	16,7%
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	77	23,3%	51	19,0%	128	21,3%
	Вдівець/вдова	28	8,5%	44	16,4%	72	12,0%
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	78	23,6%	55	20,4%	133	22,2%
Рівень освіти	Незакінчена середня (9 класів)	25	7,6%	23	8,6%	48	8,0%
	Повна середня (11 класів)	81	24,5%	56	20,8%	137	22,8%
	Середня спеціальна (технікум, коледж)	149	45,0%	121	45,0%	270	45,0%
	Базова вища (бакалавр)	21	6,3%	16	5,9%	37	6,2%
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	55	16,6%	53	19,7%	108	18,0%
Рід занять	Учень/студент	5	1,5%	6	2,2%	11	1,8%
	Робітник/різноробочий	146	44,1%	115	42,8%	229	38,2%
	Службовець	19	5,7%	22	8,2%	29	4,8%
	Військовослужбовець	2	0,6%	1	,4%	3	0,5%
	Підприємець (самозайнята особа)	21	6,3%	21	7,8%	42	7,0%
	Пенсіонер	15	4,5%	21	7,8%	36	6,0%
	Непрацездатний (на)	24	7,3%	20	7,4%	29	4,8%
	Безробітний (на)	88	26,6%	61	22,7%	148	24,7%
	Інше	27	8,2%	28	10,4%	91	15,2%
Тип населеного пункту	Місто/смт	263	79,5%	238	88,5%	501	83,5%
	Село	68	20,5%	31	11,5%	99	16,5%
Область/ місто	Дніпропетровська	46	13,9%	44	16,4%	90	15,0%
	Львівська	54	16,3%	36	13,4%	90	15,0%
	Одеська	54	16,3%	36	13,4%	90	15,0%
	Харківська	49	14,8%	41	15,2%	90	15,0%
	Київ	54	16,3%	36	13,4%	90	15,0%
	Чернігівська	45	13,6%	30	11,2%	75	12,5%
	Донецька	29	8,8%	46	17,1%	75	12,5%

Переважна більшість опитаних проходила лікування у Регіональному центрі громадського здоров'я (94,2%) (рис.3.1.1).



Рис. 3.1.1 Розподіл респондентів за категорією лікувального закладу, %

Близько половини респондентів (46,8%) розпочали лікування у 2021 році, більшість опитаних розпочала лікування після 2020 року (рис.3.1.2).

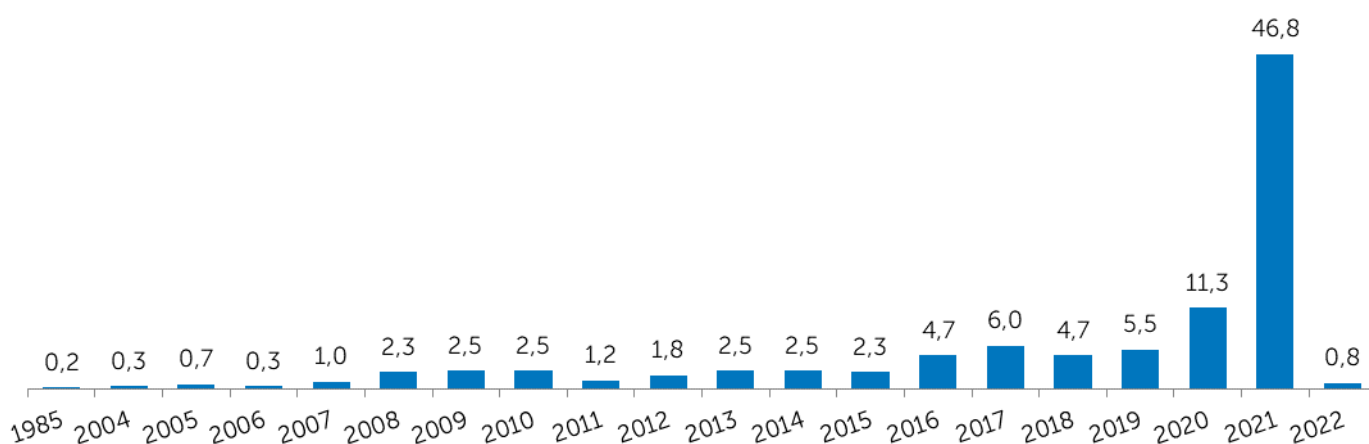


Рис. 3.1.2 Дата початку лікування, %

Так само, більшість опитаних було взято під медичний нагляд після 2020 року (58,2% опитаних) (рис.3.1.3).

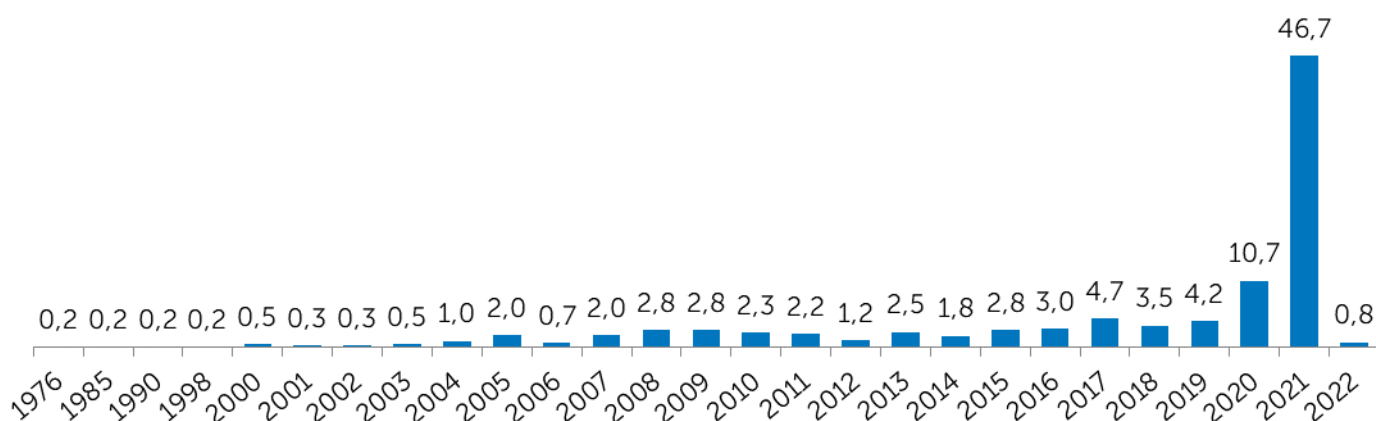


Рис. 3.1.3 Дата взяття особи під медичний нагляд та встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції, %

При цьому більшість опитаних (54,8%) були взяті під медичний нагляд до початку лікування. Всього 5% опитаних були взяті під медичний нагляд після початку лікування. Ще для 40,2% респондентів дата взяття під медичний нагляд та встановлення діагнозу співпадає з датою початку лікування (табл.3.1.2).

Таблиця 3.1.2 Респонденти, які були взяті під медичний нагляд до/після початку лікування

	К-сть опитаних	% до всіх опитаних
Взяття особи під медичний нагляд та встановлення діагнозу раніше ніж початок лікування	329	54,8
Дата взяття особи під медичний нагляд та встановлення діагнозу співпадає з датою початку лікування	241	40,2
Початок лікування раніше ніж взяття особи під медичний нагляд та встановлення діагнозу	30	5,0

Серед опитаних було госпіталізовано лише 13,8% респондентів (рис.3.1.4).

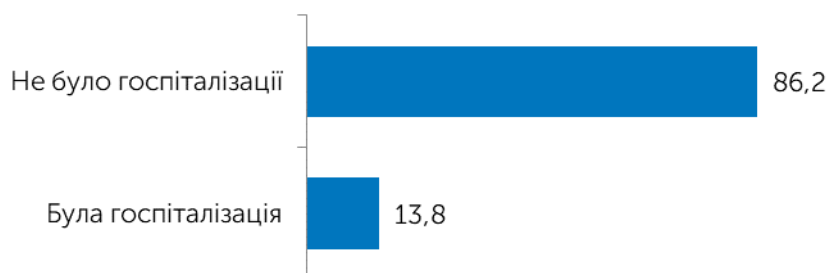


Рис. 3.1.4 Наявність/відсутність госпіталізації, %

Близько половини респондентів (42,2%) були госпіталізовані у 2021 році, також висока частка тих, хто був госпіталізований у 1999 році (30,1%) (рис.3.1.5).

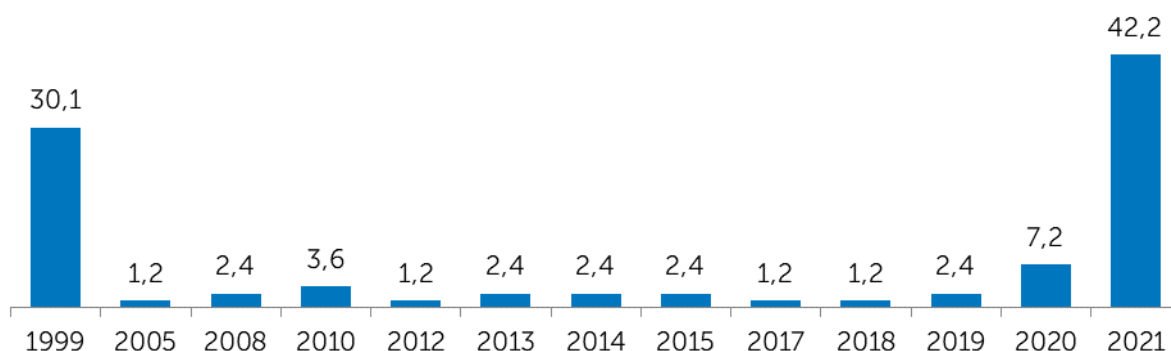


Рис. 3.1.5 Дата госпіталізації, % до тих, хто був госпіталізований

При цьому у майже половини опитаних лікування почалось після госпіталізації (47%), лише у 15,7% початок лікування раніше ніж госпіталізація. Ще у 37,3% опитаних дата початку лікування співпадає з датою госпіталізації (табл. 3.1.3).

Таблиця 3.1.3 Респонденти, які були госпіталізовані до/після початку лікування

	К-сть опитаних	% до тих, хто був госпіталізований
Початок лікування раніше ніж госпіталізація	13	15,7
Дата початку лікування співпадає з датою госпіталізації	31	37,3
Госпіталізація раніше ніж початок лікування	39	47,0

Також у більшості опитаних (55,2%) хворобу було діагностовано вперше (рис. 3.1.6).

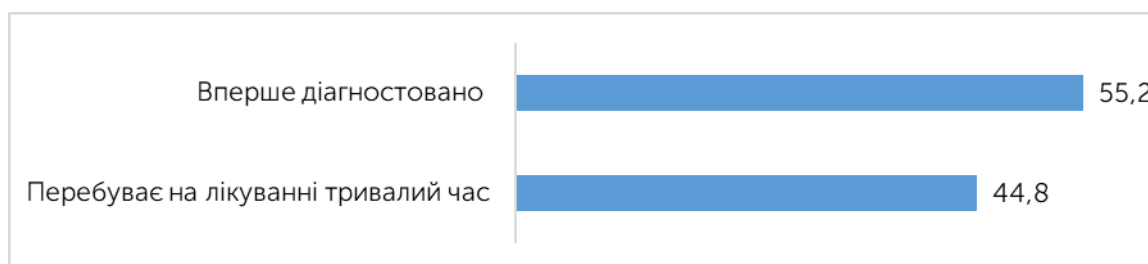


Рис. 3.1.6 Тип випадку, %

Серед опитаних найвищою є частка тих, хто має першу клінічну стадію ВІЛ-інфекції (34%), ще 16,7% мають другу стадію, 25% - третю стадію, 24,3% - четверту стадію (рис.3.1.7).

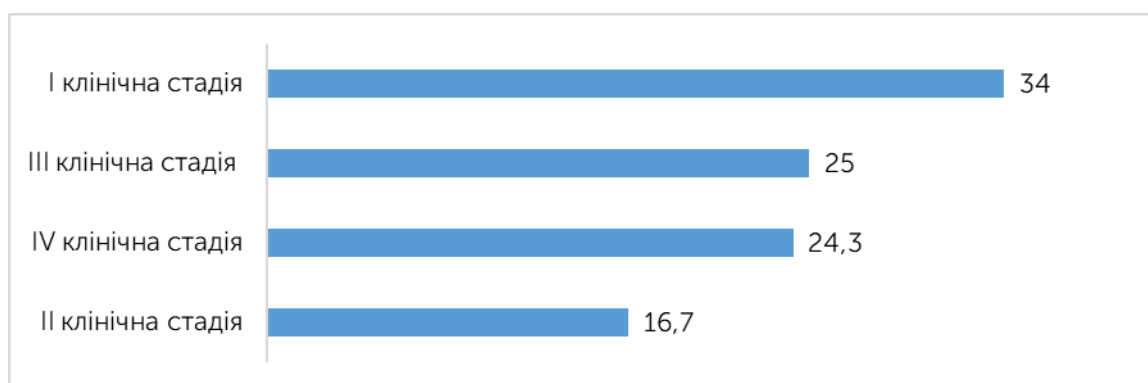


Рис. 3.1.7 Стадія хвороби, %

Більшість опитаних (61,3%) знаходяться на амбулаторному лікуванні без супроводу. Ще 38,2% - на амбулаторному лікуванні з супроводом. Лише 0,5% опитаних респондентів лікуються стаціонарно (рис.3.1.8).

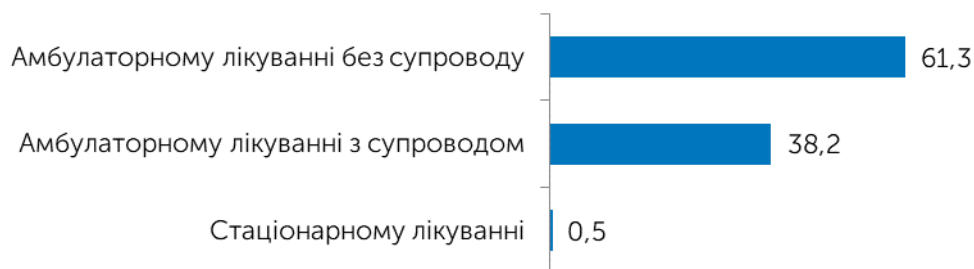


Рис. 3.1.8 Формат лікування, %

Основними факторами ризику зараження ВІЛ-інфекцією серед опитаних респондентів є споживання ін'єкційних наркотиків (28,2%) та супутнє захворювання (15,3%) (рис.3.1.9).



Рис.3.1.9 Фактори ризику, %

У категорії «Інший» респонденти називали: незахищені статеві контакти (10,7%), контакти гетеросексуальні з ВІЛ-інфікованими (4,8%), ризиковану статеву поведінку (2,5%), дитина від ВІЛ-інфікованої жінки (1,3%), контакт з ЛЖВ (1,2%), партнер СІН (0,8%), учасник ЗПТ (0,8%).

Таким чином, більшість опитаних (83,5%) проживають у міській місцевості, при цьому по регіонам розподіл досить рівномірний: Дніпропетровська, Львівська, Одеська, Харківська області та м. Київ – по 90 осіб, Чернігівська та Донецька області – по 75 осіб.

Серед опитаних дещо вища частка жінок (52%). Більшість опитаних старше 36 років, найбільш чисельною є вікова група 36-45 років (42,5%).

За освітнім рівнем найчисельніша група – респонденти з середньою освітою (45%). Найчисельніша професійна група серед опитаних – це робітники/різноробочі (38,2%).

Переважає більшість опитаних проходила лікування у Регіональному центрі громадського здоров'я (94,2%), при цьому близько половини респондентів (46,8%) розпочали лікування у 2021 році. Лише 13,8% респондентів було госпіталізовано.

У більшості опитаних (55,2%) хворобу було діагностовано вперше, найвищою є частка тих, хто має першу клінічну стадію ВІЛ-інфекції (34%). Більшість опитаних (61,3%) знаходяться на амбулаторному лікуванні без супроводу.

Основними факторами ризику зараження ВІЛ-інфекцією серед опитаних респондентів є споживання ін'єкційних наркотиків (28,2%) та супутнє захворювання (15,3%).

3.2. Власні витрати пацієнтів до поточного лікування ВІЛ-інфекції

Власні медичні витрати пацієнтів до поточного лікування ВІЛ-інфекції включають в себе витрати на скринінгові дослідження на наявність антитіл до ВІЛ, загальні аналізи (крові, сечі), лабораторні дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією (CD4 -лімфоцити, ВІЛ-вірусне навантаження). Це перший етап витрат, з якими стикаються пацієнти, хворі на ВІЛ. Це означає, що такі витрати не були заздалегідь передбачені у бюджеті домогосподарства чи окремої особи, і можуть стати значним фінансовим тягарем.

3.2.1 Власні медичні витрати і витрати часу під час діагностики ВІЛ-інфекції (до початку лікування ВІЛ-інфекції)

Більшість опитаних (54%) вперше звернулись до послуг тестування на ВІЛ-інфекцію у 2019-2021 роках. При цьому 9,3% опитаних не змогли назвати дату (рис.3.2.1).

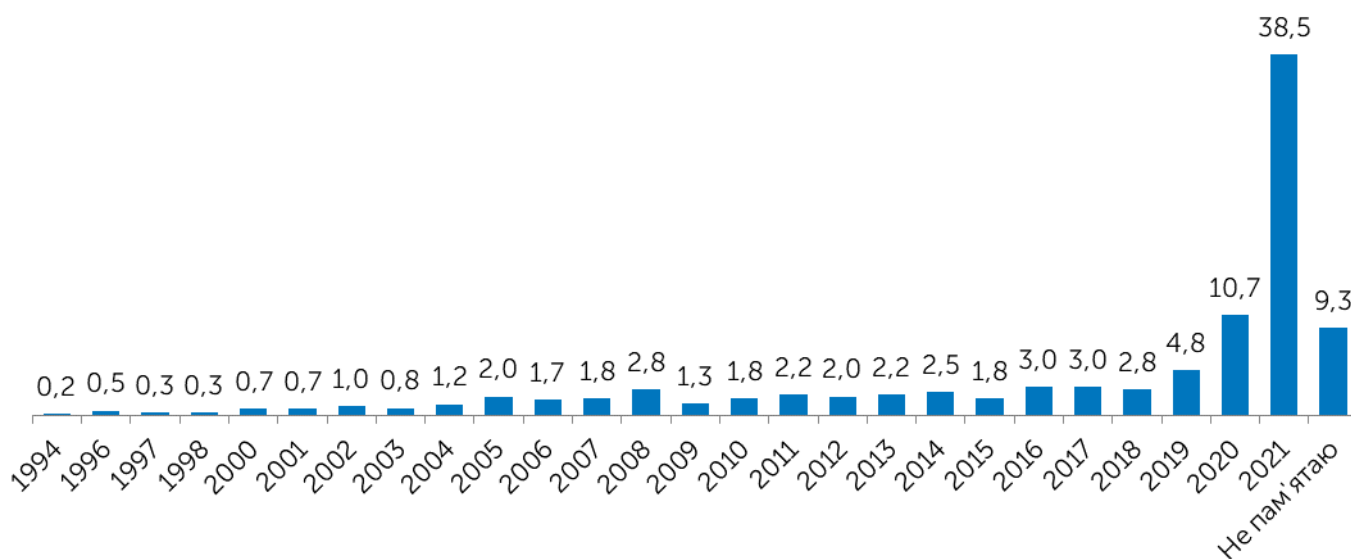


Рис.3.2.1 Дата першого тестування на ВІЛ, %

Переважна більшість звертались до послуг тестування у медзакладі, НДО (96,2%), лише 3,8% тестувались вдома (рис.3.2.2).

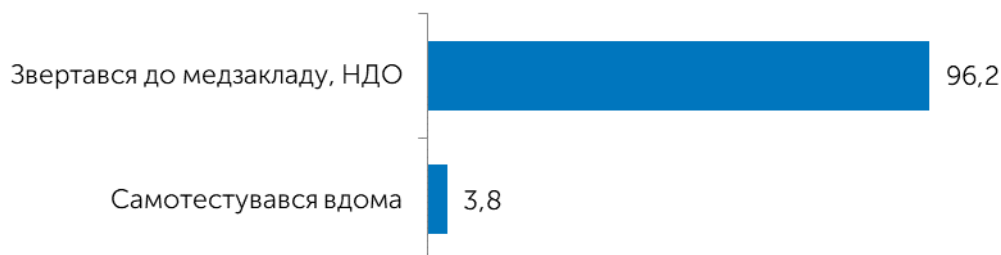


Рис. 3.2.2 Формат тестування, %

При цьому більшість опитаних (62,2%) звертались за послугами тестування один раз (тобто, підтвердили діагноз з першого разу), ще 24,8% звертались двічі, і лише 10% опитаних звертались за послугами тестування більше двох разів (рис.3.2.3).

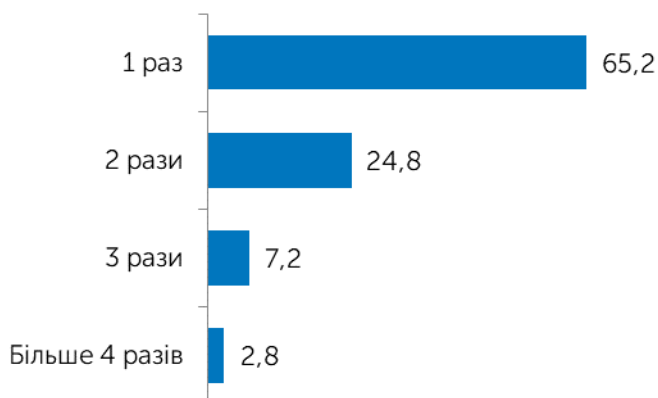


Рис. 3.2.3 К-сть звертань за послугами тестування, %

Найчастіше респонденти звертались за послугами тестування до трьох категорій медичних закладів: 62,2% питаних звертались за послугою тестування до регіонального центру громадського здоров'я, 18,2% – у міські поліклініки, ще 13% у центральні/районні лікарні. Максимальна кількість візитів за послугами тестування, по яким збиралась інформація, складає 7 візитів (рис.3.2.4).

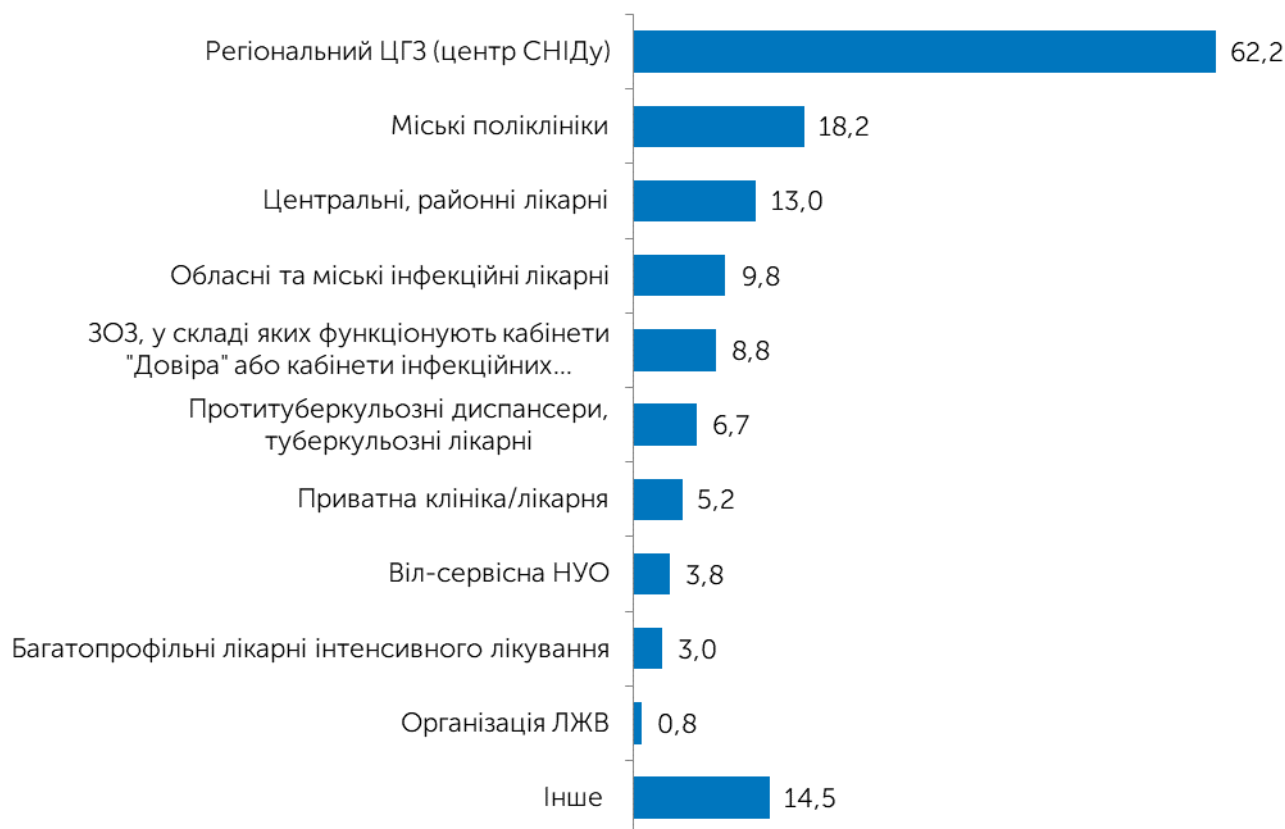


Рис. 3.2.4 Заклади, до яких звертались за послугами тестування, %

Як було зазначено вище, переважна більшість опитаних (90%) звертались за послугами тестування 1 або 2 рази. Медіанне значення кількості днів, яка минула до початку лікування по першому візиту складає 10 днів, по другому – 7 днів (табл.3.2.1).

Таблиця 3.2.1 Кількість днів, яка минула до початку лікування по 7 візітам

Номер візиту	1	2	3	4	5	6	7
Медіана	10	7	8	14	14	1734	1644
Мінімум	0	0	0	1	1	1734	1644
Максимум	6570	6191	5040	4680	1825	1734	1644
% тих, хто відповів на дане питання	97,3	33,8	9,7	2,7	1,8	0,2	0,2
к-сть тих, хто відповів на дане питання	584	203	58	16	11	1	1

До поточного тестування ВІЛ-інфекції більшість опитаних (65,3%) звертались до регіонального центру громадського здоров'я. Відсоток тих, хто звертався до міської поліклініки або районної лікарні, суттєво нижче (18% і 15% відповідно). Респонденти могли надати інформацію про 7 таких візитів (рис.3.2.5).



Рис.3.2.5 Тип медзакладу, до якого звертались за послугами тестування, %

В цілому респонденти не втрачали багато часу на дорогу до цих закладів: медіанне значення по першому і другому візітам складає 80 хвилин (табл. 3.2.2).

Таблиця 3.2.2 Час у дорозі в обидва боки (хвилин) по 7 візітам

Номер візиту	1	2	3	4	5	6	7
Медіана	80	80	60	60	120	35	120
Мінімум	2	2	2	10	10	10	60
Максимум	2400	1440	1440	360	2880	60	180
% тих, хто відповів на дане питання	87,2	30,3	8,3	2,0	1,5	0,3	0,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	523	182	50	12	9	2	2

На візит респонденти витрачали ще менше часу, ніж на дорогу: медіанне значення по першому візиту – 40 хвилин, по другому візиту – 60 хвилин (табл. 3.2.3).

Таблиця 3.2.3 Час, витрачений на візит (хвилин) по 7 візітам

Номер візиту	1	2	3	4	5	6	7
Медіана	40	60	40	30	45	15	100
Мінімум	1	2	1	5	10	10	20
Максимум	480	480	240	90	180	20	180
% тих, хто відповів на дане питання	86,8	31,0	8,8	2,2	1,7	0,3	0,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	521	186	53	13	10	2	2

Опитані респонденти не мали власних витрат на етапах передтестового та післятестового консультування. Щодо витрати власних коштів на передтестове консультування лише 1 респондент оцінив витрати власних коштів у 200 грн, ще 5 респондентів назвали суми від 1 до 4 грн. По післятестовому консультуванню 5 респондентів назвали суми від 1 до 4 грн, 1 респонденти оцінив свої витрати у 15 грн.

Під час скринінгового дослідження респонденти найчастіше витрачали гроші на ІФА (35,3% опитаних, ще близько 22% платили за швидкий тест, менше одного відсотка – на аналізи. Оскільки це відкрите питання, рівень відповідей низький, сума менше за 100% (рис. 3.2.6).

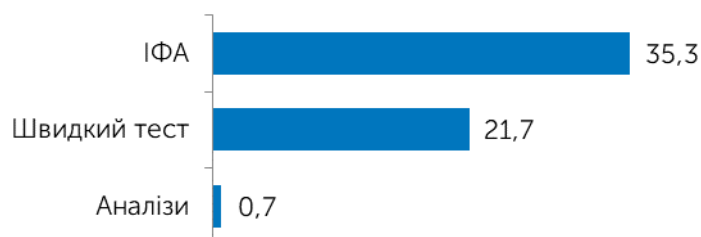


Рис. 3.2.6 Статті витрат під час скринінгового дослідження, %

Під час загальних аналізів респонденти найчастіше витрачали кошти на загальний аналіз крові (17,8%) та загальний аналіз сечі (6,2%) (рис. 3.2.7).



Рис. 3.2.7 Статті витрат під час загальних аналізів, %

Середні витрати на скринінгові дослідження складають 378 грн. Тобто, більшість респондентів не витрачали власні кошти на цей вид досліджень, лише 3 опитаних зазначили, що не пам'ятають. Середні витрати на загальні аналізи дещо нижче, ніж на скринінгові та лабораторні дослідження (212 грн і 378 грн і 248 грн відповідно). Слід зазначити, що рівень відповідей на питання щодо витрат на лабораторні дослідження складає менше 1% (табл. 3.2.4).

В середньому медичні витрати пацієнтів до поточного лікування ВІЛ-інфекції за всіма статтями складають 306 грн. Найвищі витрати на скринінгові дослідження – в середньому 378 грн, найнижчі – на загальні аналізи (212 грн в середньому) (табл. 3.2.4).

Таблиця 3.2.4 Власні медичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції, грн

	Витрати на скринінгові дослідження, грн	Витрати на загальні аналізи, грн	Витрати на лабораторні дослідження, грн	Всього
Середнє	378	212	248	306
Медіана	275	150	200	200
Мінімум	20	10	50	10
Максимум	2000	850	500	2000
% тих, хто відповів на дане питання	3,0	6,7	0,8	9,0
к-сть тих, хто відповів на дане питання	18	40	5	54

Усі медичні витрати респондентів до поточного лікування ВІЛ-інфекції мають статистично значущий зв'язок з областю проживання, факторами ризику та типом зайнятості. Також за рядом ознак, розглянутих нижче, відсутній статистично значущий зв'язок, незважаючи на різницю у середніх витратах. Це може бути пов'язано з недостатньою кількістю спостережень (тобто, незначною чисельністю респондентів, які витрачали власні кошти на медичні послуги). У майбутніх дослідженнях обсяг вибірки може бути збільшено для підвищення надійності оцінок.

Так, найвищі медичні витрати на цьому етапі лікування мають респонденти у Дніпропетровській та Одеській областях (471 грн та 434 грн відповідно), найнижчі – у Чернігівській області (126 грн) (табл. 3.2.5).

Таблиця 3.2.5 Середні медичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції за областю проживання, типом населеного пункту, типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування, фактором ризику

		Середні витрати, грн
Області/ місто	Дніпропетровська	471
	Львівська	300
	Одеська	434
	Харківська	357
	Київ	315
	Чернігівська	126
	Донецька	250
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	341
	Село	197
Тип випадку	Вперше діагностовано	375
	Перебуває на лікуванні тривалий час	213
Клінічна стадія	I клінічна стадія	284
	II клінічна стадія	395
	III- IV клінічна стадія	274
Формат лікування	Стаціонарному лікуванні	200
	Амбулаторному лікуванні з супроводом	345
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	296
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	506
	Споживання ін'єкційних наркотиків	127
	Супутнє захворювання	274
	Особи, які перебувають за межею бідності	365
	Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	180
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	724
	Працівники комерційного сексу	200

За типом населеного пункту витрати жителів міст/СМТ вище, ніж жителів сіл (341 грн проти 197 грн). (табл. 3.2.5). Це можна пояснити меншим обсягом медичних послуг, які отримують мешканці сіл (наприклад, через складність доїзду до медичних закладів, вищі витрати на дорогу і т.д.).

За типом випадку дещо вищі середні медичні витрати мають респонденти, у яких ВІЛ-діагностовано вперше, порівняно з тими, які перебувають на лікуванні тривалий час (375 грн проти 213 грн) (табл. 3.2.5). Це знову таки може бути пов'язано з меншим обсягом послуг (аналізів, скринінгів і т.д.), яких потребують респонденти, які вже перебувають на лікуванні.

За стадіями хвороби дещо вищі витрати у хворих на II клінічній стадії (395 грн), але статистично значущого зв'язку між медичними витратами на цьому етапі лікування та стадією хвороби не виявлено (табл. 3.2.5).

В залежності від формату лікування найвищі середній витрати у респондентів, які знаходяться на амбулаторному лікуванні з супроводом (345 грн), найнижчі – у тих, хто знаходиться на стаціонарному лікуванні (200 грн) (табл. 3.2.5). Це можна пояснити тим, що на стаціонарному лікуванні хворі мають ширший доступ до безкоштовних медичних послуг (аналізів, скринінгів і т.д.).

За факторами ризику найвищі витрати мають ЧСЧ (724 грн) та особи, які зловживають алкоголем (506 грн), найнижчі – особи, які споживають наркотики (127 грн), та особи, нещодавно

звільнені з установ пенітенціарної служби (180 грн) (табл. 3.2.5). Можна припустити, що нижчі витрати пов'язані з меншою кількістю отриманих медичних послуг цими категоріями осіб (як платних, так і безкоштовних).

За соціально-демографічними характеристиками дещо вищі витрати мають чоловіки (377 грн) порівняно з жінками (264 грн) (табл. 3.2.6).

Таблиця 3.2.6 Середні медичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції за соціально-демографічними характеристиками

		Середні витрати, грн
Стать	Чоловіки	377
	Жінки	264
Вік	18-25 років	840
	26-35 років	251
	36-45 років	221
	46-55 років	381
	старше 56 років	405
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	345
	Розлучений (на)	424
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/ співмешкання	151
	Вдівець/вдова	381
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	201
Тип зайнятості	Учень/студент	375
	Робітник/різноробочий	326
	Службовець	303
	Підприємець (самозайнята особа)	143
	Пенсіонер	525
	Непрацездатний (на)	990
	Безробітний (на)	206

За віковими групами найвищі витрати має молодь (840 грн) та особи старше 56 років (405 грн) (табл. 3.2.6). Можна припустити, що молодь готова витрачати кошти на медичні послуги, і бажає отримати ширший спектр послуг, а люди старшого віку мають більшу потребу у медичних послугах. У той час як люди середнього віку мають менше потребують медичних послуг, і рідше готові витрачати на них власні кошти, у порівнянні з молоддю.

За сімейним станом вищі медичні витрати о респондентів, які перебувають зареєстрованому шлюбі (345 грн) та розлучених (424 грн), найнижчі – у тих, хто перебуває у незареєстрованому шлюбі (151 грн) та ніколи не були одруженими (201 грн) (табл. 3.2.6).

За типом зайнятості найвищі витрати у непрацездатних осіб (990 грн) та пенсіонерів (525 грн). Це, ймовірно, пов'язано з високими потребами у медичних послугах через незадовільний стан здоров'я цих категорій респондентів (табл. 3.2.6).

Таким чином, медичні витрати власних до поточного лікування ВІЛ-інфекції в середньому складають 306 грн та мають статистично значущий зв'язок з областю проживання (найвищі медичні витрати у Дніпропетровській та Одеській областях, найнижчі – у Чернігівській області), факторами ризику (найвищі витрати мають ЧСЧ та особи, які зловживають алкоголем) та типом зайнятості (найвищі витрати у непрацездатних осіб та пенсіонерів).

Витрати часу також є важливим аспектом, адже більшість візитів респонденти вимушені здійснювати у робочий час, відповідно, свій робочий час вони втрачають, тому втрати часу, опосередковано, також є втратами власних коштів. Витрати часу на цьому етапі є незначними: близько 80 хвилин на дорогу та до однієї години на візит.

3.2.2 Власні немедичні витрати і витрати часу пацієнтів до і під час діагностики ВІЛ-інфекції

Немедичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції включають в себе витрати на проїзд до закладу в обидва боки, харчування під час відвідування медичного закладу, витрати на проживання, благодійні внески на рахунок медзакладу та матеріальну подяку медичному персоналу. Необхідність витратити кошти на немедичні статті може стати серйозною перешкодою у лікуванні ВІЛ-інфекції у випадку відсутності у пацієнта матеріальних ресурсів на це. Особливо актуальною ця проблема є на першому етапі, до та під час діагностики: чимало людей можуть вперше стикнутись з подібним типом витрат. Так, наприклад, пацієнтам з сільської місцевості може знадобитись їхати до населеного пункту, до якого вони ніколи раніше не їздили. Відсутність попереднього досвіду спричиняє суттєво вищі витрати і часу, і грошей.

Серед статей немедичних витрат найвищі витрати на проживання (в середньому 780 грн) та на матеріальну подяку медичному персоналу (в середньому 547 грн). Але рівень відповідей на ці питання досить низький (0,3% та 3,5% відповідно).

Найвищий рівень відповідей на питання щодо витрат на проїзд: такі витрати мали близько 71% респондентів, в середньому на проїзд в обидва боки витрачали 129 грн (табл. 3.2.7).

В середньому усі немедичні витрати респондентів складають 197 грн.

Таблиця 3.2.7 Немедичні витрати респондентів, грн

	Проїзд в обидва боки до закладу	Харчування під час відвідування медичного закладу	Проживання	Благодійні внески на рахунок медзакладу	Матеріальна подяка	Інше	Всього
Середнє	129	113	780	114	547	205	197
Медіана	40	50	780	55	99	205	70
Мінімум	1	6	60	5	10	10	1
Максимум	3360	4000	1500	600	6000	400	6205
% тих, хто відповів на дане питання	71,3	23,2	0,3	5,0	3,5	0,3	74,3
к-сть тих, хто відповів на питання	428	139	2	30	21	2	446

Серед інших витрат респонденти назвали витрати на медогляд, а також на такі розхідні матеріали як перчатки та шприци: середні витрати складають 205 грн.

Витрати на проїзд мають статистично значущу кореляцію на рівні 5% (за критеріями Хі-квадрат) типом зайнятості, за типом випадку, та типом населеного пункту.

Так, найвищі середні витрати на проїзд мають військовослужбовці (210 грн), учні/студенти (192 грн) та підприємці (154 грн), найнижчі витрати – у пенсіонерів (74 грн) (табл. 3.2.8).

Таблиця 3.2.8 Середні витрати на проїзд за типом зайнятості, типом випадку та типом населеного пункту

		Середні витрати, грн
Тип зайнятості	Учень/студент	192
	Робітник/різноробочий	127
	Службовець	100
	Військовослужбовець	210
	Підприємець (самозайнята особа)	154
	Пенсіонер	74
	Непрацевдатний (на)	102
	Безробітний (на)	129
Тип випадку	Вперше діагностовано	146
	Перебуває на лікуванні тривалий час	103
Тип населеного пункту	Місто/смт	115
	Село	189

За типом випадку середні витрати на проїзд вищі у тих опитаних, у кого ВІЛ було діагностовано вперше (146 грн проти 103 грн) (табл. 3.2.8).

Також середні витрати на проїзд, природно, є вищими для жителів сільської місцевості (189 грн проти 115 грн для містян) (табл. 3.2.8).

Витрати на харчування мають статистично значущий зв'язок з типом випадку та статтю.

Так, середні витрати на харчування чоловіків становлять 158 грн, а жінок – 82 грн, що є досить типовою тенденцією для різних соціальних груп. (табл. 3.2.9)

Таблиця 3.2.9 Середні витрати на харчування за статтю та типом випадку

		Середні витрати, грн
Стать	Чоловіча	158
	Жіноча	82
Тип випадку	Вперше діагностовано	141
	Перебуває на лікуванні тривалий час	65

Витрати на харчування опитаних, у яких вперше продіагностовано ВІЛ, вище, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (158 грн проти 82 грн) (табл. 3.2.9).

При цьому, усі немедичні витрати респондентів практично не відрізняються за типом випадку: 199 грн у тих, у кого ВІЛ діагностовано вперше, та 194 грн у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (табл.3.2.10).

Таблиця 3.2.10 Середні немедичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції за типом випадку, клінічною стадією і форматом лікування

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	199
	Перебуває на лікуванні тривалий час	194
Клінічна стадія	I клінічна стадія	206
	II клінічна стадія	211
	III- IV клінічна стадія	184
Формат лікування	Стационарному лікуванні	225
	Амбулаторному лікуванні з супроводом	194
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	198

Так само, середні немедичні витрати практично не відрізняються за стадіями хвороби респондентів та за форматом лікування (табл.3.2.10).

Є різниця у середніх немедичних витратах за факторами ризику, незначущий коефіцієнт кореляції може бути пов'язаний з недостатньою кількістю спостережень. Так, найвищі витрати мають респонденти з супутнім захворюванням (355 грн в середньому) та респонденти, які зловживають алкоголем (300 грн), найнижчі – споживачі ін'єкційних наркотиків (88 грн) та особи за межею бідності (96 грн) (табл.3.2.11). Можна припустити, що ці дві категорії відмовляються від певних статей немедичних витрат через недостатність коштів.

Таблиця 3.2.11 Середні немедичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції за факторами ризику

	Середні витрати, грн
Зловживання алкоголем	300
Споживання ін'єкційних наркотиків	88
Супутнє захворювання	355
Особи, які перебувають за межею бідності	96
Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	128
ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	180
Працівники комерційного сексу	180

Середні витрати респондентів за немедичними статтями мають статистично значущу кореляцію з сімейним станом та типом населеного пункту. Так, у жителів сільської місцевості середні немедичні витрати складають 312 грн, у той час, як у містян – 170 грн (табл.3.2.12). Це пов'язано з суттєво вищими транспортними витратами жителів сіл.

Таблиця 3.2.12 Середні немедичні витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції за типом населеного пункту, сімейним станом, за областями та статтю

		Середні витрати, грн
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	170
	Село	312
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	286
	Розлучений (на)	143
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	188
	Вдівець/вдова	204
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	113
Області/ місто	Дніпропетровська	143
	Львівська	212
	Одеська	275
	Харківська	209
	Київ	159
	Чернігівська	198
	Донецька	155
Стать	Чоловіки	222
	Жінки	174

Нижчі витрати мають одинаки: 113 грн у респондентів, які ніколи не перебували у шлюбі, та 143 грн у розлучених респондентів (табл.3.2.12). При цьому витрати респондентів у зареєстрованому шлюбі є суттєво вищими (286 грн). Це може бути пов'язано з тим, що немедичні витрати на цьому етапі лікування включають також витрати на супроводжуючу особу.

Є відмінності і за областями проживання респондентів за цими статтями витрат: дещо нижчі витрати мають жителі Дніпропетровської (143 грн), Донецької (155 грн) областей та м. Київ (159 грн), найвищі витрати у жителів Одеської (275 грн) та Львівської (212 грн) областей (табл.3.2.12).

Немедичні витрати чоловіків дещо вищі, ніж у жінок (222 грн проти 174 грн) (табл.3.2.12).

Також немає залежності між немедичним витратами та типом зайнятості і рівнем освіти.

В середньому немедичні витрати респондентів на цьому етапі лікування складають 197 грн. Середні немедичні витрати практично не відрізняються за стадіями хвороби респондентів та за форматом лікування, але мають статистично значущу кореляцію з сімейним станом (нижчі витрати мають одинаки) та типом населеного пункту (у жителів сіл витрати вище).

3.2.3 Власні витрати пацієнтів на діагностику опортуністичних інфекцій (OI), супутніх захворювань, інструментальні дослідження (УЗД, рентген, ЕКГ) і отримання інших послуг (КТ, вузькі спеціалісти)

Суттєвою статтею витрат до поточного лікування ВІЛ-інфекції можуть стати витрати на діагностику опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань. Більш того, саме супутні захворювання можуть стати причиною звернення до медичних закладів.

Більшість респондентів проходили на безоплатній основі скринінгові дослідження на туберкульоз (66,8%), дослідження на маркери вірусного гепатиту В (56,3%), дослідження на маркери вірусного гепатиту С (60,2%). Близько половини опитаних проходили на безоплатній основі скринінгові дослідження на сифіліс та інші ІПСШ (49,7%). Досить мала частка респондентів проходила на безоплатній основі дослідження наявності антитіл до токсоплазми (IgG) (28%), при цьому близько 30% опитаних взагалі не проходили подібні дослідження (рис.2.8).

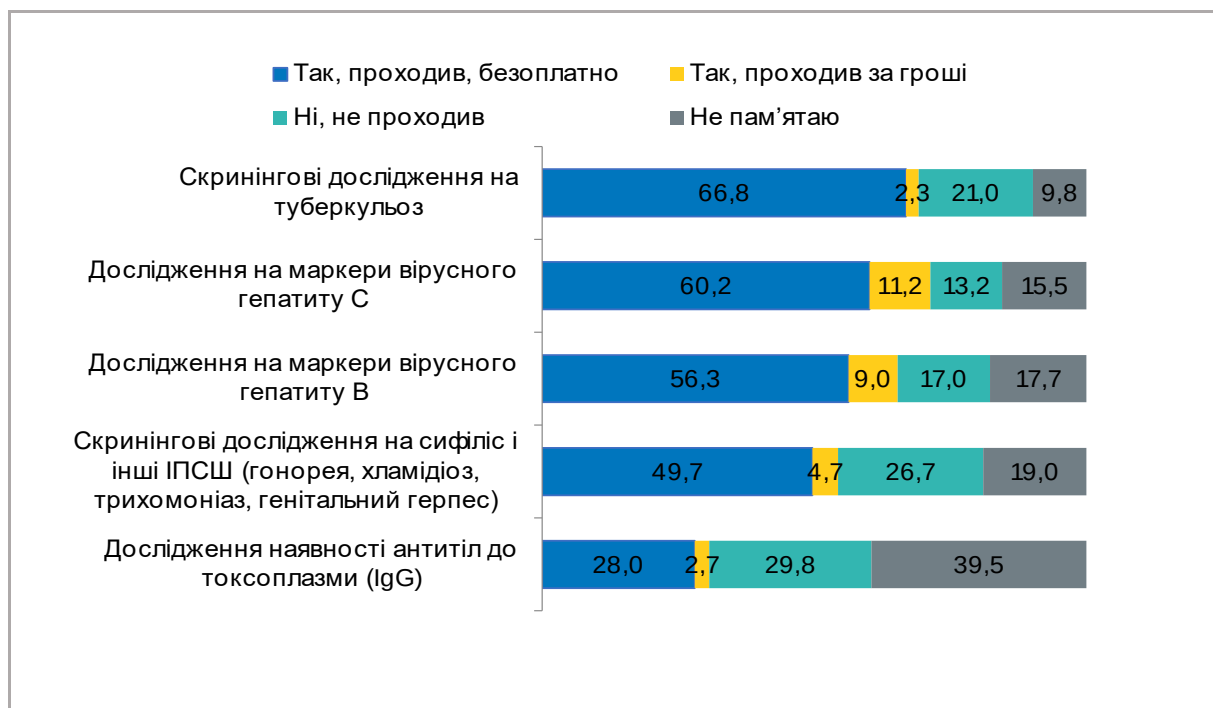


Рис.3.2.8 Дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань, %

Скринінгові дослідження на туберкульоз, дослідження на маркери вірусного гепатиту В та С більшість опитаних проходили у регіональному центрі громадського здоров'я (52%, 57,4% та 56,8% відповідно) (табл.3.2.13).

Дослідження на сифіліс і інші ІПСШ близько половини респондентів (47,9%) проходили у регіональному ЦГЗ, 12,3% - у міській поліклініці, 11% - у обласній або міській інфекційній лікарні. У інших медичних установах відповідні дослідження проходили менше 10% опитаних.

Дослідження наявності антитіл до токсоплазми (IgG) більшість опитаних (53,8%) також проходили у ЦГЗ.

Таблиця 3.2.13 Медичні установи, у яких проходили різні види скринінгових досліджень, % до тих, хто проходив

	Скринінгові дослідження на туберкульоз	Скринінгові дослідження на маркери вірусного гепатиту В	Дослідження на маркери вірусного гепатиту С	Скринінгові дослідження на сифіліс і інші ІПСШ	Скринінгові дослідження наявності антитіл до токсоплазми (IgG)
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	52,0	57,4	56,8	47,9	53,8
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	19,5	5,6	5,8	6,7	7,1
Міські поліклініки	8,9	5,4	4,9	12,3	4,3
Обласні та міські інфекційні лікарні	6,5	9,7	9,3	11	19
Центральні, районні лікарні	5,5	5,1	5,1	6,7	3,3
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	3,6	3,8	3,7	4,3	5,4
Приватна клініка/лікарня	1,9	9,7	10,3	5,2	5,4
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	0,5	0,5	1,2	2,8	0,5
Віл-сервісна НУО	0,5	1,3	1,2	0,9	0,5
Організація ЛЖВ	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0
Інше	1,0	1,5	1,4	2,1	0,5

Скринінгові дослідження на туберкульоз на платній основі найчастіше проходили у міських поліклініках (28,6%) та протитуберкульозних лікарнях (21,4%) (табл.3.2.14). Також, хоча 43,8% опитаних проходили скринінгові дослідження наявності антитіл до токсоплазми у приватних лікарнях, 18,8% опитаних проходили цей вид дослідження платно у міській поліклініці, і ще 18,8% - у протитуберкульозних лікарнях. Всі інші обстеження більшість опитаних проходили на платній основі у приватних лікарнях.

Таблиця 3.2.14 Медичні установи, у яких проходили різні види скринінгових досліджень на платній основі, % до тих, хто проходив дослідження платно

	Скринінгові дослідження на туберкульоз	Скринінгові дослідження на маркери вірусного гепатиту В	Дослідження на маркери вірусного гепатиту С	Скринінгові дослідження ІПСШ	Скринінгові дослідження наявності антитіл до токсоплазми
Міські поліклініки	28,6	3,7	3,0	10,7	18,8
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	21,4	0,0	0,0	3,6	18,8
Приватна клініка/лікарня	14,3	63,0	59,7	57,1	43,8
Обласні та міські інфекційні лікарні	14,3	5,6	4,5	3,6	6,3
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	7,1	14,8	17,9	7,1	0,0
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	7,1	3,7	3,0	7,1	6,3
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	7,1	0,0	1,5	0,0	0,0
Центральні, районні лікарні	0,0	5,6	6,0	7,1	6,3
Віл-сервісна НУО	0,0	0,0	1,5	0,0	0,0
Інше	0,0	3,7	3,0	3,6	0,0

Серед інструментальних обстежень лише рентген більшість опитаних проходили безкоштовно (52,8%). УЗД безкоштовно проходили 25% опитаних, ЕКГ – 39,7%, КТ – 8,7%, при цьому значна частина опитаних взагалі не проходила цих обстежень (56,2%, 47,2%, 71,3% відповідно) (рис.3.2.9).

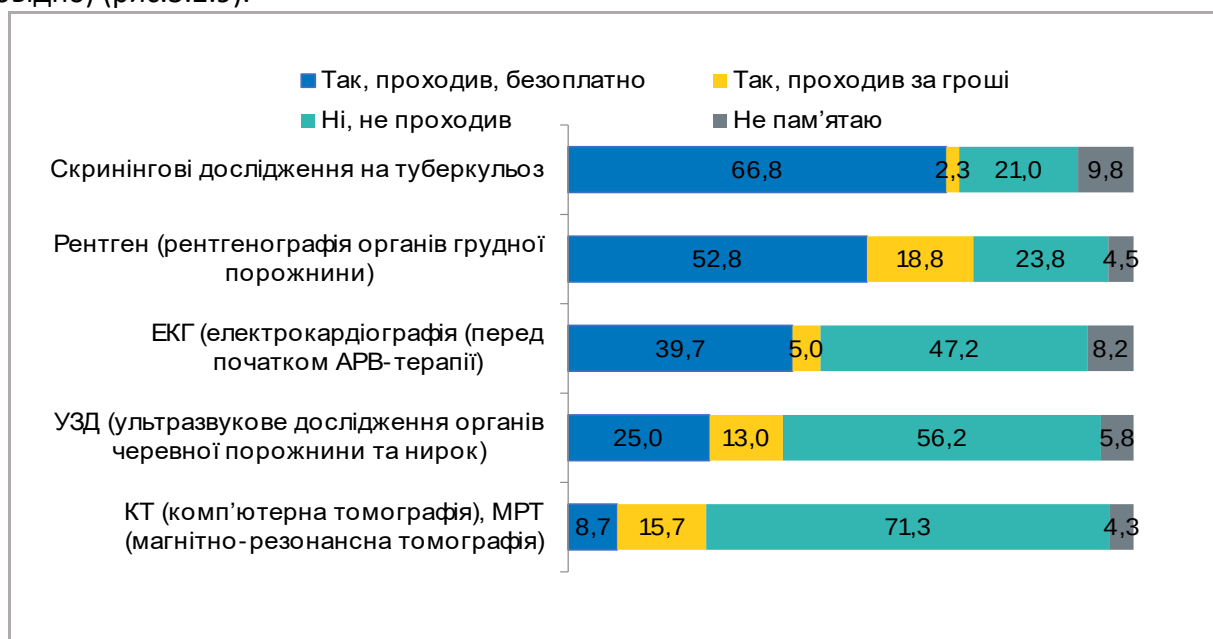


Рис.3.2.9 Інструментальні обстеження (обов'язкові), пов'язані з ВІЛ, %

Близько третини респондентів (28,6%) проходили УЗД у регіональному ЦГЗ, ще 22,5% - у міській поліклініці, 17,2% - у приватній лікарні, 14,5% - у центральній/районній лікарні. У інших медичних установах це обстеження проходили менше 10% опитаних (табл.3.2.15).

Таблиця 3.2.15. Медичні установи, у яких проходили різні види обстежень, % до тих, хто проходив

	УЗД	Рентген	ЕКГ	КТ/МРТ	Консультації у вузьких спеціалістів
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	28,6	19,5	18,7	11,6	66,0
Міські поліклініки	22,5	30,5	36,9	13,7	30,5
Приватна клініка/лікарня	17,2	5,6	5,2	32,2	11,3
Центральні, районні лікарні	14,5	14,2	15,7	10,3	11,3
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	6,6	17,2	10,4	6,2	15,8
Обласні та міські інфекційні лікарні	4,4	7,0	6,7	6,2	7,9
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	3,5	1,4	2,2	13,0	5,9
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	1,8	2,8	3,0	0,0	3,4
Віл-сервісна НУО	0,9	0,2	0,4	6,8	
Організація ЛЖВ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5
Інше	0,0	1,6	0,7	0,0	0,5

Рентген найчастіше проходили у міських поліклініках (30%), регіональному ЦГЗ (19,5%), протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (17,2%) та центральних/районних лікарнях (14,2%).

ЕКГ також найчастіше проходили у міських поліклініках (36,9%), регіональному ЦГЗ (18,7%), центральних/районних лікарнях (15,7%) та протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (10,4%).

КТ/МРТ – це єдиний вид обстеження, яке опитані респонденти найчастіше проходили у приватних клініках (32,2%).

Найчастіше консультації у вузьких спеціалістів респонденти проходили у регіональному ЦГЗ (66%), міських поліклініках (30,5%), протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (15,8%), приватних клініках (11,3%) та центральних/районних клініках (11,3%).

На платній основі у приватних клініках близько половини респондентів проходили УЗД (41%), КТ/МРТ (45,7%) та консультації у вузьких спеціалістів (48,8%) (табл.3.2.16). При цьому рентген на платній основі лише 15% опитаних пройшли у приватних клініках, а 38,1% - у міських поліклініках платили за це обстеження. ЕКГ у приватних поліклініках на платній основі проходили 36,7%, а у міських поліклініках – 40%.

Таблиця 3.2.16 Медичні установи, у яких проходили різні види обстежень на платній основі, % до тих, хто проходив платно

	УЗД	Рентген	ЕКГ	КТ/МРТ	Консультації у вузьких спеціалістів
Приватна клініка/лікарня	41,0	15,0	36,7	45,7	48,8
Міські поліклініки	26,9	38,1	40,0	12,8	14,6
Центральні, районні лікарні	14,1	19,5	13,3	11,7	12,2
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	6,4	0,9	3,3	13,8	17,1
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	5,1	13,3	0,0	3,2	0,0
Обласні та міські інфекційні лікарні	3,8	6,2	3,3	4,3	2,4
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	1,3	2,7	3,3	0,0	0,0
Віл-сервісна НУО	1,3	0,0	0,0	5,3	0,0
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	0,0	4,4		3,2	2,4
Організація ЛЖВ	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4

Більшість опитаних (66,2%) не проходили консультації у вузьких спеціалістів. Серед тих, хто проходив, в середньому 88,2% проходили їх на безоплатній основі, ще 11,8% (в середньому) платили за відповідні консультації.

Серед тих, хто звертався до вузьких спеціалістів, найчастіше опитані респонденти звертались до гінеколога (49,3%), фтизіатра (18,7%), офтальмолога (18,7%), дерматолога (13,3%) та невропатолога (11,3%) (рис.3.2.10).



Рис. 3.2.10 Консультації у вузьких спеціалістів, % до тих, хто проходив

У категорії «Інший» респонденти називали таких лікарів як стоматолог, психолог, ендокринолог, психіатр, гастроентеролог, пульмонолог, онколог, невролог, фізіотерапевт, уролог, нейрохірург, нарколог, мамолог, імунолог.

Середні витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (ОІ) і супутніх захворювань складають 971 грн (табл.3.2.17). Серед цих досліджень найбільше

респонденти витрачали на дослідження наявності антитіл до токсоплазми (в середньому 915 грн) та на скринінгові дослідження на туберкульоз (782 грн) та сифіліс і інші ІПСШ (718 грн).

Середні витрати на інструментальні обстеження, пов'язані з ВІЛ, послуги та консультації вузьких спеціалістів дещо нижчі і складають 559 грн (табл.2.17). Найвищі витрати – на консультації «вузьких» спеціалістів (590 грн в середньому) та на ЕКГ (577 грн в середньому).

Таблиця 3.2.17 Витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження, грн

	Витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань	Витрати на інструментальні обстеження, пов'язані з ВІЛ, послуги та консультації вузьких спеціалістів	Всього
Середнє	971	559	840
Медіана	600	200	400
Мінімум	30	4	4
Максимум	6000	26000	26000
% тих, хто відповів на дане питання	14,5	32,2	38,2
к-сть тих, хто відповів на дане питання	87	193	229

Витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань мають статистично значущий зв'язок з типом випадку та віком опитаних.

Так, найнижчі витрати у старших вікових груп: 46-55 років (788 грн) та у групи старше 56 років (971 грн) (табл.3.2.18).

Таблиця 3.2.18 Середні витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань за віковими групами та типом випадку

	Середні витрати, грн
Вік	18-25 років
	2063
	26-35 років
	906
	36-45 років
Тип випадку	1045
	46-55 років
	788
	старше 56 років
	971
Тип випадку	Вперше діагностовано
	1098
	Перебуває на лікуванні тривалий час
	841

Витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій у респондентів, у яких вперше діагностовано ВІЛ, вище, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (1098 грн проти 841 грн) (табл.3.2.18).

В цілому середні витрати на діагностику опортуністичних інфекцій складають 840 грн. Вони мають статистично значущий зв'язок з областю проживання та типом зайнятості.

Таблиця 3.2.19 Середні витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження за областю проживання, типом населеного пункту, типом зайнятості, рівнем освіти та статтю

		Середні витрати, грн
Області/місто	Дніпропетровська	917
	Львівська	1742
	Одеська	702
	Харківська	530
	Київ	523
	Чернігівська	298
	Донецька	603
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	905
	Село	535
Тип зайнятості	Учень/студент	913
	Робітник/різноробочий	742
	Службовець	618
	Підприємець (самозайнята особа)	2121
	Пенсіонер	348
	Непрацездатний (на)	510
	Безробітний (на)	852
Рівень освіти	Незакінчена середня (9 класів)	529
	Повна середня (11 класів)	546
	Середня спеціальна (технікум, коледж)	942
	Базова вища (бакалавр)	641
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	1056
Стать	Чоловіки	866
	Жінки	821

Найвищі середні витрати мають респонденти зі Львівської (1742 грн) та Дніпропетровської (917 грн) областей (табл.3.2.19).

Також у жителів міської місцевості ця стаття витрат більше, ніж у жителів сільської місцевості (905 грн проти 535 грн) (табл.3.2.19). Загалом вищі витрати на немедичні статті у мешканців сіл та нижчі витрати на медичні можуть говорити про те, що жителі сільської місцевості свідомо відмовляються від отримання ряду медичних послуг (через складність доїзду, зайві витрати на проїзд та харчування і т.д.).

За типом зайнятості найвищі витрати на діагностику опортуністичних інфекцій мають підприємці (2121 грн) (табл.3.2.19), за рівнем освіти – респонденти з вищою освітою (1056 грн) (табл.3.2.19). Можна припустити, що такі витрати здійснюють респонденти, які мають на це кошти, та розуміють необхідність подібних витрат.

За статтю різниця у витратах несуттєва, у чоловіків вони дещо вищі, ніж у жінок (866 грн проти 821 грн), які і за всіма статтями витрат на цьому етапі лікування (табл.3.2.19).

Вищі витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження мають респонденти, у яких вперше діагностовано ВІЛ, ніж ті, які перебувають на лікуванні тривалий час (933 грн проти 743 грн) (табл.3.2.20).

Найвищі витрати на діагностику опортуністичних інфекцій мають респонденти на першій стадії хвороби (1161 грн) (табл.3.2.20). На більш пізніх стадіях хвороби хворі мають більше можливостей отримати діагностичні послуги безкоштовно, оскільки з вищою ймовірністю, ніж хворі на ранніх стадіях, перебувають на стаціонарному лікуванні.

Таблиця 3.2.20 Середні витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження за типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування та факторами ризику

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	933
	Перебуває на лікуванні тривалий час	743
Клінічна стадія	I клінічна стадія	1161
	II клінічна стадія	487
	III- IV клінічна стадія	746
Формат лікування	Стаціонарному лікуванні	125
	Амбулаторному лікуванні з супроводом	642
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	949
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	740
	Споживання ін'єкційних наркотиків	713
	Супутнє захворювання	707
	Особи, які перебувають за межею бідності	598
	Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	1515
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	938
	Працівники комерційного сексу	1127

Найнижчі витрати на діагностику опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження мають респонденти, які перебувають на стаціонарному лікуванні (125 грн), а найвищі – ті, хто лікуються амбулаторно без супроводу (949 грн) (табл.3.2.20). Ймовірно, на стаціонарному лікуванні респонденти отримують всю необхідну діагностику «на місці».

Серед факторів ризику найвищі витрати за цією статтею у респондентів, нещодавно звільнених з установ пенітенціарної служби (1515 грн), працівників комерційного сексу (1127 грн) та ЧСЧ (938 грн) (табл.3.2.20).

В цілому середні витрати на діагностику опортуністичних інфекцій і супутніх захворювань та на інструментальні обстеження складають 840 грн. Вони мають статистично значущий зв'язок з областю проживання (найвищі – у жителів Львівської та Дніпропетровської областей) та типом зайнятості (найвищі – у підприємців).

Серед усіх статей витрат пацієнтів до початку лікування ВІЛ-інфекції найбільш значними є витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань: вони складають 971 грн (табл.3.2.17).

Також серйозною статтею витрат є витрати на інструментальні обстеження, пов'язані з ВІЛ, послуги та консультації вузьких спеціалістів: 559 грн.

При цьому медичні витрати пацієнтів на діагностику ВІЛ-інфекції є значно нижчими: в середньому 306 грн. (табл.3.2.4.) Найменшими є немедичні витрати – 197 грн в середньому (табл. 3.2.7).

Можна зробити висновок, що респонденти потребують матеріальної підтримки у першу чергу у дороговартісному обстеженні та діагностуванні опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань.

3.3. Власні витрати пацієнтів впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції

Медичні витрати впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції включають в себе витрати на загальні аналізи (крові та сечі), лабораторні дослідження, обстеження, лікування опортуністичних інфекцій, а також витрати на АРВ-препарати. Статей витрат під час госпіталізації значно більше, ніж

до початку лікування, також на цьому етапі зростає обсяг немедичних витрат, адже пацієнтам потрібно більше часу перебувати поза домом.

Більшість опитаних (52,8%) отримують АРВ-терапію амбулаторно без супроводу, 47% - із супроводом, лише 0,2% отримують її стаціонарно.

Переважає більшість опитаних (84,7%) не були раніше госпіталізовані через ВІЛ-інфекції.

Серед тих, хто був госпіталізований раніше, більшість (67,4%) були госпіталізовані 1 раз (рис.3.3.1).

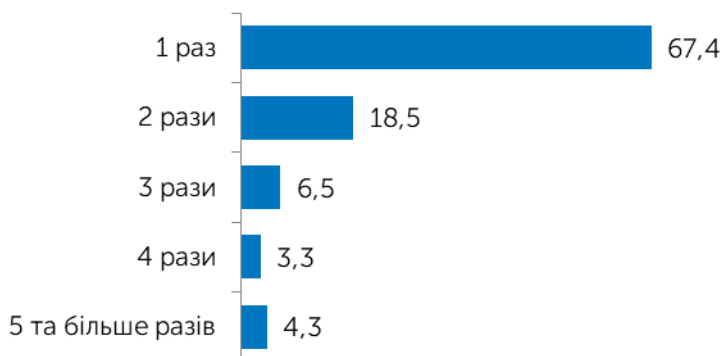


Рис.3.3.1 Кількість госпіталізацій, %

Найчастіше респонденти були госпіталізовані до протитуберкульозних диспансерів/лікарень (39,1% до тих, хто був госпіталізований), регіонального ЦГЗ (33,7%), обласних/міських лікарень (30,4%) (рис.3.3.2).



Рис.3.3.2 Медзаклад госпіталізації, % до тих, хто був госпіталізований

Медіанне значення кількості днів госпіталізації складає 21 день (по першій та другій госпіталізації) (табл.3.3.1).

Таблиця 3.3.1 Кількість днів госпіталізації

	Номер госпіталізації					
	1	2	3	4	5	6
Медіана	21	21	14	14	21	21
Мінімум	1	4	2	7	7	21
Максимум	270	90	90	25	21	21
% тих, хто відповів на дане питання	15,2	5,0	2,2	1,2	0,5	0,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	91	30	13	7	3	2

Щоб добратись до місця госпіталізації респонденти не витрачали багато часу: медіанне значення по першій госпіталізації складає 60 хвилин, по другій – 80 хвилин (табл.3.3.2).

Таблиця 3.3.2 Час у дорозі (хвилин) до місця госпіталізації

Номер госпіталізації	1	2	3	4	5	6
Медіана	60	80	90	30	120	75
Мінімум	1	5	6	20	30	30
Максимум	1440	360	360	360	360	120
% тих, хто відповів на дане питання	13,7	4,3	1,7	1,2	0,5	0,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	82	26	10	7	3	2

3.3.1 Власні медичні витрати і витрати часу пацієнтів в період госпіталізації, в тому числі витрати на лабораторні дослідження, пов'язані з ВІЛ-інфекцією, інші процедури і витрати на лікування опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань

В середньому усі власні медичні витрати респондентів під час госпіталізації складають 15 695 грн.

Найбільш значні власні медичні витрати респондентів під час госпіталізації зафіксовано за такими статтями витрат, як: інші ліки (середні витрати – 16 176 грн), лікування ОІ (15 546 грн), хірургічні операції (9 088 грн), призначення та корекція лікування (7 352 грн) (табл.3.3.3).

Таблиця 3.3.3 Власні медичні витрати за період госпіталізації, грн

	Консультація / огляд	Загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові	Лаборатор. досл.	Хірур. операції	Рентген, КТ, МРТ, ультразвук	Лікування ОІ	Призначення та корекція лікування	АРВ-препарати	Інші ліки	Всього
Середнє	543	368	100	9088	1087	14546	7352	3813	16176	15695
Медіана	55	205	100	2 000	700	4000	2 500	105	2 750	2047
Мінімум	18	6	100	15	20	30	100	18	200	20
Максимум	3000	1500	100	51000	5500	100000	50000	15025	270000	270000
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	1,0	1,5	0,2	1,2	5,2	4,2	2,3	0,7	3,7	10
к-сть тих, хто відповів на дане питання	6	9	1	7	31	25	14	4	22	60

Хоча пацієнти мають отримувати АРВ-препарати безкоштовно, 4 респонденти зазначили, що мали таку статтю витрат: двоє з них – чоловіки у віці 44 роки, 1 чоловік у віці 40 років та 1 жінка у віці 35 років. Двоє опитаних проживають у м. Києві, двоє – у Донецькій області. Першого разу ці респонденти були госпіталізовані до Регіонального ЦГЗ, обласної/міської інфекційної лікарні, багатoproфільної лікарні та протитуберкульозного диспансеру (по одній особі до кожного з цих типів закладів). Удруге дві особи були госпіталізовані до Регіонального ЦГЗ, одна особа – до багатoproфільної лікарні, 1 особа – до центральної/районної лікарні.

Усі витрати респондентів впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції мають статистично значущий зв'язок з рівнем освіти. Ще за рядом ознак простежуються відмінності у витратах, але статистично значущого зв'язку немає, що може бути пов'язано з недостатньою кількістю спостережень.

Так, за рівнем освіти найвищі витрати у респондентів з вищою освітою: 48 025 грн у респондентів з базовою вищою освітою та 45 706 грн у респондентів з повною вищою освітою (табл.3.3.4). Це може бути пов'язано з тим, що ці категорії респондентів готові платити за медичні послуги, які не можуть отримати безкоштовно.

Таблиця 3.3.4 Середні медичні витрати впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції за рівнем освіти, типом населеного пункту, областю, статтю, сімейним станом

		Середні витрати, грн
Рівень освіти	Незакінчена середня (9 класів)	1 180
	Повна середня (11 класів)	10 042
	Середня спеціальна (технікум, коледж)	10 807
	Базова вища (бакалавр)	48 025
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	45 706
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	15 365
	Село	18 663
Області/ місто	Дніпропетровська	15 658
	Львівська	9 269
	Одеська	48 089
	Харківська	3 763
	Київ	1 872
	Чернігівська	1 499
	Донецька	24 133
Стать	Чоловіки	17 622
	Жінки	13 634
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	7 591
	Розлучений (на)	10 617
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	11 819
	Вдівець/вдова	16 294
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	27 606

Також витрати мешканців сільської місцевості вищі, ніж мешканців міської місцевості (18 663 грн проти 15 365 грн) (табл.3.3.4).

За областями проживання найвищі витрати мають респонденти у Одеській (48 089 грн), Донецькій (24 133 грн) та Дніпропетровській (15 658 грн) областях (табл.3.3.4).

За статтю витрати у чоловіків дещо вищі, ніж у жінок (17 622 грн проти 13 634 грн) (табл.3.3.4).

За сімейним станом вищі витрати мають одинака: респонденти, які ніколи не перебували у шлюбі (27 606 грн), вдовці/вдови (16 294 грн) (табл.3.3.4).

На етапі поточного лікування ВІЛ-інфекції, порівняно з етапом лікування до діагностування ВІЛ-інфекції, медичні витрати вищі у тих респондентів, які перебувають на лікуванні тривалий час, у порівнянні з тими, кого ВІЛ діагностовано вперше (17 457 грн проти 10 847 грн) (табл.3.3.5). Це пов'язано з більшою кількістю хронічних захворювань, ускладнень і т.д. у таких респондентів.

Відповідно, медичні витрати на цьому етапі лікування найвищі у пацієнтів на III- IV стадії: 16 747 грн у порівнянні з 12 116 грн на II стадії та 8 749 грн на I стадії (табл.3.3.5).

Таблиця 3.3.5 Середні медичні витрати впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції за типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування, факторами ризику

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	10 847
	Перебуває на лікуванні тривалий час	17 457
Клінічна стадія	I клінічна стадія	8 749
	II клінічна стадія	12 116
	III- IV клінічна стадія	16 747
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	12 917
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	17 421
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	2 500
	Споживання ін'єкційних наркотиків	8 409
	Супутнє захворювання	23 633
	Особи, які перебувають за межею бідності	345
	Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	22 800

Респонденти на стаціонарному лікуванні не вказали медичних витрат на цьому етапі лікування. При цьому витрати пацієнтів на амбулаторному лікуванні з супроводом нижчі, ніж без супроводу (12 917 грн та 17 412 грн відповідно) (табл.3.3.5).

За факторами ризику найвищі медичні витрати на цьому етапі мають респонденти з супутніми захворюваннями (23 633 грн) та особи, нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби (22 800 грн) (табл.3.3.5).

Таким чином, в середньому усі власні медичні витрати респондентів під час госпіталізації складають 15 695 грн. Вони є значно вищими, ніж витрати до поточного лікування ВІЛ-інфекції (306 грн). Це пов'язано з тим, що статей медичних витрат під час поточного лікування стає більше.

Також значно зростають середні витрати на опортуністичних інфекцій: 971 грн до початку лікування та 14 546 грн під час госпіталізації. Це може бути пов'язано з погіршенням стану здоров'я пацієнтів та необхідністю більшої кількості обстежень та досліджень.

Усі витрати респондентів впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції мають статистично значущий зв'язок з рівнем освіти (найвищі витрати у респондентів з вищою освітою).

3.3.2 Власні немедичні витрати пацієнтів в період госпіталізації

Немедичні витрати під час госпіталізації в середньому складають 2 368 грн.

Серед немедичних витрат респондентів за період госпіталізації найбільш значною статтею є витрати на харчування: в середньому на їжу, придбану у зв'язку з поїздкою до госпіталізації та під час неї, як для пацієнта, так і для супроводжуючої особи, опитані витрачали 2 723 грн. Також досить високі витрати на матеріальну подяку медичному персоналу в середньому 1 639 грн, при цьому благодійні внески на рахунок медзакладу значно менші (в середньому 629 грн). Витрати на проїзд – 764 грн в середньому (табл.3.3.6).

Таблиця 3.3.6 Власні немедичні витрати за період госпіталізації, грн

	Проїзд до медзакладу	Харчування	Благодійні внески на рахунок медзакладу	Матеріальна подяка	Всього
Середнє	764	2 723	629	1 639	2 368
Медіана	100	1 000	225	625	469
Мінімум	10	3	50	9	10
Максимум	24 000	14 000	2 600	5 300	27 398
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	11,2	6,2	1,3	2,3	12,7
к-сть тих, хто відповів на дане питання	67	37	8	14	76

Витрати на благодійні внески мають статистично значущий зв'язок з клінічною стадією хвороби. Так, у хворих на 1 стадії витрати суттєво вищі, ніж у хворих на 4 стадії (2 600 грн проти 347 грн). Пацієнти з 2 та 3 стадією хвороби не вказали цю статтю витрат (табл.3.3.7).

Таблиця 3.3.7 Витрати на благодійні внески за клінічною стадією хвороби.

	Середні витрати, грн
I клінічна стадія	2600
IV клінічна стадія	347

Середні витрати на харчування мають статистично значущий зв'язок з областю проживання респондентів. Найвищі витрати за цією статтею у мешканців Донецької (5 351 грн), Львівської (4 813 грн) та Одеської (3 000 грн) областей. Найнижчі у мешканців Харківської (100 грн) та Чернігівської (1 257 грн) областей та м. Києва (1 070 грн) (табл.3.3.8). Це може бути пов'язано з різницею у рівні цін у різних регіонах України, і має бути враховано у соціальній допомозі хворим на ВІЛ.

Таблиця 3.3.8 Витрати на харчування за областю/містом проживання

	Середні витрати, грн
Дніпропетровська	1343
Львівська	4813
Одеська	3000
Харківська	100
Київ	1070
Чернігівська	1257
Донецька	5351

Усі немедичні витрати респондентів на цьому етапі лікування мають статистично значущий зв'язок з факторами ризику, стадією хвороби та регіоном проживання.

Так, чим тяжчою є стадія хвороби, тим вищі немедичні витрати: на III- IV клінічних стадіях немедичні витрати складають 2 604 грн, на II стадії – 2 022 грн, на I стадії – 999 грн (табл.3.3.9). Це може бути пов'язано з більш частим відвідуванням медичних закладів та тривалішим перебуванням там пацієнтів з більш тяжкою стадією хвороби.

Таблиця 3.3.9 Середні немедичні витрати впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції за клінічною стадією, типом випадку, факторам ризику, форматом лікування

		Середні витрати, грн
Клінічна стадія	I клінічна стадія	999
	II клінічна стадія	2 022
	III- IV клінічна стадія	2 604
Тип випадку	Вперше діагностовано	1 607
	Перебуває на лікуванні тривалий час	2 698
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	1 050
	Споживання ін'єкційних наркотиків	1 009
	Супутнє захворювання	2 014
	Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	1 849
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	200
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	2 644
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	2 143

Так само, немедичні витрати є вищими у респондентів, які перебувають на лікуванні тривалий час, порівняно з тим, у кого ВІЛ було діагностовано вперше (2 698 грн і 1 607 грн відповідно) (табл.3.3.9).

За факторами ризику найвищі немедичні витрати мають респонденти із супутнім захворюванням (2 014 грн) (табл.3.3.9).

За форматом лікування респонденти на стаціонарному лікуванні не мали медичних витрат на цьому етапі, витрати пацієнтів на амбулаторному лікуванні практично не відрізняються, на амбулаторному лікуванні з супроводом вони є дещо вищими, ніж без супроводу (2 644 грн та 2 143 грн відповідно) (табл.3.3.9).

За областями найвищі немедичні витрати у жителів Донецької (4 545 грн) та Львівської (3 427 грн) (табл.3.3.10). Це більшою мірою зумовлено витратами на харчування, що було зазначено вище.

Таблиця 3.3.10 Середні немедичні витрати впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції за областями, типом населеного пункту, статтю, рівнем освіти

		Середні витрати, грн
Області/місто	Дніпропетровська	1 153
	Львівська	3 427
	Одеська	883
	Харківська	1 827
	Київ	642
	Чернігівська	1 399
	Донецька	4 545
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	2 358
	Село	2 440
Стать	Чоловіки	1 935
	Жінки	2 800
Рівень освіти	Незакінчена середня (9 класів)	409
	Повна середня (11 класів)	1 315
	Середня спеціальна (технікум, коледж)	2 584
	Базова вища (бакалавр)	5 742
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	3 027

При цьому за типом населеного пункту різниця за цими статтями витрат практично відсутня: середні витрати жителів міст складають 2 358 грн, а жителів сіл – 2 440 грн. Тобто, вплив витрат на проїзд на цьому етапі лікування є несуттєвим (табл. 3.3.10).

Немедичні витрати на цьому етапі лікування є вищими у жінок (2 800 грн), для порівняння – у чоловіків вони складають 1 935 грн (табл. 3.3.10).

Також немедичні витрати на цьому етапі лікування вищі у респондентів з базовою та повною вищою освітою (5 742 грн та 3 027 грн відповідно) (табл.3.3.10). Можна припустити, що респонденти з середньою та середньою спеціальною освітою через нижчий рівень доходу економлять на цих статтях витрат, незважаючи на потребу у них.

Таким чином, немедичні витрати під час госпіталізації в середньому складають 2 368 грн, що є суттєво вище, ніж відповідна стаття витрат до поточного лікування ВІЛ-інфекції (197 грн до початку лікування та 2 368 грн впродовж поточного лікування). Це пов'язано з тим, що пацієнтам потрібно тривалий час перебувати поза домом, через що зростають витрати на харчування. Також зростають благодійні внески та обсяг матеріальної подяки, адже пацієнт перебуває у медзакладі та контактує з медперсоналом тривалий час.

Немедичні витрати мають статистично значущий зв'язок з факторами ризику (найвищі немедичні витрати мають респонденти із супутнім захворюванням), стадією хвороби (чим тяжчою є стадія хвороби, тим вищі немедичні витрати) та регіоном проживання (найвищі – у жителів Донецької та Львівської областей).

Важливо розробляти механізми компенсації немедичних витрат під час госпіталізації. Якщо боротьба з корупцією, яка проявляється в матеріальних подяках персоналу є більш складною та комплексною, то підвищення якості харчування та компенсації витрат а проїзд є значно легшими у реалізації.

3.4. Власні витрати пацієнтів під час амбулаторного лікування

3.4.1 Витрати часу і витрати пацієнтів на отримання АРВ-препаратів під час амбулаторного лікування

Більшість опитаних знаходяться на амбулаторному лікуванні: 61,3% знаходяться на амбулаторному лікуванні без супроводу, ще 38,2% - на амбулаторному лікуванні з супроводом.

Переважає більшість респондентів отримували АРВ-терапію на момент амбулаторного лікування (95,5%) (рис. 3.4.1). Лише одна особа (жінка віком 53 роки) зазначила, що сплачувала власні кошти за АРВ-препарати у сумі 950 грн. Ця пацієнтка отримувала препарати у Регіональному ЦГЗ у Дніпропетровській області.

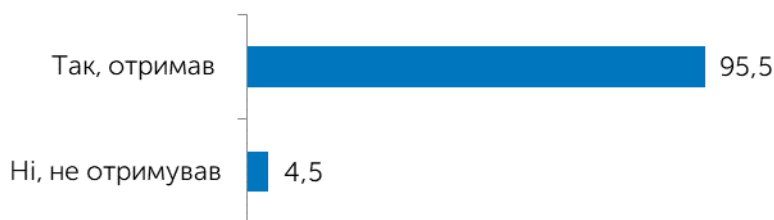


Рис.3.4.1 АРВ-терапія на момент амбулаторного лікування, %

Також переважна більшість опитаних (97,4%) отримують АРВ-препарати для самостійного лікування (рис.3.4.2).



Рис.3.4.2 Формат АРВ-терапії, % до тих, хто отримує

Більшість респондентів (50,4%) отримують АРВ-препарати раз на три місяці, ще 26,4% - щомісячно, 17,4% - раз на два місяці. Лише 5,4% отримують ці препарати раз на пів року (рис. 3.4.3).

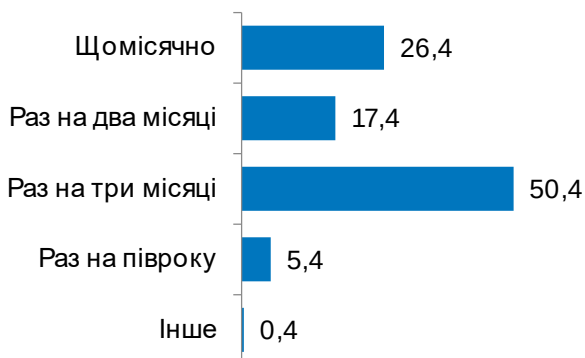


Рис.3.4.3 Частота отримання АРВ-препаратів, % до тих, хто отримує

Переважає більшість отримує АРВ-препарати в Регіональному центрі громадського здоров'я (75%), у інших закладах ці препарати отримують менше 10% опитаних (рис. 3.4.4).



Рис.3.4.4 Місце отримання АРВ-препаратів, % до тих, хто отримує

Переважна більшість (98,9%) отримували АРВ препарати на безоплатній основі, 1,1% опитаних (6 респондентів) сплачували власні кошти при їх отриманні (рис. 3.4.5).



Рис. 3.4.5 Сплата власних коштів при отриманні АРВ-препаратів, % до тих, хто отримує

Усі респонденти, які сплачували власні кошти за АРВ-препарати, отримали їх поштою. Серед респондентів, які платили за АРВ-препарати на цьому етапі, 5 жінок (у віці 31, 32, 33, 35 та 52 роки) та 1 чоловік у віці 37 років. Ці респонденти проживають у Чернігівській (3 особи), Донецькій (2 особи) та Дніпропетровській (1 особа) областях.

В середньому респонденти, які витрачали власні кошти на АРВ-препарати, сплачували за них 47 грн (табл. 3.4.1). Тут варто зазначити, що усі ці респонденти отримували свої АРВ-препарати поштою, тому вказана сума може бути оплатою доставки препаратів до пацієнтів.

Таблиця 3.4.1 Витрати на АРВ-препарати, грн

	Оплата АРВ-препаратів
Середнє	47
Медіана	48
Мінімум	20
Максимум	70
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	1,1
к-сть тих, хто відповів на дане питання	6

Таким чином, більшість опитаних (98,4%) отримують АРВ-терапію безкоштовно, а середній обсяг власних коштів, витрачених на АРВ-препарати, складає 47 грн.

3.4.2 Витрати на харчування, проїзд та проживання для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини під час отримання АРВ-препаратів

Респонденти не витрачали багато часу на отримання АРВ препаратів: медіанне значення за цим показником складає 3 години (сюди включено час у дорозі та час очікування).

Медіанне значення кількості медичних візитів з моменту отримання позитивного результату тесту серед опитаних респондентів складає 5 візитів (табл. 3.4.2).

Таблиця 3.4.2 Час у дорозі та кількість амбулаторних візитів з моменту отримання позитивного тесту

	Тривалість останнього візиту для отримання АРВ препарати, (включаючи час у дорозі та час очікування), год	К-сть медичних візитів, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, з моменту отримання позитивного тесту
Медіана	3	5
Мінімум	1	1
Максимум	90	700
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	60	88,7
к-сть тих, хто відповів на дане питання	360	532

Немедичні витрати під час останнього амбулаторного візиту в середньому складають 134 грн.

Середні витрати на харчування під час останнього медичного амбулаторного візиту складають 63 грн для респондента і 93 грн для супроводжуючої особи.

Вартість проїзду в обидва боки складає близько 90 грн (92 грн для респондента та 86 грн для супроводжуючого).

Витрати на проживання є найвищими: 145 грн для респондента та 70 грн для супроводжуючого (табл. 3.4.3).

Таблиця 3.4.3 Витрати на харчування, проїзд та проживання для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини, грн

	Харчування та напої для респондента	Харчування та напої для супроводжуючого	Вартість проїзду в обидва боки для респондента	Вартість проїзду в обидва боки для супроводжуючого	Витрати на проживання для респондента	Витрати на проживання для супроводжуючого	Всього
Середнє	63	93	92	86	145	70	134
Медіана	50	72	40	50	200	45	60
Мінімум	6	12	8	8	16	16	8
Максимум	400	300	1600	500	300	240	2000
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	32,2	5,8	66,7	9,5	1,2	1,0	73,2
к-сть тих, хто відповів на дане питання	193	35	400	57	7	6	439

Таким чином, немедичні витрати (в середньому 134 грн) значно перевищують витрати на АРВ-препарати (47 грн в середньому). До того ж, відсоток тих, хто мав немедичні витрати, значно вищий, ніж відсоток тих, хто витрачав кошти на АРВ-препарати (1% проти 72,3%).

Немедичні витрати на цьому етапі лікування мають статистично значущий зв'язок з віком, сімейним станом, та типом населеного пункту.

Так, у жителів сільської місцевості витрати вищі, порівняно з містянами, що зумовлено вищими транспортними витратами: 248 грн і 109 грн відповідно (табл. 3.4.4).

Таблиця 3.4.4 Середні немедичні витрати під час амбулаторного лікування за типом населеного пункту, віком, сімейним станом, статтю, областями

		Середні витрати, грн
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	109
	Село	248
Вік	молодше 18 років	164
	18-25 років	184
	26-35 років	150
	36-45 років	139
	46-55 років	97
	старше 56 років	84
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	178
	Розлучений (на)	91
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	150
	Вдівець/вдова	106
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	107
Стать	Чоловіки	139
	Жінки	129
Області/місто	Дніпропетровська	68
	Львівська	175
	Одеська	184
	Харківська	135
	Київ	123
	Чернігівська	119
	Донецька	100

Чим молодші респонденти, тим вищі у них немедичні витрати на цьому етапі лікування. Найнижчі витрати у найстаршій віковій групі – у респондентів старше 56 років (84 грн в середньому) (табл. 3.4.4). Це може бути пов'язано з тим, що люди старшого віку, особливо пенсіонери за віком, мають більше соціальних пільг (наприклад, пільговий проїзд). У компенсації немедичних витрат фокус обов'язково має бути на молодь, адже ці люди можуть повністю або частково втратити роботу, і, відповідно, джерело доходу, і при цьому не мати соціальних пільг.

За сімейним станом вищі витрати у респондентів, які перебувають у незареєстрованому або зареєстрованому шлюбі (178 грн і 150 грн відповідно) (табл. 3.4.4), що може бути пов'язано з додатковими витратами на супроводжуючу особу.

При цьому, на даному етапі лікування медичні витрати практично не відрізняються за статтю: 139 грн в середньому у чоловіків та 129 грн у жінок (табл.3.4.4).

За областями мешкання найвищі витрати у жителів Одеської (184 грн) та Львівської (175 грн) областей (табл. 3.4.4).

Середні немедичні витрати дещо вищі у респондентів на I клінічній стадії (153 грн) у порівнянні з респондентами на II та III- IV клінічній стадіях (126 грн і 124 грн відповідно) (табл.3.4.5).

Таблиця 3.4.5 Середні немедичні витрати під час амбулаторного лікування за стадією хвороби

		Середні витрати, грн
Клінічна стадія	I клінічна стадія	153
	II клінічна стадія	126
	III- IV клінічна стадія	124
Формат лікування	Стационарному лікуванні	230
	Амбулаторному лікуванні з супроводом	131
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	135
Тип випадку	Вперше діагностовано	144
	Перебуває на лікуванні тривалий час	121

При цьому у респондентів, які заходяться на стаціонарному лікуванні, середні витрати вищі, ніж у респондентів на амбулаторному лікуванні: 230 грн у респондентів на стаціонарному лікуванні, 135 грн – на амбулаторному без супроводу, 131 грн – на амбулаторному без супроводу (табл. 3.4.5). Це може бути пов'язано з неофіційними виплатами медичному персоналу у стаціонарі.

Також за типом випадку немедичні витрати на даному етапі лікування практично не відрізняються: у тих, в кого ВІЛ діагностовано вперше вони є дещо вищими, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (144 грн і 121 грн відповідно) (табл. 3.4.5).

Таким чином, немедичні витрати складають в середньому 134 грн. Серед усіх статей немедичних витрат найбільше респонденти витрачали на приживання – в середньому 145 грн.

Немедичні витрати на цьому етапі лікування мають статистично значущий зв'язок з віком (чим молодші респонденти, тим вищі у них немедичні витрати), сімейним станом (вищі витрати у респондентів, які перебувають у незареєстрованому або зареєстрованому шлюбі), та типом населеного пункту (у жителів сільської місцевості витрати вищі).

3.4.3 Витрати пацієнтів на медичні послуги під час амбулаторного візиту в тому числі за консультацію, аналізи, додаткові тести, рентген, огляд «вузькими спеціалістами», інші процедури

Під час амбулаторного візиту переважна більшість опитаних отримувала послуги консультації та огляду (85,8% - безоплатно, 0,3% - платно). Також близько половини опитаних отримували аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін тощо (41,2% та 2% відповідно). Найрідше під час амбулаторного візиту опитані отримували УЗД (лише 4,5% отримали цю послугу безоплатно та 1,8% - платно) (рис. 3.4.6).

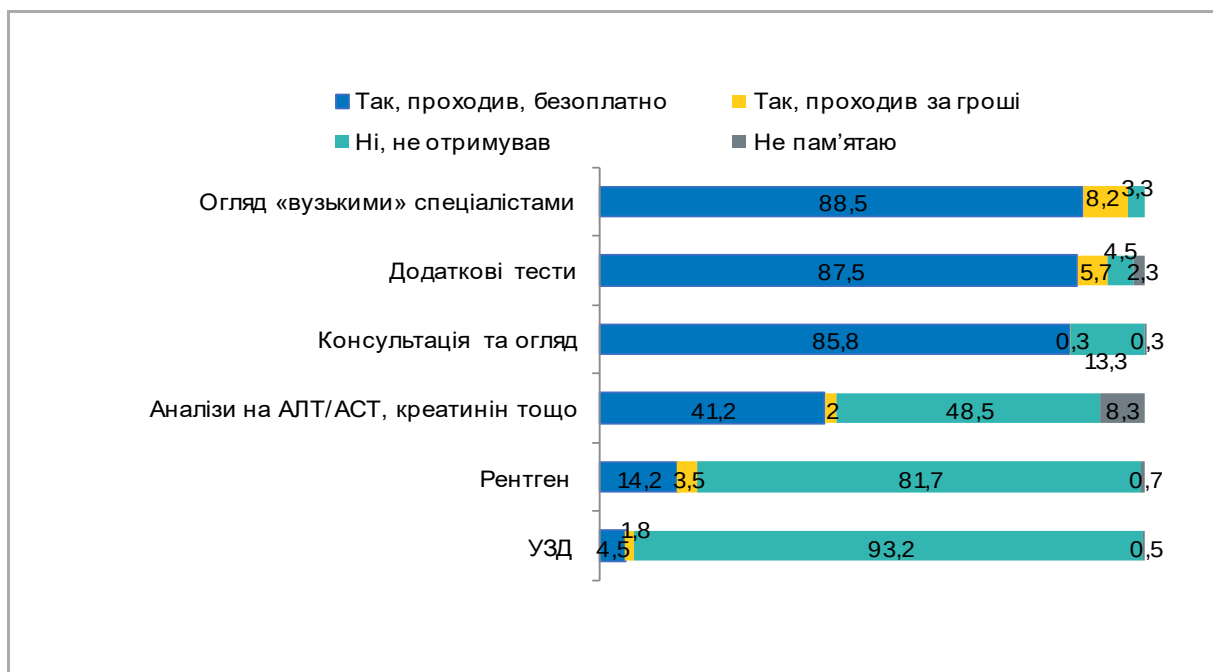


Рис.3.4.6 Медичні послуги під час останнього медичного амбулаторного візиту, %

Консультацію та огляд більшість опитаних проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (79,3%) (табл. 3.4.7).

Так само у Регіональному центрі громадського здоров'я переважна більшість опитаних проходила аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін тощо (80,3%).

Додаткові тести респонденти найчастіше проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (82,9%), у протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (25,6%) та у міських поліклініках (18,3%).

Рентген опитані респонденти найчастіше робили у міських поліклініках (29,2%), у Регіональних центрах громадського здоров'я (25,5%) та у протитуберкульозних диспансерах/поліклініках (19,8%).

УЗД опитані респонденти переважно проходили у Регіональних ЦГЗ (47,7%), приватних клініках/лікарнях (13,2%), центральних/районних лікарнях (10,5%) та протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (10,5%).

Огляд вузькими спеціалістами більшість опитаних проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (57,6%).

Таблиця 3.4.7 Медичні установи, у яких проходили обстеження та аналізи, % до тих, хто проходив

	Консультація та огляд	Аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін	Додаткові тести	Рентген	УЗД	Огляд вузькими спеціалістами
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	79,3	80,3	82,9	25,5	47,4	57,6
Обласні та міські інфекційні лікарні	6,2	8,1	9,8	5,7	7,9	1,7
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	4,8	1,9	25,6	19,8	10,5	10,2
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	4,3	5	3,7	3,8	2,6	11,9
Міські поліклініки	2,5	0,4	18,3	29,2	7,9	16,9
Центральні, районні лікарні	2,3	2,3	4,9	9,4	10,5	1,7
Приватна клініка/лікарня	0,4	1,5	6,1	4,7	13,2	11,9
ВІЛ-сервісна НУО	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Організація ЛЖВ	0,0	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	1,7
Інше	0,0	0,0	0,0	0,9	0,0	0,0

Консультацію та огляд на платній основі усі респонденти проходили в регіональному ЦГЗ (табл.3.4.8). Також аналізи на платній основі переважна більшість здавала у регіональному ЦГЗ (83,3%). Серед тих респондентів, хто проходив на платній основі рентген, 38,1% проходили його у міських поліклініках, ще 19% - у регіональному ЦГЗ. Додаткові тести, УЗД та огляд вузькими спеціалістами близько половини пацієнтів на платній основі проходили у приватних клініках (62,5%, 45,5% та 50% відповідно).

Таблиця 3.4.8 Медичні установи, у яких проходили обстеження та аналізи на платній основі, % до тих, хто проходив платно

	Консультація та огляд	Аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін	Додаткові тести	Рентген	УЗД	Огляд вузькими спеціалістами
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	100,0	83,3	0,0	19,0	0	16,7
Центральні, районні лікарні	0,0	8,3	0,0	9,5	18,2	0,0
Міські поліклініки	0,0	8,3	0,0	38,1	18,2	0,0
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	0,0	0,0	0,0	4,8	9,1	16,7
Обласні та міські інфекційні лікарні	0,0	0,0	0,0	9,5	9,1	0,0
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	0,0	0,0	37,5	9,5	0,0	0,0
Приватна клініка/лікарня	0,0	0,0	62,5	9,5	45,5	50,0
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	16,7

В середньому за отримання медичних послуг під час амбулаторного лікування респонденти сплачували 378 грн власних коштів. За отримані медичні послуги найбільше коштів респонденти заплатили за додаткові тести (в середньому 986 грн), найменше – за рентген – 86 грн (табл. 3.4.9).

Таблиця 3.4.9 Витрати на отримання медичних послуг, грн

	Консультація та огляд	Аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін	Додаткові тести	Рентген	УЗД	Огляд вузькими спеціалістами	Інше	Всього
Середнє	10	108	986	86	291	928	30	378
Медіана	10	60	800	50	275	550	30	120
Мінімум	10	6	20	4	50	30	30	4
Максимум	10	400	2000	250	600	3500	30	4300
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	0,2	1,5	0,8	3,5	1,7	1,0	0,2	7,2
к-сть тих, хто відповів на дане питання	1	9	5	21	10	6	1	43

Медичні витрати під час амбулаторного лікування мають статистично значущий зв'язок з типом зайнятості. Так, найвищі витрати за цією статтею у підприємців (1 653 грн), найнижчі – у безробітних (221 грн) (табл.3.4.10). Можна припустити, що респонденти з нижчим рівнем доходу не витрачають кошти на ці послуги, навіть якщо у них є потреба.

Таблиця 3.4.10 Середні медичні витрати під час амбулаторного лікування за типом зайнятості

		Середні витрати, грн
Тип зайнятості	Робітник/різноробочий	235
	Службовець	553
	Підприємець (самозайнята особа)	1 653
	Пенсіонер	430
	Непрацездатний (на)	320
	Безробітний (на)	221
Області/місто	Дніпропетровська	471
	Львівська	1 245
	Одеська	378
	Харківська	125
	Київ	232
	Чернігівська	77
	Донецька	465
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	382
	Село	348
Стать	Чоловіки	467
	Жінки	339

Також є відмінності у витратах між областями. Найвищі витрати за цією статтею у респондентів з Львівської області – 1 245 грн (табл. 3.4.10).

При цьому за типом населеного пункту витрати практично однакові – 382 грн у мешканців міської місцевості та 348 грн – у мешканців сільської (табл. 3.4.10).

Також витрати на медичні послуги під час амбулаторного лікування дещо вищі у чоловіків (467 грн) у порівнянні з жінками (339 грн) (табл. 3.4.10).

Ця стаття витрат вища у тих респондентів, які перебувають на лікуванні тривалий час (408 грн) у порівнянні з тими, у кого ВІЛ діагностовано вперше (306 грн) (табл.3.4.11). Це може бути пов'язано з тим, що першій категорії респондентів необхідна більша кількість аналізів та обстежень.

Таблиця 3.4.11 Середні медичні витрати під час амбулаторного лікування за типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	306
	Перебуває на лікуванні тривалий час	408
Клінічні стадії	I клінічна стадія	667
	II клінічна стадія	509
	III - IV клінічна стадія	226
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	395
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	374

За стадіями лікування найвищі витрати мають респонденти на I клінічній стадії (667 грн), найнижчі – респонденти на III – IV клінічній стадії (226 грн) (табл.3.4.11).

За форматом лікування медичні витрати на цьому етапі практично не відрізняються, у пацієнтів на амбулаторному лікуванні з супроводом вони дещо вищі, ніж у пацієнтів на амбулаторному лікуванні без супроводу (395 грн і 374 грн відповідно) (табл.3.4.11). Пацієнти на стаціонарному лікуванні не мали цієї статті витрат.

Таким чином, в середньому за отримання медичних послуг під час амбулаторного лікування респонденти сплачували 378 грн. Це дещо вище, ніж до поточного лікування ВІЛ-інфекції (306 грн в середньому), але суттєво нижче, ніж під час госпіталізації (15 695 грн).

Найбільше коштів респонденти заплатили за додаткові тести (в середньому 986 грн), найменше – за рентген – 86 грн.

Медичні витрати під час амбулаторного лікування мають статистично значущий зв'язок з типом зайнятості. Так, найвищі витрати за цією статтею у підприємців (1 653 грн), найнижчі – у безробітних.

3.4.4 Власні витрати пацієнтів за діагностику та ліки для лікування опортуністичної інфекції (OI), супутніх інфекцій

Більшість опитаних (57,8%) не мають супутніх інфекцій та інших захворювань, пов'язаних з ВІЛ. Найпоширенішими серед опитаних є вірусні інфекції (їх мають 14,8%), бактеріальні інфекції (14,2%) та грибові інфекції (10,5%) (рис.3.4.7).



Рис.3.4.7 Опортуністичні інфекції (OI), супутні інфекції та інші захворювання, пов'язані з ВІЛ, %

Переважна більшість опитаних (92,9%) безоплатно проходили лікування бактеріальних інфекцій. Також більше половини респондентів (55,6%) безоплатно проходили лікування грибкових інфекцій (рис.3.4.8).

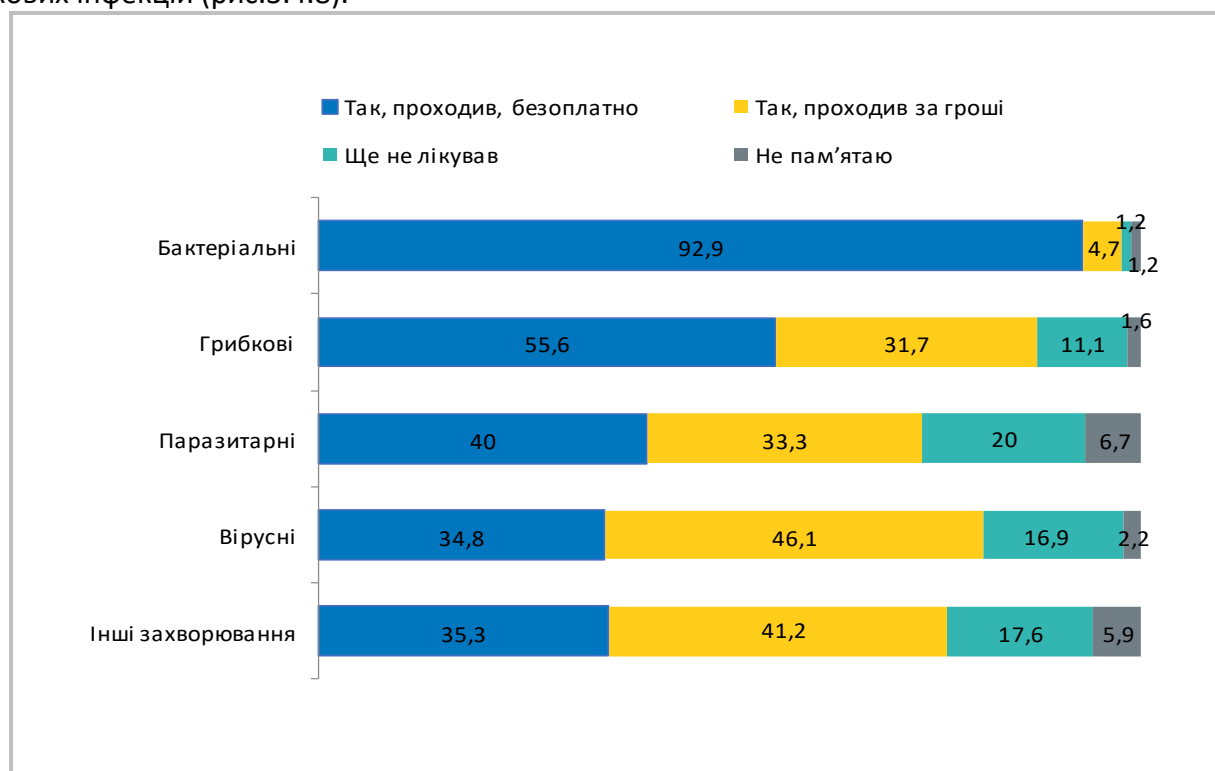


Рис.3.4.8 Оплата за лікування опортуністичних інфекцій (ОІ) та інших захворювань, пов'язаних з ВІЛ, % до тих, хто має ці інфекції

Лікування бактеріальних інфекцій більшість респондентів проходили у протитуберкульозних диспансерах/лікарнях (69,9%) (табл. 3.4.12).

Лікування грибкових інфекцій більшість респондентів проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (50,9%).

Лікування вірусних інфекцій опитані найчастіше проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (37,5%) та приватних клініках/лікарнях (8,3%).

Лікування паразитарних інфекцій респонденти найчастіше проходили у Регіональному центрі громадського здоров'я (27,3%), центральних/районних лікарнях (18,2%) та в обласних/міських інфекційних лікарнях (18,2%).

Таблиця 3.4.12. Медичні установи, у яких проходили лікування різних видів інфекцій, % до тих, хто проходив

	Бактеріальні інфекції	Грибкові інфекції	Вірусні інфекції	Паразитарні інфекції
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	69,9	9,1	5,6	9,1
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	9,6	50,9	37,5	27,3
Обласні та міські інфекційні лікарні	7,2	7,3	6,9	18,2
Міські поліклініки	6,0	7,3	6,9	0,0
Багатопрфільні лікарні інтенсивного лікування	4,8		2,8	9,1
Приватна клініка/лікарня	2,4	7,3	8,3	0,0
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	0,0	3,6	4,2	0,0
Центральні, районні лікарні	0,0	5,5	4,2	18,2
Інше	0,0	9,1	23,6	18,2

Половина респондентів (50%) серед тих, хто проходив лікування від бактеріальних інфекцій на платній основі, проходили його у багатопрофільних лікарнях, ще по 25% - у протитуберкульозних та приватних лікарнях (табл.3.4.13). Грибкові інфекції на платній основі 20% лікували у приватних лікарнях, 15% - у регіональному ЦГЗ, ще по 10% у обласних лікарнях та міських поліклініках. Вірусні інфекції 14,6% лікували на платній основі у приватних лікарнях, 9,8% - у регіональному ЦГЗ, ще по 7,3% у ЗОЗ та центральних/районних лікарнях. Паразитарні інфекції на платній основі респонденти лікували у багатопрофільних лікарнях (20%), обласних та міських інфекційних лікарнях (20%) та у центральних/районних лікарнях (20%).

Таблиця 3.4.13 Медичні установи, у яких проходили лікування різних видів інфекцій на платній основі, % до тих, хто проходив платно

	Бактеріальні інфекції	Грибкові інфекції	Вірусні інфекції	Паразитарні інфекції
Багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування	50,0	0,0	4,9	20,0
Протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні	25,0	5,0	4,9	0,0
Приватна клініка/лікарня	25,0	20,0	14,6	0,0
Регіональний ЦГЗ (центр СНІДу)	0,0	15,0	9,8	0,0
Обласні та міські інфекційні лікарні	0,0	10,0	0,0	20,0
Центральні, районні лікарні	0,0	15,0	7,3	20,0
Міські поліклініки	0,0	10,0	9,8	0,0
ЗОЗ, у складі яких функціонують кабінети "Довіра" або кабінети інфекційних захворювань (КІЗ)	0,0	0,0	7,3	0,0
Інше	0,0	25,0	41,5	40,0

В середньому під час амбулаторного лікування респонденти витрачали 5208 грн на лікування опортуністичних інфекцій. Найбільше коштів опитані витрачали на лікування бактеріальних інфекцій (в середньому 60 350 грн). Найменше – на лікування вірусних (1 057 грн) та паразитарних (3 250 грн) інфекцій (табл.3.4.14).

Таблиця 3.4.14 Витрати на діагностику та лікування опортуністичних/супутніх інфекцій, грн

	Бактеріальні	Грибкові	Вірусні	Паразитарні	Інші інфекції	Всього
Середнє	60 350	8 206	1 057	3 250	2 899	5 208
Медіана	60 350	530	300	2 750	623	500
Мінімум	700	50	7	500	100	7
Максимум	120000	100000	10000	7000	20000	120000
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	0,3	2,7	5,8	0,7	3,0	11,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	2	16	35	4	18	68

Середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій у тих пацієнтів, які перебувають на лікуванні тривалий час, дещо вище, ніж у тих, у кого ВІЛ діагностовано вперше (5 615 грн та 4 887 грн відповідно) (табл.3.4.15). Можна припустити, що чим довше триває хвороба, тим більше ресурсів вимагає лікування та діагностика супутніх інфекцій.

Таблиця 3.4.15 Середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій за типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування, факторами ризику

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	4 887
	Перебуває на лікуванні тривалий час	5 615
Клінічна стадія	I клінічна стадія	2 848
	II клінічна стадія	2 193
	III- IV клінічна стадія	7 363
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	7 806
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	4 273
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	1 967
	Споживання ін'єкційних наркотиків	6 275
	Супутнє захворювання	16 223
	Особи, які перебувають за межею бідності	533
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	1 565
	Працівники комерційного сексу	6 300

Відповідно, найвищі витрати у пацієнтів на III–IV клінічній стадії хвороби – 7 363 грн, у порівнянні з пацієнтами на I стадії (2 848 грн) та II стадії (2 193 грн) (табл.3.4.15).

Також, витрати у пацієнтів на амбулаторному лікуванні з супроводом вищі, ніж у тих, хто лікується амбулаторно без супроводу (7 806 грн та 4 273 грн відповідно) (табл.3.4.15). Респонденти на стаціонарному лікуванні не мали цієї статті витрат.

За факторами ризику найвищі витрати, очікувано, мають респонденти з супутніми захворюваннями (16 223 грн) (табл.3.4.15). Також високі витрати за цією статтею у працівників комерційного сексу (6 300 грн) та споживачів ін'єкційних наркотиків (6 275 грн).

За типом населеного пункту середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій значно вищі у міських мешканців порівняно з сільськими (6 530 грн та 540 грн відповідно) (табл.3.4.16). Це може бути пов'язано з тим, що мешканці сільської місцевості мають менші витрати, бо просто не отримують цих послуг, наприклад, через складність доїзду до медичних закладів.

Таблиця 3.4.16 Середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій за типом населеного пункту, областями та статтю

		Середні витрати, грн
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	6 530
	Село	540
Області/місто	Дніпропетровська	8 988
	Львівська	3 313
	Одеська	12 490
	Харківська	600
	Київ	1 431
	Чернігівська	1 919
	Донецька	731
Стать	Чоловіки	5 831
	Жінки	4 686
Тип зайнятості	Учень/студент	240
	Робітник/різноробочий	10 474
	Службовець	2 732
	Підприємець (самозайнята особа)	6 444
	Пенсіонер	1 875
	Непрацездатний (на)	1 033
	Безробітний (на)	1 811

За областями найвищі витрати у респондентів з Одеської (12 490 грн) та Дніпропетровської (8 988 грн) (табл.3.4.16).

Витрати за цією статтею вищі у чоловіків у порівнянні з жінками (5 831 грн та 4 686 грн відповідно) (табл.3.4.16).

За типом зайнятості найвищі витрати за цією статтею у робітників (10 474 грн) та підприємців (6 444 грн), найнижчі в учнів/студентів (240 грн), непрацевдатних (1 033 грн) та пенсіонерів (1 875 грн) (табл.3.4.16).

В середньому під час амбулаторного лікування респонденти витрачали 5208 грн на лікування опортуністичних інфекцій. Найбільше коштів опитані витрачали на лікування бактеріальних інфекцій (в середньому 60 350 грн). Найменше – на лікування вірусних (1 057 грн) та паразитарних (3 250 грн) інфекцій. Це значно більше, ніж до початку лікування (971 грн в середньому), але майже вдвічі менше, ніж під час госпіталізації (14 546 грн).

Середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій у тих пацієнтів, які перебувають на лікуванні тривалий час, дещо вище, ніж у тих, у кого ВІЛ діагностовано вперше. Відповідно, чим важча стадія хвороби, тим більше респонденти витрачали на діагностику та лікування опортуністичних інфекцій.

3.4.5. Витрати на харчування та проїзд для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини під час амбулаторного лікування

Амбулаторні візити, в середньому, не забирають у респондентів багато часу: тривалість останнього амбулаторного візиту, включаючи час у дорозі та очікування в середньому становить близько трьох годин (медіанне значення) (табл.3.4.17).

Медіанне значення кількості медичних візитів з моменту отримання позитивного результату тесту серед опитаних респондентів складає 5 візитів.

Таблиця 3.4.17 Час у дорозі та кількість амбулаторних візитів з моменту отримання позитивного тесту

	Тривалість останнього амбулаторного візиту (включаючи час у дорозі та час очікування), год	К-сть медичних візитів, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, з моменту отримання позитивного тесту
Медіана	3	5
Мінімум	1	1
Максимум	90	700
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	60	88,7
к-сть тих, хто відповів на дане питання	360	532

Немедичні витрати під час амбулаторних візитів в середньому складають 113 грн. Витрати на проживання на проживання для респондента є найвищими серед цих статей витрат і складають 145 грн в середньому (табл.3.4.18).

Таблиця 3.4.18 Витрати на харчування, проїзд та проживання для пацієнта і для супроводжуючого члена сім'ї або іншої близької людини, грн

	Вартість проїзду в обидва боки для респондента та супроводжуючого	Витрати на проживання для респондента	Витрати на проживання для супроводжуючого	Всього
Середнє	111	145	70	113
Медіана	40	200	45	40
Мінімум	7	16	16	7
Максимум	2 000	300	240	2 000
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	76,2	1,2	1,0	76,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	457	7	6	458

Немедичні витрати під час амбулаторного візиту мають статистично значущий зв'язок з віком, сімейним станом, типом населеного пункту, родом занять та факторами ризику (так само, як і немедичні витрати під час отримання АРВ-препаратів).

У жителів сільської місцевості витрати на цьому етапі лікування вищі, порівняно з містянами, що зумовлено вищими транспортними витратами: 220 грн і 90 грн відповідно (табл.3.4.19).

Таблиця 3.4.19 Середні немедичні витрати під час амбулаторного візиту за типом населеного пункту

		Середні витрати, грн
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	90
	Село	220
Області/місто	Дніпропетровська	74
	Львівська	125
	Одеська	152
	Харківська	106
	Київ	120
	Чернігівська	125
	Донецька	72
Вік	молодше 18 років	124
	18-25 років	120
	26-35 років	150
	36-45 років	110
	46-55 років	86
	старше 56 років	76
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	164
	Розлучений (на)	72
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	108
	Вдівець/вдова	91
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	91
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	177
	Споживання ін'єкційних наркотиків	51
	Супутне захворювання	105
	Особи, які перебувають за межею бідності	88
	Особи нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби	35
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	119
	Працівники комерційного сексу	114

При цьому найвищі витрати у жителів Одеської (180 грн), Львівської (125 грн), Чернігівської (125 грн) областей та м. Києва (120 грн) (табл.3.4.19).

Чим молодші респонденти, тим вищі у них немедичні витрати під час амбулаторного візиту. Найнижчі витрати у найстаршій віковій групі – у респондентів старше 56 років (76 грн в середньому) (табл.3.4.19). Та ж сама тенденція простежується і щодо немедичних витрат під час отримання АРВ-препаратів.

За сімейним станом вищі витрати у респондентів, які перебувають у незареєстрованому або зареєстрованому шлюбі (108 грн і 164 грн відповідно) (табл.3.4.19), що може бути пов'язано з додатковими витратами на супроводжуючу особу.

За типом зайнятості найвищі немедичні витрати під час амбулаторного візиту у військовослужбовців (200 грн), непрацездатних (162 грн), та безробітних (142 грн) (табл.3.4.19).

Менші витрати у пенсіонерів (96 грн), робітників/різноробочих (94 грн) і у службовців (85 грн).

За факторами ризику найвищі середні витрати у осіб, які зловживають алкоголем (177 грн), ЧСЧ (119 грн), працівників комерційного сексу (114 грн) та осіб з супутнім захворюванням (105 грн) (табл.3.4.19).

Середні немедичні витрати під час амбулаторного візиту дещо вищі у респондентів на I клінічній стадії (129 грн) у порівнянні з респондентами на II та III- IV клінічній стадіях (110 грн і 104 грн відповідно) (табл.3.4.20).

Таблиця 3.4.20 Середні немедичні витрати під час амбулаторного візиту за стадією хвороби

		Середні витрати, грн
Клінічна стадія	I клінічна стадія	129
	II клінічна стадія	110
	III- IV клінічна стадія	104
Формат лікування	Стаціонарному лікуванні	230
	Амбулаторному лікуванні з супроводом	115
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	112
Тип випадку	Вперше діагностовано	118
	Перебуває на лікуванні тривалий час	108

При цьому у респондентів, які заходяться на стаціонарному лікуванні, середні витрати вищі, ніж у респондентів на амбулаторному лікуванні: 230 грн у респондентів на стаціонарному лікуванні, 112 грн – на амбулаторному без супроводу, 115 грн – на амбулаторному з супроводом (табл.3.4.20). Подібна тенденція простежується і щодо витрат під час отримання АРВ-препаратів: це може бути пов'язано з неофіційними виплатами медичному персоналу у стаціонарі.

Також за типом випадку немедичні витрати під час амбулаторного візиту, так само, як і під час отримання АРВ-препаратів, практично не відрізняються: у тих, в кого ВІЛ діагностовано вперше вони є дещо вищими, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (118 грн і 108 грн відповідно) (табл.3.4.20).

Таким чином, немедичні витрати складають в середньому 113 грн. Немедичні витрати на цьому етапі лікування мають статистично значущий зв'язок з віком (чим молодші респонденти, тим вищі у них немедичні витрати), сімейним станом (вищі витрати у респондентів, які перебувають у незареєстрованому або зареєстрованому шлюбі), типом населеного пункту (у жителів сільської місцевості витрати вищі), родом занять (найвищі витрати у військовослужбовців, непрацевдатних та безробітних) і факторами ризику (найвищі середні витрати у осіб, які зловживають алкоголем, ЧСЧ та працівників комерційного сексу).

3.5. Інші власні витрати пацієнтів

3.5.1 Витрати на харчування/дієтичні добавки

Переважна більшість опитаних (91,5%) не купують дієтичні добавки. В середньому на дієтичні добавки респонденти витрачали 530 грн (табл.3.5.1).

Таблиця 3.5.1 Витрати на дієтичні добавки, грн

	Витрати на дієтичні добавки
Середнє	530
Медіана	300
Мінімум	40
Максимум	4 500
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	7,2
к-сть тих, хто відповів на дане питання	43

Середні витрати на дієтичні добавки мають статистично значущий зв'язок з рівнем освіти респондентів та типом зайнятості.

Таблиця 3.5.1 Витрати на дієтичні добавки за рівнем освіти, типом зайнятості, типом населеного пункту, областю, статтю, віком, сімейним станом

		Середні витрати, грн
Рівень освіти	Незакінчена середня (9 класів)	182
	Повна середня (11 класів)	828
	Середня спеціальна (технікум, коледж)	288
	Базова вища (бакалавр)	750
	Повна вища (спеціаліст, магістр)	536
Тип зайнятості	Учень/студент	700
	Робітник/різноробочий	379
	Підприємець (самозайнята особа)	650
	Пенсіонер	1 625
	Непрацездатний (на)	1 000
	Безробітний (на)	250
Тип населеного пункту	Місто/СМТ	580
	Село	222
Області/місто	Дніпропетровська	948
	Львівська	390
	Одеська	512
	Харківська	234
	Київ	400
	Чернігівська	150
	Донецька	559
Стать	Чоловіки	489
	Жінки	552
Вік	молодше 18 років	650
	18-25 років	1 067
	26-35 років	462
	36-45 років	296
	46-55 років	949
	старше 56 років	290
Сімейний стан	Перебуваю у зареєстрованому шлюбі	575
	Розлучений (на)	498
	Перебуваю у незареєстрованому шлюбі/співмешкання	580
	Вдівець/вдова	443
	Ніколи не перебував(ла) у шлюбі	522

Так, найвищі витрати у опитаних з повною середньою освітою (828 грн). Респонденти з базовою вищою та повною вищою освітою витрачають на дієтичні добавки 750 грн та 536 грн відповідно. Найнижчі витрати у респондентів з незакінченою середньою (182 грн) та середньою спеціальною (288 грн) освітою (табл. 3.5.1).

Найвищі витрати за типом зайнятості у пенсіонерів (1 625 грн) та непрацездатних (1000 грн) (табл.3.5.1). Оскільки для цих категорій респондентів є актуальними дієтичні добавки, це має бути

враховано у соціальній допомозі, бо для низькодохідних груп, якими є пенсіонери та непрацездатні, це досить значні витрати.

За типом населеного пункту витрати містян суттєво вищі, ніж мешканців сіл (580 грн та 222 грн відповідно) (табл.3.5.1). Можна припустити, що для мешканців сіл ця стаття витрат є менш актуальною і вони відмовляються від дієтичних добавок.

При цьому за областями проживання найвищі витрати на дієтичні добавки у мешканців Дніпропетровської області (948 грн) (табл.3.5.1).

Це одна з небагатьох статей витрат, де витрати жінок є вищими, ніж витрати чоловіків (552 грн та 489 грн відповідно) (табл.3.5.1).

За віком найвищі витрати у наймолодшій віковій групі (1 067 грн) (табл.3.5.1).

За сімейним станом дещо витрати на дієтичні добавки мають респонденти, які перебувають у зареєстрованому або незареєстрованому шлюбі (575 грн та 580 грн відповідно) (табл.3.5.1).

За типом випадку відмінності у витратах на дієтичні добавки практично немає: ті, у кого ВІЛ діагностовано перше, в середньому витрачають 535 грн, ті, хто перебуває на лікуванні тривалий час, в середньому витрачають 525 грн (табл.3.5.2).

За стадіями лікування найбільше на дієтичні добавки витрачають респонденти на II клінічній стадії (744 грн), найменше – на I клінічній стадії (371 грн), на III- IV стадії ця стаття витрат складає в середньому 519 грн (табл.3.5.2). Це можна пояснити тим, що на I стадії респонденти відчувають найменшу потребу у дієтичних добавках, а на III- IV стадії мають більш актуальні витрати, що може говорити про необхідність такого виду соціальної допомоги на більш пізніх стадіях хвороби.

Таблиця 3.5.2 Середні витрати на дієтичні добавки за типом випадку, клінічною стадією, форматом лікування

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	535
	Перебуває на лікуванні тривалий час	525
Клінічна стадія	I клінічна стадія	371
	II клінічна стадія	744
	III- IV клінічна стадія	519
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	614
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	463

За форматом лікування витрати у пацієнтів на амбулаторному лікуванні з супроводом вищі, ніж у тих, хто лікується амбулаторно без супроводу (614 грн та 463 грн відповідно) (табл.3.5.2). Респонденти на стаціонарному лікуванні не мали цієї статті витрат.

Таким чином, на дієтичні добавки респонденти витрачають в середньому на 530 грн. Середні витрати на дієтичні добавки мають статистично значущий зв'язок з рівнем освіти респондентів (найвищі витрати у опитаних з повною середньою освітою) та типом зайнятості (найвищі витрати за типом зайнятості у пенсіонерів).

Ці витрати не є медичними, а також не є необхідними медичними витратами, такими як доїзду до медзакладу або харчування в дорозі. Але такі витрати спрямовані на підвищення якості життя осіб, хворих на ВІЛ.

3.5.2 Витрати, пов'язані з правовою, психологічною допомогою та іншими потребами

Окрім витрат на медичні послуги, а також супутніх немедичних витрат, у респондентів є ще один напрямок витрат власних коштів – це отримання правової, психологічної та інших видів допомог. Ці витрати у нашому суспільстві можуть вважатись менш пріоритетними, на них можуть

економити як держава, так і самі пацієнти. Але тим не менше, ці види допомог є вкрай важливими, адже запобігають соціальній ексклюзії ВІЛ-інфікованих.

У переважної більшості опитаних не було потреби правовій допомозі (92,5%) та оплаті дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення (82,8%). Психологічну допомогу 21,7% опитаних отримали безкоштовно, 1,2% - на платній основі, у 76,5% не було потреби у такій допомозі.

У категорії «інше» респонденти називали отримання ліків та консультацій соціального працівника (рис.3.5.1).

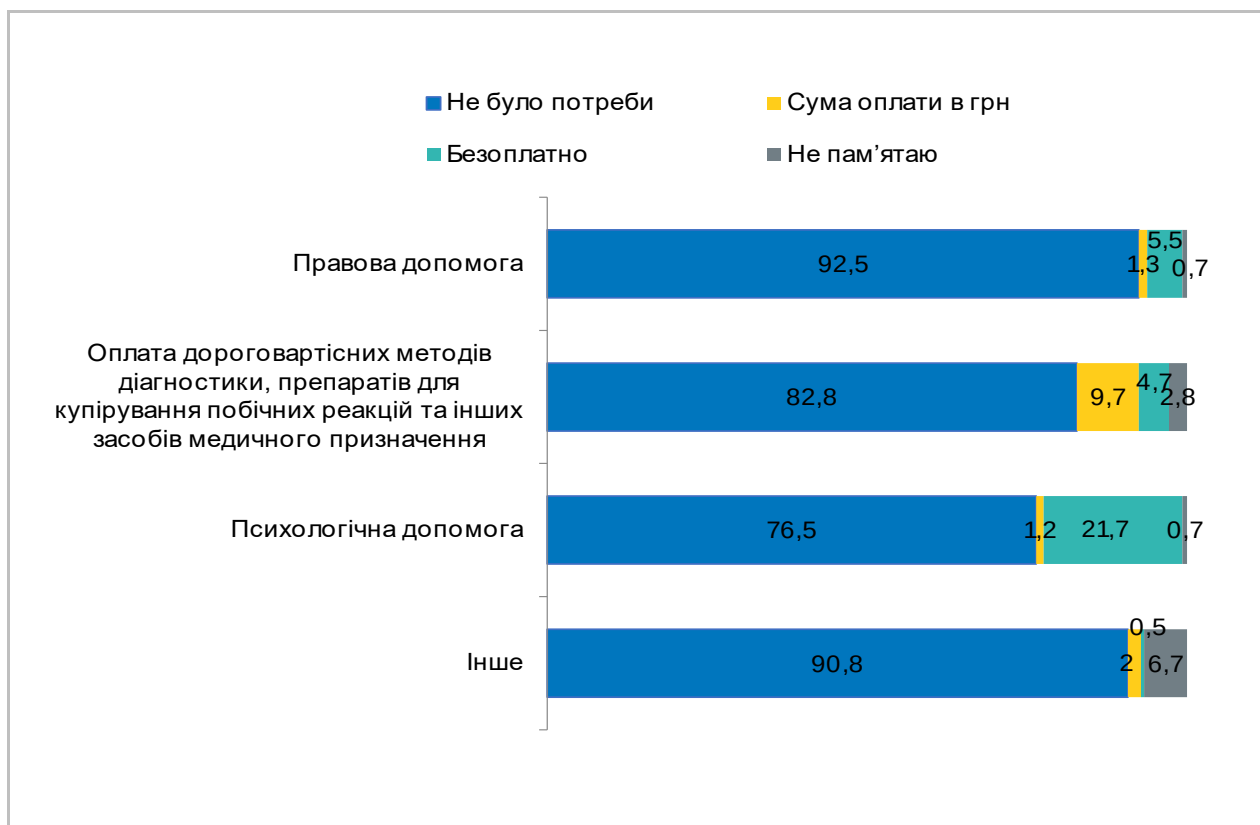


Рис.3.5.1 Витрати на отримання правової, психологічної та інші потреби, %

На оплату дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення респонденти в середньому витрачали 10 962 грн, на психологічну допомогу – 5 983 грн. Найменші витрати на правову допомогу – 1 246 грн у середньому (табл.3.5.3).

Таблиця 3.5.3 Витрати на отримання правової, психологічної допомоги та інші потреби

	Правова допомога	Психологічна допомога	Оплата дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення	Всього
Середнє	1 246	5 983	10 962	10 344
Медіана	700	3 250	1 900	1 950
Мінімум	50	600	100	50
Максимум	3 000	20 000	250 000	250 000
% тих, хто відповів на дане питання, до всіх опитаних	0,8	1,0	8,2	9,3
к-сть тих, хто відповів на дане питання	5	6	49	56

Усього на інші види допомоги респонденти в середньому витрачали 10 344 грн.

У тих респондентів, у кого ВІЛ діагностовано вперше, ці витрати є дещо вищими, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час (11 020 грн та 9 838 грн відповідно) (табл. 3.5.4).

Таблиця 3.5.4 Середні витрати на інші види допомоги (правова, психологічна, оплата дороговартісних методів діагностики/препаратів) за типом випадку

		Середні витрати, грн
Тип випадку	Вперше діагностовано	11 020
	Перебуває на лікуванні тривалий час	9 838
Клінічна стадія	I клінічна стадія	1 596
	II клінічна стадія	8 833
	III- IV клінічна стадія	12 774
Формат лікування	Амбулаторному лікуванні з супроводом	8 991
	Амбулаторному лікуванні без супроводу	11 097
Фактори ризику	Зловживання алкоголем	270
	Споживання ін'єкційних наркотиків	1 404
	Супутнє захворювання	25 102
	Особи, які перебувають за межею бідності	2 217
	ЧСЧ (чоловіки, які мають секс з чоловіками)	4 400
	Працівники комерційного сексу	600

Також чим важча стадія хвороби, тим більші витрати. Так, найвищі витрати за цими статтями у респондентів на III- IV стадіях хвороби, а найнижчі – на I стадії (1 596 грн) (табл. 3.5.4). Це говорить про більш високу актуальність таких видів допомоги на більш важких стадіях перебігу хвороби.

За форматом лікування витрати у пацієнтів на амбулаторному лікуванні без супроводу вищі, ніж у тих, хто лікується амбулаторно з супроводом (11 097 грн та 8 991 грн відповідно) (табл. 3.5.4). Респонденти на стаціонарному лікуванні не мали цієї статті витрат.

За факторами ризику найвищі витрати мають респонденти з супутніми захворюваннями (25 102 грн) (табл. 3.5.4). Досить низькі витрати у працівників комерційного сексу (600 грн), тих, хто зловживає алкоголем (270 грн), споживачів ін'єкційних наркотиків (1 404 грн). Це може говорити про те, що ці категорії осіб не мають можливості/не знають як звернутись за такою допомогою, тобто, не витрачають власні кошти, бо взагалі не отримують її.

За областями найвищі витрати за цими статтями у мешканців Одеської області (38 831 грн) (табл. 3.5.5).

Таблиця 3.5.5 Середні витрати на інші види допомоги (правова, психологічна, оплата дороговартісних методів діагностики/препаратів) за областю проживання

		Середні витрати, грн
Області/місто	Дніпропетровська	989
	Львівська	3 580
	Одеська	38 831
	Харківська	2 292
	Київ	2 063
	Чернігівська	3 533
	Донецька	1 702
Стать	Чоловіки	19 261
	Жінки	2 617

Також ці витрати суттєво вищі у чоловіків, порівняно з жінками, на що варто звернути особливу увагу (19 261 грн проти 2 617 грн) (табл.3.5.5). Ці статті витрат, на перший погляд, не є життєво необхідними, але саме від таких витрат залежить якість життя осіб, хворих на ВІЛ. Те, що жінки мають суттєво нижчі витрати за цими статтями, може говорити про те, що вони не отримують відповідної допомоги, а, отже, їм має бути забезпечена така допомога безкоштовно та донесена інформація, де і як можна її отримати.

В цілому на оплату дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення, на психологічну та правову допомогу респонденти в середньому витрачали 10 344 грн. Найбільше - на оплату дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій (10 962 грн), найменше – на правову допомогу (1 246 грн). На психологічну допомогу в середньому витрачали (5 983 грн).

У тих респондентів, у кого ВІЛ діагностовано вперше, ці витрати є дещо вищими, ніж у тих, хто перебуває на лікуванні тривалий час. Також чим важча стадія хвороби, тим більші витрати. За факторами ризику найвищі витрати мають респонденти з супутніми захворюваннями.

Таким чином, респондентам доводилось витрачати досить суттєві кошти на правову та психологічну допомогу: ці витрати перевищують витрати респондентів на медичні послуги під час амбулаторного лікування та до початку лікування ВІЛ-інфекції. Доступ до безкоштовної правової та психологічної допомоги має бути розширеним, адже якісні послуги у цих сферах сприятимуть соціальній інтеграції ВІЛ-інфікованих.

3.6. Зміна доходів та соціальні наслідки

3.6.1 Зміна доходу у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію

У більшості опитаних місячний дохід у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію залишився без змін (77,7%). У 19,8% рівень доходу зменшився, а у 2,5% - збільшився (рис.3.6.1).

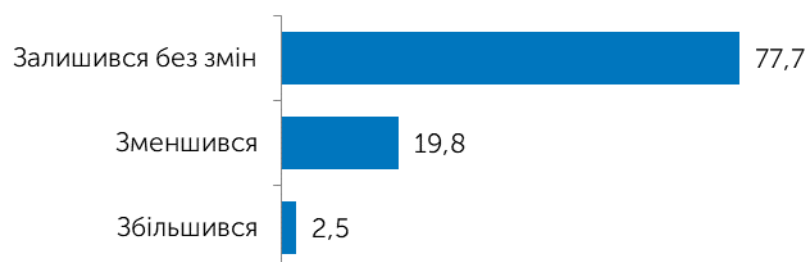


Рис.3.6.1 Зміна доходу у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію, %

Варто зазначити, що зміна доходу є досить суттєвою: і для тих респондентів, хто відчув зниження доходу, і для тих, хто відчув зростання доходу, дохід змінився більш ніж на 50% для більшості опитаних (для 52,9% серед тих, у кого дохід збільшився, і для 53,3% серед тих, у кого дохід зменшився) (рис.3.6.2).

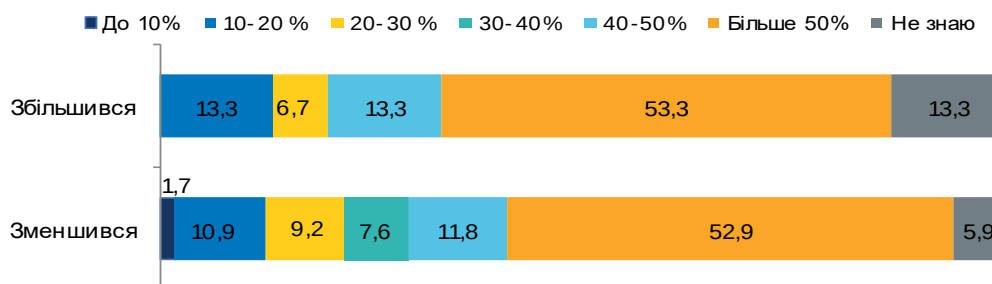


Рис.3.6.2 Динаміка зміни доходу у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію, % до тих, у кого він змінився

3.6.2 Отримана соціальна підтримка

Більше половини респондентів (52,5%) отримували соціальну підтримку після отримання діагнозу.

Переважають харчові набори (їх отримали 44,1% тих, хто отримував соціальну допомогу), сертифікати в магазин (35,9%) та гігієнічні набори (21,3%) (рис.3.6.3).



Рис.3.6.3 Різновиди соціальної підтримки після діагностованої ВІЛ-інфекції, % до тих, хто отримував

3.6.3 Зміни в соціальному та приватному житті

Більшість опитаних (61%) зазначають, що те, що вони дізнались про свій ВІЛ-позитивний статус, ніяк не вплинуло на їхнє життя (рис.3.6.4). Це може бути пов'язано з тим, що респонденти приховують від оточуючих свій ВІЛ-позитивний статус.

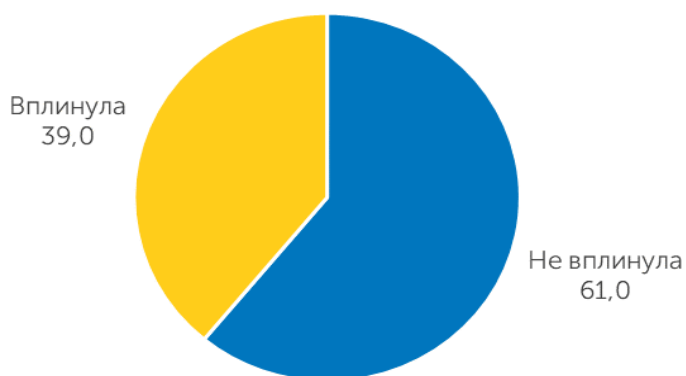


Рис.3.6.4 Вплив обізнаності щодо власного ВІЛ-статусу на життя респондентів, %

Серед найбільш поширених негативних наслідків 23,9% зазначають, що це сприяло їх соціальному відчуженню, 21,8% через це втратили роботу (рис.6.6). У категорії «Інше» респонденти називали зміну ставлення до життя та до оточуючих, а також життєві плани, реалізації яких завадила ВІЛ-інфекція (неможливість піти до армії, відмова прийняти дитину до школи і т.д.).



Рис.3.6.5 Негативні наслідки діагностованої ВІЛ-інфекції, % до тих, у кого спричинила наслідки

Серед позитивних наслідків (рис.3.6.7) респонденти назвали сприяння соціальній інтеграції (9,8%), що може бути пов'язано з можливістю зав'язати нові соціальні контакти у спільноті людей, які живуть з ВІЛ, або ж у різноманітних спільнотах соціальної підтримки таких людей. Ймовірно, з цієї ж причини 4,7% зазначили, що змогли влаштувати приватне життя. Ще 3,8% знайшли роботи завдяки позитивній дискримінації ВІЛ-інфікованих у ряді організацій.

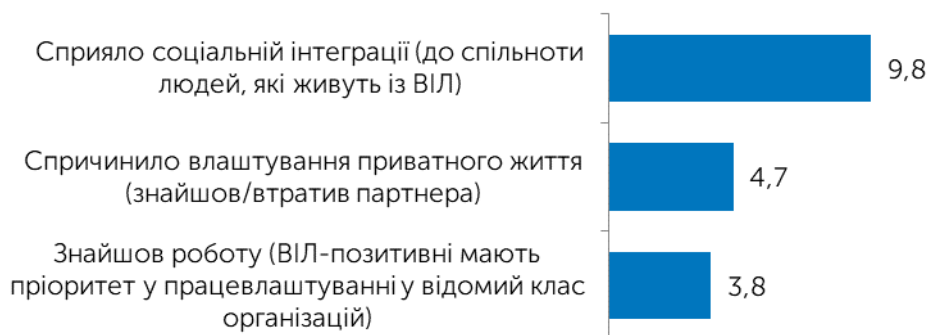


Рис.3.6.6 Позитивні наслідки діагностованої ВІЛ-інфекції, % до тих, у кого спричинила наслідки

3.6.4. Необхідна підтримка під час лікування ВІЛ

Серед запитів на додаткову соціальну допомогу переважають запити на харчові набори (46,5%), додаткові кошти на проїзд (25,7%), гігієнічні набори (23,2%), психологічну підтримку (17%) та запити на ліки для лікування побічних ефектів (14%). При цьому 18,7% опитаних зазначають, що не потребують додаткової підтримки (рис.3.6.8).



Рис.3.6.7 Потреба у додатковій підтримці впродовж лікування ВІЛ-інфекції, %

Таким чином, харчові набори також переважають серед запитів на потенційну соціальну підтримку. Але харчові набори також переважають серед соціальної підтримки, яку отримують опитані, переважають харчові набори (їх отримали 44,1% тих, хто отримував соціальну допомогу). Тут можна припустити недостатньо кількість харчових наборів. Також може бути їх неналежна якість: так, витрати на харчування під час госпіталізації є досить значними, і складають 2723 грн.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ ДО РОЗДІЛУ 3

Висновки

- Витрати власних коштів респондентів за усіма статтями (медичні та немедичні) за усі періоди лікування (до поточного лікування, впродовж поточного та під час амбулаторного) в середньому складають 4 351 грн. Найбільше власних коштів (на медичні та немедичні статті витрат) респонденти витрачали на етапі поточного лікування ВІЛ-інфекції (в середньому 13 513 грн), найменше – під час амбулаторного лікування ВІЛ-інфекції (921 грн).
- Медичні витрати в цілому за усі етапи лікування (до поточного лікування, впродовж поточного та під час амбулаторного) в середньому складають 4 939 грн. Найвищі медичні витрати респонденти мали впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції (15 695 грн в середньому), найменші – до поточного лікування ВІЛ-інфекції (822 грн).
- Немедичні витрати в цілому за усі етапи лікування (до поточного лікування, впродовж поточного та під час амбулаторного) в середньому складають 615 грн. Найвищі немедичні витрати респонденти мали впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції (2 368 грн в середньому), найменші – під час амбулаторного лікування ВІЛ-інфекції (134 грн).
- Власні витрати пацієнтів за усіма статтями (медичні та немедичні) до поточного лікування ВІЛ-інфекції складають в середньому 1 331 грн. Медичні витрати на цьому етапі лікування складають 822 грн, і включають в себе витрати на скринінгові дослідження (378 грн в середньому), витрати на загальні аналізи (212 грн в середньому), витрати на лабораторні дослідження (248 грн), витрати на дослідження з метою діагностики опортуністичних інфекцій (OI) і супутніх захворювань (971 грн) та витрати на інструментальні обстеження, пов'язані з ВІЛ, послуги та консультації вузьких спеціалістів (559 грн). Немедичні витрати складають 197 грн в середньому. Витрати часу на цьому етапі є незначними: близько 80 хвилин на дорогу та до однієї години на візит.
- Власні витрати пацієнтів за усіма статтями (медичні та немедичні) впродовж поточного лікування ВІЛ-інфекції складають 13 513 грн в середньому. Медичні витрати на цьому етапі лікування складають в середньому 15 695 грн і включають в себе наступні статті витрат: консультація/огляд (543 грн), загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові (368 грн), лабораторні дослідження (100 грн), хірургічні операції (9088 грн), рентген і т.п. (1087 грн), лікування OI (14 546 грн), призначення та корекція лікування (7352 грн), інші ліки (16 176 грн). Немедичні витрати складають 2 368 грн. Витрати часу є наступними: госпіталізація в середньому займає 21 день, часу у дорозі до місця госпіталізації займає близько години.
- Власні витрати пацієнтів за усіма статтями (медичні та немедичні) під час амбулаторного лікування ВІЛ-інфекції складають 921 грн в середньому. Медичні витрати на цьому етапі лікування складають в середньому 3 432 грн і включають в себе: консультація та огляд (10 грн), аналізи на АЛТ/АСТ, креатинін тощо (108 грн), додаткові тести (986 грн), рентген (86 грн), УЗД (291 грн), огляд вузькими спеціалістами (928 грн), діагностика та лікування опортуністичних інфекцій (5208 грн). Немедичні витрати на цьому етапі лікування в середньому складають 134 грн. Витрати часу на отримання АРВ препаратів – близько 3 годин (сюди включено час у дорозі та час очікування).
- Інші витрати респондентів складають 6 920 грн і включають в себе: витрати на дієтичні добавки (530 грн в середньому), оплату дороговартісних методів діагностики, препаратів для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення (10 962 грн), психологічну допомогу (5 983 грн), правову допомогу (1 246 грн).
- Більшість опитаних (83,5%) проживають у міській місцевості. Серед опитаних дещо вища частка жінок (52%). Більшість опитаних старше 36 років, найбільш чисельною є вікова група 36-45 років (42,5%). За освітнім рівнем найчисельніша група – респонденти з середньою освітою (45%). Найчисельніша професійна група серед опитаних – це робітники/різнорабочі (38,2%).
- Переважна більшість опитаних проходила лікування у Регіональному центрі громадського здоров'я (94,2%). У більшості опитаних (55,2%) хворобу було діагностовано вперше, найвищою є частка тих, хто має першу клінічну стадію ВІЛ-інфекції (34%). Більшість опитаних (61,3%) знаходяться на амбулаторному лікуванні без супроводу.

- Основними факторами ризику зараження ВІЛ-інфекцією серед опитаних респондентів є споживання ін'єкційних наркотиків (28,2%) та супутнє захворювання (15,3%).
- У більшості опитаних місячний дохід у зв'язку із захворюванням на ВІЛ-інфекцію залишився без змін (77,7%), при цьому 19,8% заявили про зменшення доходу. Але тут варто зазначити, що зменшення доходу було дуже суттєвим: для 52,9% серед цієї групи респондентів дохід впав більш, ніж на половину. Це говорить про високу соціальну вразливість осіб з ВІЛ-інфекцією та про необхідність соціальної підтримки.
- Серед соціальної підтримки, яку отримують опитані, переважають харчові набори (їх отримали 43,8% тих, хто отримував соціальну допомогу), сертифікати в магазин (35,9%) та гігієнічні набори (19,4%). Харчові набори також переважають і серед запитів на потенційну соціальну підтримку: про це зазначили 46,5% опитаних, але актуальними також є додаткові кошти на проїзд (25,7%), гігієнічні набори (23,2%), психологічну підтримку (17%) та запити на ліки для лікування побічних ефектів (14%).
- Більшість опитаних (61%) зазначають, що те, що вони дізнались про свій ВІЛ-позитивний статус, ніяк не вплинуло на їхнє життя. Це може бути пов'язано з тим, що респонденти приховують від оточуючих свій ВІЛ-позитивний статус. Одним з основних негативних наслідків є соціальне відчуження (9,3% до всіх опитаних, 23,9% - до тих, хто відчув вплив діагнозу на своє життя). При цьому 8,5% серед усіх опитаних зазначають, що втратили роботу після діагностування у них ВІЛ-інфекції. Виходячи з цього, консультативна допомога для сприяння працевлаштуванню може бути актуальною для осіб з ВІЛ-інфекцією (серед опитаних 24,7% безробітних).

Рекомендації

- Більшість опитаних не витрачали власні кошти на отримання необхідних медичних послуг. Але, варто звернути увагу на високі частки респондентів, які оплатили послуги до початку поточного лікування: дослідження маркерів вірусного гепатиту С (11,2%) та В (9%), рентген (18,8%), УЗД (13%), КТ (15,7%). Частки респондентів, які оплатили послуги на етапі амбулаторного лікування: огляд вузькими спеціалістами (8,2%), додаткові тести (5,7%), лікування грибкових інфекцій (31,7%), паразитарних інфекцій (33,3%), вірусних інфекцій (46,1%).
- До поточного лікування ВІЛ інфекції респонденти найчастіше проходили послуги на платній основі (за виключенням приватних клінік) у наступних типах медзакладів: міські поліклініки, протитуберкульозні диспансери, туберкульозні лікарні. На етапі амбулаторного лікування – у регіональному ЦГЗ, міських поліклініках, багатoproфільних лікарнях інтенсивного лікування, протитуберкульозних диспансери, туберкульозних лікарнях.
- Найвищі медичні витрати респондентів на різних етапах лікування зафіксовано у Дніпропетровській, Львівській, Одеській, Донецькій, що говорить про необхідності більш пильної уваги до цих областей, можливо, більш потужному інформуванню ЛЖВ у цих областях щодо їх прав та можливостей отримати необхідні медичні послуги безкоштовно.
- До початку поточного лікування ВІЛ-інфекції найвищі витрати має молодь (840 грн) та особи старше 56 років (405 грн). Можна припустити, що молодь готова витрачати кошти на медичні послуги, і бажає отримати ширший спектр послуг, а люди старшого віку мають більшу потребу у медичних послугах. Фокус уваги має бути спрямований на людей літнього віку, адже вони мають гірший доступ до інформації, порівняно з молоддю, щодо можливості отримати безкоштовно необхідні їм медичні послуги, і менше можливостей та сил домагатись відповідних послуг на безкоштовній основі.
- На етапі амбулаторного лікування найвищі медичні витрати на цьому етапі мають респонденти з супутніми захворюваннями (23 633 грн) та особи, нещодавно звільнені з установ пенітенціарної служби (22 800 грн). Варто розглянути можливості для компенсації медичних витрат під час амбулаторного лікування для цих категорій.
- Середні витрати на лікування опортуністичних інфекцій у тих пацієнтів, які перебувають на лікуванні тривалий час, дещо вище, ніж у тих, у кого ВІЛ діагностовано вперше (5 615 грн та 4 887 грн відповідно), тому, можна припустити, що чим довше триває хвороба, тим більше ресурсів

вимагає лікування та діагностика супутніх інфекцій. Варто розглядати можливості збільшення компенсації і медичних, і немедичних витрат зі збільшенням тривалості лікування.

- Найвищі немедичні витрати на різних етапах лікування зафіксовано у Донецькій, Львівській та Одеській областях. Це може бути пов'язано з різницею у рівні цін у різних регіонах України, і має бути враховано у соціальній допомозі хворим на ВІЛ. Відповідно, обсяги компенсації немедичних витрат ЛЖВ можуть відрізнятися в залежності від регіону їх проживання.
- До початку поточного лікування ВІЛ-інфекції найнижчі немедичні витрати мають споживачі ін'єкційних наркотиків (88 грн) та особи за межею бідності (96 грн). Ці дві категорії можуть відмовлятися від певних статей немедичних витрат через недостатність коштів. Забезпечення безбар'єрності у доступі до медичних послуг для таких категорій вкрай важливе, і немедичні витрати для них мають компенсуватися, адже у випадку відсутності коштів на немедичні витрати ці категорії осіб не отримають необхідні медичні послуги.
- Немедичні витрати на різних етапах лікування дещо вищі у осіб, які перебувають у незареєстрованому або зареєстрованому шлюбі. Можна припустити, що витрати зростають через супроводжуючу особу. Такі статті витрат варто компенсувати (наприклад, талонами на харчування чи проїзд для супроводжуючої особи), адже наявність супроводжуючого є важливим фактором психологічного комфорту для ЛЖВ.
- Загалом вищі витрати на немедичні статті у мешканців сіл та нижчі витрати на медичні можуть говорити про те, що жителі сільської місцевості свідомо відмовляються від отримання ряду медичних послуг (через складність доїзду, зайві витрати на проїзд та харчування і т.д.). Необхідно окремо приділяти увагу механізмам компенсації немедичних витрат жителям сільської місцевості та інформування їх про можливості отримання такої компенсації.
- Чим тяжчою є стадія хвороби, тим вищі немедичні витрати. Це може бути пов'язано з більш частим відвідуванням медичних закладів та тривалішим перебуванням там пацієнтів з більш тяжкою стадією хвороби. Відповідно, ЛЖВ на більш пізніх стадіях хвороби можуть потребувати більшого забезпечення немедичних витрат.
- Переважна більшість опитаних отримували правову та психологічну допомогу безоплатно, також більшість отримувала безкоштовно дороговартісні методи діагностики, препарати для купірування побічних реакцій та інших засобів медичного призначення (тут мали витрати власних коштів 9,7% опитаних). Але, витрати тих респондентів, хто все ж оплачував ці послуги, є досить значними, в середньому 10 344 грн. При цьому чим важча стадія хвороби, тим більші витрати. Це говорить про більш високу актуальність таких видів допомоги на більш важких стадіях перебігу хвороби. ЛЖВ необхідно потужно інформувати щодо можливості отримати такі послуги безкоштовно, а також щодо користі таких послуг, адже лише 17% опитаних вважає психологічну допомогу актуальною, правова допомога є актуальною для 10% респондентів. Також те, що жінки мають суттєво нижчі витрати за цими статтями, може говорити про те, що вони не отримують відповідної допомоги, а, отже, їм має бути забезпечена така допомога безкоштовно та донесена інформація, де і як можна її отримати.
- Варто звернути увагу на обсяги та якість харчових наборів. На харчові набори запит найбільший, при цьому на харчування респонденти витрачають значні кошти, особливо під час госпіталізації. При цьому близько половини респондентів зазначають, що отримують харчові набори, але запит на них все одно високий. Тобто, їх кількість варто збільшити, а якість покращити. Також, можливо, варто розширити такий вид допомоги, як талони на харчування. Їх отримували близько 8% опитаних респондентів, в той час як такий вид допомоги міг би знизити власні витрати, особливо під час госпіталізації.
- Важливим напрямком допомоги є надання консультативної допомоги для сприяння працевлаштуванню ВІЛ-інфікованих осіб, адже серед опитаних 24,7% безробітних. Також це є важливим фактором соціальної інтеграції ВІЛ-інфікованих осіб. Окрім цього, 19,8% заявили про зменшення доходу після встановлення діагнозу.

ЗАГАЛЬНІ ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

- Проведене дослідження продемонструвало, що механізм отримання безкоштовної діагностики та лікування ТБ та ВІЛ на рівні системи охорони здоров'я потребує вдосконалення із розширенням спектру покриття витрат пацієнтів. Результати дослідження свідчать про тягар власних медичних та немедичних витрат, які супроводжували пацієнтів з ТБ та ВІЛ на різних рівнях медичної допомоги та швидше були загальним явищем, ніж винятком.
- Власні медичні і немедичні витрати пацієнтів, яких торкнулась проблема ТБ та ВІЛ, є важливими бар'єрами для вчасної діагностики та ефективного лікування ТБ, ВІЛ, що потребує негайного реагування та системного підходу для вирішення цієї проблеми.
- Дослідження медичних і немедичних витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ є рушійним інструментом для впливу на політики уряду щодо покращення доступності медичних послуг та зменшення витрат осіб, яких торкнулась проблема ТБ та ВІЛ. Основні зусилля національної та регіональних програм протидії ТБ та ВІЛ мають фокусуватись на комплексній підтримці пацієнтів та заохоченні їх звернення до сімейних лікарів, ще на етапі появи симптомів, що можуть бути ознаками ТБ, ВІЛ, викорінивши страх та стигму у комунікації між медичними працівниками та пацієнтами.
- За результатами дослідження власні витрати пацієнтів мали набагато більший спектр та іншу структуру, ніж запропонована їм соціальна підтримка. Зокрема майже 70% пацієнтів з ТБ отримували харчові набори або талони на їжу, в той час як із попереднього аналізу медичних та немедичних витрат значна частка пацієнтів потребували компенсації проїзду, лабораторних та інструментальних обстежень. Така ж сама ситуація з ЛЖВ (52,5%). Отже необхідно надати можливість пацієнтам самим обирати соціальну підтримку, яку вони вважають оптимальною на даному етапі лікування, виходячи із наявного фінансування. Орієнтована на індивідуальні потреби пацієнтів соціальна підтримка є ефективною стратегією зменшення рівня переривання лікування та підвищення якості життя пацієнтів з туберкульозом та ЛЖВ.
- Для повноцінного вивчення витрат пацієнтів з ТБ та ЛЖВ необхідно встановити витрати після завершення лікування для пацієнтів з ТБ та під час амбулаторного лікування для ЛЖВ, зокрема дослідити вплив залишкових змін на продуктивність та відновлення працездатності для пацієнтів з ТБ та ЛЖВ. Отже є нагальна потреба в проведенні міжнародного дослідження довготривалих витрат пацієнтів з ТБ та ВІЛ, яке б фокусувалось на макроекономічних втратах для економіки та оцінці вартості ТБ та ВІЛ для суспільства.
- Завдяки проведеній оцінці правового середовища щодо ТБ та ВІЛ в Україні, було встановлено, що через прогалини в законодавстві спостерігаються випадки порушення прав пацієнтів на безкоштовну медичну допомогу, а самі нормативні акти потребують чіткого контролю за їх виконанням. Впровадження пацієнт-орієнтованих моделей надання медико-соціальної допомоги здатне суттєво скоротити витрати пацієнтів з ТБ та ЛЖВ та зменшити їх стигматизацію з боку суспільства.
- Першочерговим завданням для усунення економічних перепон отримання медичної допомоги особами, яких торкнулась проблема ТБ та ЛЖВ є налагодження координації між соціальними службами, НУО та медичними закладами України. Впровадження, орієнтованого на потреби пацієнтів, соціального супроводу, міжнародного досвіду паліативної допомоги, медичної реабілітації та реінтеграції в суспільство дозволить зменшити існуючі витрати пацієнтів та поліпшити результати лікування ТБ та ВІЛ.
- Незважаючи на послідовну підтримку Глобального фонду для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією (ГФ), для реалізації плану переходу від донорського до бюджетного фінансування уряду та місцевим громадам в Україні потрібно буде раціональніше використовувати наявні ресурси та активніше шукати альтернативні джерела фінансування для послідовного зменшення витрат пацієнтів з ТБ та ЛЖВ на рівні системи охорони здоров'я.

- Зменшення витрат пацієнтів з ТБ та/або ВІЛ не обов'язково потребує мобілізації коштів з національного бюджету чи залучення підтримки міжнародних донорів. Надзвичайно важливо адвокатувати якнайшвидше усунення існуючих прогалин в законодавстві. Зокрема, досі не розроблено алгоритму дій для забезпечення доступу до медичної допомоги пацієнтів, які не мають документів.
- Люди, яких торкнулась проблема ТБ та/або ВІЛ, мають бути включені в перелік осіб, що мають право на безкоштовну правову допомогу.
- При черговому перегляді пакету медичних гарантій НСЗУ необхідно врахувати власні як медичні, так і немедичні витрати пацієнтів з ТБ, як для розрахунку вартості послуг, так і для контролю виконання умов закупівлі медичних послуг за напрямками «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги» та «Діагностика та лікування дорослих і дітей із туберкульозом в амбулаторних та стаціонарних умовах».
- При розрахунковій оцінці вартості пакету медичних послуг слід враховувати прямі/медичні та непрямі/немедичні витрати пацієнтів з ВІЛ, а також порядок надання соціальних послуг. Варто враховувати можливі наслідки прискорення поширення ВІЛ при неналежному фінансуванні заходів зі зменшення ризикованої поведінки серед ключових груп.
- Найкращою стратегією для зменшення економічного тягаря ВІЛ у суспільств є підвищення охоплення лабораторним моніторингом ефективності призначеного лікування із визначенням вірусологічної супресії, а також вчасна корекція АРТ.
- Для забезпечення ефективної протидії поширенню ТБ та ВІЛ-інфекції необхідно спрямувати зусилля національної та регіональних програм на ліквідацію стигми на рівні первинної ланки медичної допомоги, комплексну підтримку ТБ та ЛЖВ та наданні консультативної допомоги для сприяння працевлаштуванню осіб з позитивним статусом та пацієнтів з ТБ.
- У зв'язку із воєнним станом, розпочати активний скринінг на ВІЛ серед внутрішньо-переміщених осіб, військовослужбовців, волонтерів, постраждалих від насильства, оскільки серед цих категорій населення зростає ризик інфікування ВІЛ (після насильства або під час надання медичної допомоги). Також варто зосередити увагу на виявленні потреб пацієнтів з ТБ та ВІЛ, які належать до перерахованих вище категорій громадян.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ЛІТЕРАТУРНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Chadha VK, Praseeja P, Srivastava R, Shivashankar BA, Hemanth Kumar NK, Padmesha R, Suganthi P, Umadevi G, Narayana L, Magesh V, Nagendra N, Puttaswamy G, Jaiswal R, Somashekar N. Pre-treatment delay and out of pocket expenses by notified new tuberculosis patients in an Indian mega city. Indian Journal of Tuberculosis [Internet] Elsevier BV; 2021; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.07.001>
2. de Siqueira-Filha NT, Legood R, Cavalcanti A, Santos AC. Cost of Tuberculosis Diagnosis and Treatment in Patients with HIV: A Systematic Literature Review. Value in Health [Internet] Elsevier BV; 2018; 21: 482–490 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2017.09.003>.
3. Evans, Denise et al. "Adaptation of WHO's generic tuberculosis patient cost instrument for a longitudinal study in Africa." Global health action vol. 14,1 (2021): 1865625. doi:10.1080/16549716.2020.1865625.
4. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Київ, 2014. <https://uoz.cn.ua/strategiya.pdf>
5. Звіт про результати аудиту ефективності виконання заходів з протидії захворюванню на туберкульоз. Рахункова палата. 18.08.2020 № 22–2
6. Zhang F, Shen LJ, Liu Z, Zhao K, Liu YH. PIN61 Analysis on direct medical expenses of patients with pulmonary tuberculosis in China: based on the case of 17,000 patients in Wuhan. Value in Health [Internet] Elsevier BV; 2019; 22: S649–S650. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2019.09.1303>.
7. El Halabi J, Palmer N, McDuffie M, Golub JJ, Fox K, Kohane I, Farhat MR. Measuring health-care delays among privately insured patients with tuberculosis in the USA: an observational cohort study. The Lancet Infectious Diseases [Internet] Elsevier BV; 2021; 21: 1175–1183 Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30732-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30732-5).
8. Вивчення існуючих бар'єрів для ефективного виявлення та лікування туберкульозу на амбулаторній фазі на базі первинної медичної ланки та способів їх подолання, прийнятних як для лікарів, так і для пацієнтів. МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я». Київ, 2018.
9. Li R, Ruan Y, Sun Q, Wang X, Chen M, Zhang H, Zhao Y, Zhao J, Chen C, Xu C, Su W, Pang Y, Cheng J, Chi J, Wang Q, Fu Y, Huan S, Wang L, Wang Y, Chin DP. Effect of a comprehensive programme to provide universal access to care for sputum-smear-positive multidrug-resistant tuberculosis in China: a before-and-after study. The Lancet Global Health [Internet] Elsevier BV; 2015; 3: e217–e228 Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(15\)70021-5](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(15)70021-5).
10. Аналіз прогалин у лікуванні туберкульозу. Фінальний звіт операційного дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. А. Мирошніченко, Е. Аджієва, А. Аухадієва та ін. – К.: 2016. – 49 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/gr_03_final_report_new_format_2016_12_27.pdf
11. Петренко. О. Маніфест здорового суспільства. <https://health-manifest.online>
12. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019». Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019. https://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
13. Звіт за результатами дослідження «Надання медичних та соціальних послуг особам з груп високого ризику захворювання на туберкульоз: моделі виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні (2011 - 2017 роки)». Київ, 2018. <http://www.lhsi.org.ua/images/2018/Zvit-v4.pdf>
14. Резолюція НАЦІОНАЛЬНОГО ДІАЛОГУ щодо спільних дій державних інституцій та організацій

- громадянського суспільства, включаючи спільноту людей, яких торкнулась проблема туберкульозу, у подоланні бар'єрів на шляху до якісних медичних та соціальних послуг з лікування туберкульозу в рамках переходу від донорського фінансування на державне. Київ, 2020 <https://tbpeopleukraine.com/natsionalnyi-dialoh/>
15. Gebo KA, Fleishman JA, Conviser R, Hellinger J, Hellinger FJ, Josephs JS, Keiser P, Gaist P, Moore RD; HIV Research Network. Contemporary costs of HIV healthcare in the HAART era. *AIDS*. 2010 Nov 13;24(17):2705-15. doi: 10.1097/QAD.0b013e32833f3c14. PMID: 20859193; PMCID: PMC3551268.
 16. Zamani-Hank Y. The Affordable Care Act and the burden of high cost sharing and utilization management restrictions on access to HIV medications for people living with HIV/AIDS. *Popul Health Manag*. 2016;19(4):272-278. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26565514>.
 17. Аудиторський звіт за результатами державного фінансового виконання державної бюджетної програми «Програми і централізовані заходи з профілактики ВІЛ-інфекції/СНІДу» за період 01.01.2016 по 31.12.2018. Державна аудиторська служба України. 28.01.2019. https://dasu.gov.ua/attachments/audit-reports/2019/4f6c6369-6467-4a30-9216-75cc8946f0ec_document.pdf
 18. Петренко. О. Маніфест здорового суспільства. <https://health-manifest.online>
 19. Спільний звіт ВООЗ та Світового банку. «Україна: огляд реформи фінансування системи охорони здоров'я 2016–2019». Всесвітня організація охорони здоров'я, 2019. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/425340/WHO-WB-Joint-Report_UKR_Full-report_Web.pdf
 20. Звіт за результатами дослідження «Надання медичних та соціальних послуг особам з груп високого ризику захворювання на туберкульоз: моделі виявлення та лікування туберкульозу в рамках проектів міжнародної допомоги в Україні (2011 - 2017 роки)». Київ, 2018. <http://www.lhsi.org.ua/images/2018/Zvit-v4.pdf>
 21. Vassall A., Seme A., Compennolle P., F. Meheus F. Patient costs of accessing collaborative tuberculosis and human immunodeficiency virus interventions in Ethiopia. *Int J Tuberc Lung Dis*, 14 (2010), pp. 604-610
 22. de Siqueira Filha NT, de Fatima Pessoa Militao de Albuquerque M, Legood R, Rodrigues L, Santos AC. The economic burden of tuberculosis and latent tuberculosis in people living with HIV in Brazil: a cost study from the patient perspective. *Public Health [Internet] Elsevier BV*; 2018; 158: 31–36 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.011>.
 23. План роботи Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2021 рік, затверджений рішенням Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу від 28 січня 2021 року.
 24. Thammavong C., Paboriboune P., Bouchard B., et al. Bleach treatment of sputum samples aids pulmonary tuberculosis screening among HIV-infected patients in Laos. *Int J Tuberc Lung Dis*, 15 (2011), pp. 1353-1358 <https://doi.org/10.5588/ijtld.11.0075>
 25. Berman P, Kendall C, Bhattacharyya K. The household production of health: integrating social science perspectives on micro-level health determinants. *Soc Sci Med*. 1994 Jan;38(2):205–215
 26. "Tool to Estimate Patients' Costs". KNCV Tuberculosis Foundation / World Health Organization/ Japan Anti-Tuberculosis Association. 2008. http://www.stoptb.org/wg/dots_expansion/tbandpoverty/assets/documents/Tool%20to%20estimate%20Patients'%20Costs.pdf
 27. de Siqueira Filha NT, de Fatima Pessoa Militao de Albuquerque M, Legood R, Rodrigues L, Santos AC. The economic burden of tuberculosis and latent tuberculosis in people living with HIV in Brazil: a cost study from the patient perspective. *Public Health [Internet] Elsevier BV*; 2018; 158: 31–36 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.12.011>.
 28. Cobelens F, van Kampen S, Ochodo E, Atun R, Lienhardt C. Research on Implementation of Interventions in Tuberculosis Control in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review.

- Evans C, editor. PLoS Med [Internet] Public Library of Science (PLoS); 2012; 9: e1001358 Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001358>.
29. Mesfin, M.M., Newell, J.N., Madeley, R.J. et al. Cost implications of delays to tuberculosis diagnosis among pulmonary tuberculosis patients in Ethiopia. BMC Public Health 10, 173 (2010). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-173>
 30. Sadoh, W. E., & Oviawe, O. (2007). The economic burden to families of HIV and HIV/tuberculosis coinfection in a subsidized HIV treatment program. Journal of the National Medical Association, 99(6), 627–631.
 31. Miller TL, McNabb SJN, Hilsenrath P, Pasipanodya J, Drewyer G, Weis SE. The Societal Cost of Tuberculosis: Tarrant County, Texas, 2002. Annals of Epidemiology [Internet] Elsevier BV; 2010; 20: 1–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annepidem.2009.09.004>.
 32. Pichenda K, Nakamura K, Morita A, Kizuki M, Seino K, Takano T. Non-hospital DOT and early diagnosis of tuberculosis reduce costs while achieving treatment success. The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease [Internet]. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2012 Jun 1;16(6):828–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0688>
 33. Wurtz R, White WD. The cost of tuberculosis: utilization and estimated charges for the diagnosis and treatment of tuberculosis in a public health system. Int J Tuberc Lung Dis. 1999 May;3(5):382-7. PMID: 10331726.
 34. Sousa S, Rocha D, Silva JC, Ribeiro AI, Gonçalves G, Almeida Á, Correia AM, Duarte R, Carvalho C. Comparing the cost-effectiveness of two screening strategies for latent tuberculosis infection in Portugal. Pulmonology [Internet] Elsevier BV; 2021; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pulmoe.2021.04.002>
 35. Gupta I, Trivedi M, Kandamuthan S. Costing of the Free ART Programme of the Government of India. Available from: http://iegindia.org/dis_111_2006.pdf
 36. Kumarasamy N, Vallabhaneni S, Cecelia AJ, Yephthomi T, Balakrishnan P, Saghayam S, et al. Reasons for modification of generic highly active antiretroviral therapeutic regimens among patients in southern India. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006;41:53–8.
 37. Ghate M, Tripathy SP, Kumar BK, Godbole SV, Chittake A, Nyayanirgune P, et al. Rate of hospitalization and inpatient care costs for HIV-1-infected patients in Pune, India. Natl Med J India. 2006;19:10–4.
 38. McAllister, J., et al, Financial stress associated with reduced treatment adherence in HIV-infected adults in resource-rich settings. HIV Medicine, July 2012.
 39. Stelmach RD, Rabkin M, Abo K, Ahoba I, Gildas Anago M, Boccanera R, et al. Financial burdens of HIV and chronic disease on people living with HIV in Côte d'Ivoire: A cross-sectional out-of-pocket expenditure study. Wilson FA, editor. PLOS ONE [Internet]. Public Library of Science (PLoS); 2021 Jul 29;16(7):e0255074. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0255074>
 40. Chadha VK, Praseeja P, Srivastava R, Shivashankar BA, Hemanth Kumar NK, Padmesha R, Suganthi P, Umadevi G, Narayana L, Magesh V, Nagendra N, Puttaswamy G, Jaiswal R, Somashekar N. Pre-treatment delay and out of pocket expenses by notified new tuberculosis patients in an Indian mega city. Indian Journal of Tuberculosis [Internet] Elsevier BV; 2021; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijtb.2021.07.001>
 41. Taverne B, Laborde-Balen G, Diaw K, et al. Does universal health coverage reduce out-of-pocket expenditures for medical consultations for people living with HIV in Senegal? An exploratory cross-sectional studyBMJ Open 2021;11:e046579. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046579
 42. Mullerpattan JB, Udwadia ZZ, Banka RA, Ganatra SR, Udwadia ZF. Catastrophic costs of treating drug resistant TB patients in a tertiary care hospital in India. Indian Journal of Tuberculosis [Internet] Elsevier BV; 2019; 66: 87–91Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pulmoe.2021.04.002>.
 43. Sousa S, Rocha D, Silva JC, Ribeiro AI, Gonçalves G, Almeida Á, Correia AM, Duarte R, Carvalho C. Comparing the cost-effectiveness of two screening strategies for latent tuberculosis infection in

- Portugal. Pulmonology [Internet] Elsevier BV; 2021; Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pulmoe.2021.04.002>.
44. World Health Organization. (2017). Tuberculosis patient cost surveys: a handbook. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259701>. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
 45. Aye R, Wyss K, Abdualimova H, Saidaliev S. Household costs of illness during different phases of tuberculosis treatment in Central Asia: a patient survey in Tajikistan. *BMC Public Health*. 2010;10:18.
 46. Tanimura T, Jaramillo E, Weil D, Raviglione M, Lönnroth K. Financial burden for tuberculosis patients in low- and middle-income countries: a systematic review. *European Respiratory Journal*. June 1 2014. 43(6):1763–75.
 47. Husereau D, Drummond M, Petrou S, Carswell C, Moher D, Greenberg D, Augustovski F, Briggs AH, Mauskopf J, Loder E. Consolidated Health Economic Evaluation Reporting Standards (CHEERS)—Explanation and Elaboration: A Report of the ISPOR Health Economic Evaluation Publication Guidelines Good Reporting Practices Task Force. *Value in Health [Internet] Elsevier BV*; 2013; 16: 231–250 Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2013.02.002>.
 48. Ukwaja KN, Modebe O, Igwenyi C, Alobu I. The economic burden of tuberculosis care for patients and households in Africa: a systematic review [Review article]. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease [Internet]*. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease; 2012 Jun 1;16(6):733–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.11.0193>
 49. Cobelens F, van Kampen S, Ochodo E, Atun R, Lienhardt C. Research on Implementation of Interventions in Tuberculosis Control in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Evans C, editor. *PLoS Med [Internet] Public Library of Science (PLoS)*; 2012; 9: e1001358 Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001358>.
 50. Reeves A, Basu S, Stuckler D, Semenza J. Social protection and tuberculosis control: cross-national analysis of 21 EU countries 1995-2012. *European Journal of Public Health [Internet]*. Oxford University Press (OUP); 2014 Oct 1;24(suppl_2). Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku165.040>
 51. Diel R, Rutz S, Castell S, et al. Tuberculosis: cost of illness in Germany. *Eur Respir J* 2012; 40: 143–151.
 52. Lönnroth K, Weil DE. Mass prophylaxis of tuberculosis through social protection. *Lancet Infectious Diseases*. November 2014. 14(11):1032–4.
 53. Wingfield T, Tovar MA, Huf D, Boccia D, Montoya R, Ramos E, et al. Socioeconomic support to improve initiation of tuberculosis preventive therapy and increase tuberculosis treatment success in Peru: a household-randomized, controlled evaluation. *The Lancet*. 23 February 2017. 389:S16.
 54. HIV and social protection assessment tool: Generating evidence for policy and action on HIV and social protection. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/HIV-social-protection-assessment-tool_en.pdf
 55. Shan D, Sun J, Yakusik A, Chen Z, Yuan J, Li T, et al. (2013) Total HIV/AIDS Expenditures in Dehong Prefecture, Yunnan Province in 2010: The First Systematic Evaluation of Both Health and Non-Health Related HIV/AIDS Expenditures in China. *PLoS ONE* 8(6): e68006. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0068006>
 56. Messner, Lyn and Mary Gutmann. 2013. Capacity Assessment Tool for Country Ownership of HIV Care and Treatment, Report of Pilot, Nigeria. Arlington, VA: USAID's AIDS Support and Technical Assistance Resources, AIDSTAR-One, Task Order 1.
 57. Barker, C., A. Dutta, N. Kriauzaite, and D. Ocheret. 2014. Harm Reduction Funding Gap Assessment Tool: User Guide. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; and Vilnius, Lithuania: Eurasian Harm Reduction Network.
 58. Ravi P. Rannan-Eliya. National Health Accounts – Estimation of private expenditure on health. WHO. 2010.
 59. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні» за 2020 рік. Центр громадського

https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/TB_surveillance_statistical-information_2020_table.xls

60. Аналіз нормативно – правових актів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до положень політичної декларації із загального охоплення послугами охорони здоров'я. Альянс громадського здоров'я. Київ. 2020.
61. Hanf M, Adenis A, Couppié P, Carme B, Nacher M. The impact of corruption on multidrug-resistant tuberculosis: a quantitative assessment: Figure 1–. European Respiratory Journal [Internet]. European Respiratory Society (ERS); 2012 Aug 31;40(3):792–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1183/09031936.00180911>
62. Ahlburg D. The economic impacts of tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2000
63. Впровадження амбулаторних моделей лікування хворих на туберкульоз та ВІЛ- асоційований туберкульоз у промисловому місті» на прикладі м. Кривий Ріг. Звіт за результатами дослідження в рамках проекту USAID «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Авт.-упоряд. Хейло О., Табунщик В., Роман Н., Долинська М., Гультай В., Севенко Д., Македон П. – К.: 2016. – 116 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/final_pilot_report_jan_12.pdf
64. Середа Ю., Трофименко О. Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження. Київ, 2020. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TB_report.pdf
65. Звіт України (від 16 лютого 2021 року) про досягнутий прогрес у досягненні цілей політичної декларації прийнятої під час наради високого рівня ГЕНЕРАЛЬНОЇ АССАМБЛЕЇ ООН з туберкульозу 26 вересня 2018 року.
66. Проект MEASURE Evaluation. (2018). "Посилення контролю за туберкульозом в Україні: оцінка впливу стратегії соціальної підтримки на результати лікування". м. Чапел-Гілл, штат Північна Кароліна, США: проект MEASURE Evaluation, Університет Північної Кароліни. https://www.measureevaluation.org/resources/publications/tre-18-007-uk/at_download/document
67. Середа Ю., Трофименко О. Бар'єри лікування туберкульозу в Україні: результати дослідження. Київ, 2020. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Bariery_likuvannia_TB_report.pdf
68. Оцінка вразливості людей, які живуть з ВІЛ/Снідом в Україні. Результати соціологічного дослідження. ПРООН в Україні, травень 2008 р
69. Аналітичний звіт за результатами дослідження «Вивчення структури захворюваності на опортуністичні інфекції та супутні патології у ВІЛінфікованих осіб» (проект звіту, не опубліковано), ВБО «Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ/СНІД та Центр соціальних експертиз інституту соціології НАН України, 2015 рік.
70. Звіт за результатами дослідження «Бар'єри встановлення діагнозу та лікування туберкульозу у слідчих ізоляторах, установах виконання покарань та спеціалізованих туберкульозних лікарнях ЦОЗ ДКВС України». ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України». 2021. https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/ZvitTB_Full.pdf
71. Аналіз нормативно – правових актів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до положень політичної декларації із загального охоплення послугами охорони здоров'я. Київ. 2020.
72. Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації. Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План, Заходи від 22.03.2017 № 248-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-%D1%80#Text>
73. Стратегія з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 року. Додаток до пункту 7.2. протоколу засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ- інфекції/СНІДу від 23 травня 2019 року. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/11_Strategia_z_prav_liudyny_ta_VIL_TB_d

74. Про затвердження плану заходів щодо реалізації Державної стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2020-2023 роки. Розпорядження Кабінету Міністрів України; План, Заходи від 18.11.2020 № 1463-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1463-2020-%D1%80#Text>
75. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (Київ, 2020). Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/06/PHC_assessment_report.pdf
76. Оцінка правового середовища щодо туберкульозу в Україні. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ ООН, Партнерство «ЗУПИНИТИ ТУБЕРКУЛЬОЗ». Фінальний звіт від 29.05.2018
77. Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Кієво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славущий Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016, – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf
78. Вплив застосування різних моделей амбулаторного лікування туберкульозу на результати лікування у місті Києві. Звіт операційного дослідження по проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Кієво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Ющенко А., Барська Ю., Кутузова Д., Бриндас І., Гузь О., Заремба С., Тишкевич А., Долинська М. – Київ. – 2016, - 93 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/stbcu_gra4__report_final.pdf
79. Операційне дослідження «Причини затримки лікування туберкульозу, зумовлені системою охорони здоров'я». Фінальний звіт проекту, у рамках проекту Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) «Посилення контролю за туберкульозом в Україні» / Національний університет «Кієво-Могилянська академія». Школа охорони здоров'я (ГО «Центр «Соціальні індикатори») / Тишкевич А., Барська Ю., Хрищук О., Коробчук А., Лукаш Є.-Г., Славущий Є., Кутузова Д. – Київ. – 2016, – 108 с. – Режим доступу: http://tb.ucdc.gov.ua/uploads/files/treatment_delays_final_report_01092016_2_.pdf
80. Mauch V, Woods N, Kirubi B, Kipruto H, Sitienei J, Klinkenberg E. Assessing access barriers to tuberculosis care with the Tool to Estimate Patients' Costs: pilot results from two districts in Kenya. BMC Public Health. January 2011. 18;11:43.
81. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» (Київ, 2020). Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації» / Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020. http://healthreform.in.ua/wp-content/uploads/2020/06/PHC_assessment_report.pdf
82. Н. Джудіс, О. Заглада та Р. Мбуя-Браун. (2011). Оцінка політики з питань ВІЛ: Україна. Вашингтон, ОК: Ф'ючерс Груп, Проект «Health Policy Project» http://www.healthpolicyproject.com/ns/docs/Ukraine_Policy_Assessment_FINAL_7_18_11_UKR%20Version_acc.pdf
83. Аналіз нормативно – правових актів у галузі охорони здоров'я. Відповідно до положень політичної декларації із загального охоплення послугами охорони здоров'я. Альянс

громадського здоров'я. Київ. 2020.

84. Стратегія з комплексної відповіді на бар'єри з прав людини для доступу до послуг з профілактики і лікування ВІЛ та туберкульозу до 2030 року. Додаток до пункту 7.2. протоколу засідання Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ- інфекції/СНІДу від 23 травня 2019 року.
https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/11_Strategia_z_prav_liudyny_ta_VIL_TB_d_o_2030_r.pdf
85. Про схвалення Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року та затвердження плану заходів щодо її реалізації. Розпорядження Кабінету Міністрів України; Стратегія, План, Заходи від 22.03.2017 № 248-р. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/248-2017-%D1%80#Text>
86. О. Дорошенко, І. Кузін, Я. Сазонова, Ю. Новак, Т. Салюк, Ю. Барська. Економічний аналіз доцільності інвестування у послуги профілактики ВІЛ-інфекції серед представників груп найвищого ризику щодо інфікування ВІЛ. https://aph.org.ua/wp-content/uploads/2017/10/Zvit-pro-analiz-SVA_vs12.pdf

