PN-ACE-004

Доступность и методы закупок противотуберкулезных препаратов первого выбора в четырех регионах России

Итоги исследования

Данное исследование было проведено по просьбе Миссии Агентства Международного Развития США в Москве в четырех Областях Российской Федеорации в июле-августе 1998 года

А П Загорский

Октябрь 1998

Проект "Рациональный Фармацевтический Менеджмент" в России
Кооперативное соглашение CA HRN-A-00-95-00002

Науки Управления для Здравоохранения
Management Sciences for Health
1515 Wilson Boulevard, Suite 710
Arlington, VA 22209 USA

Телефон 703-524-6575
Факс 703-524-7898
Электронная почта rpm@msh org

Данное исследование и публикация были осуществлены при поддержке Миссии Агентства Международного Развития США в Москве в соответсвии с кооперативным соглашеним CA HRN-A-00-95-00002 Мнения, выраженные в настоящем исследовании, принадлежат автору и могут не отражать точку зрения Агентства Международного Развития США

Содержание

I	Краткое резюме	1
II	Итоги исследования	3
III	Рекомендации	10

I Краткое резюме

Настоящий документ представляет собой сокращенный вариант доклада по итогам исследования, проведенного по просьбе Миссии Агентства Международного Развития США в Москве (USAID/Moscow) Исследование было проведено в период с 27 июля по 15 августа 1998 года в противотуберкулезных ЛПУ в четырех регионах Европейской части России Ниже в докладе эти регионы названы Область №1, №2, №3 и №4 Целью исследования было собрать данные для АМР США о доступности и методах закупок противотуберкулезных препаратов первого выбора изониазида, рифампицина, пиразинамида, стрептомицина и этамбутола в регионах за период с января 1997 по июнь 1998 года

Полный текст доклада был представлен в АМР США

Основные итоги

1 Противотуберкулезные препараты первого выбора изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол российского производства имеются на лекарственном рынке России в достаточном количестве

2 Три из четырех обследованных регионов испытывали хроническую нехватку этих препаратов в течение 1997 года и первых шести месяцев 1998 года

3 Во всех обследованных регионах не существует оперативного механизма сообщения о нехватке ТБ препаратов в областные органы управления здравоохранения

4 Все четыре области сообщили о невозможности обеспечить полный курс лечения амбулаторных пациентов препаратами первого выбора в связи с их нехваткой

5 Нехватка ТБ препаратов первого выбора может способствовать распространению резистентных форм туберкулеза

6 В обследованных областях не существует взаимосвязи между расходами на душу населения на лекарства и доступностью ТБ препаратов первого выбора Наличие ТБ препаратов в основном определяется используемыми методами лекарственных закупок

7 Существует четкая взаимосвязь между типом лекарственного обеспечения (централизованное или децентрализованное) и наличием ТБ препаратов в ЛПУ независимо от способа оплаты за доставки (наличные средства или взаимозачеты) Закупки по взаимозачетам, если они осуществляются централизовано, позволяют получать ТБ препараты по приемлемым ценам и обеспечивать их наличие в ЛПУ благодаря скидкам на большой объем закупок и гарантиям оплаты от областной администрации

8 Прослеживается четкая взаимосвязь между методом закупок и стоимостью ТБ препаратов для здравоохранения областей Конкурсные закупки (тендеры) обеспечивают более низкие цены по сравнению с другими методами

9 Территориальные целевые программы борьбы с туберкулезом на период 1998-2000 были разработаны во всех обследованных областях В программах Областей №№1, 3 и 4 отсутствует перечень мер для повышения эффективности закупок ТБ препаратов

II Итоги исследования

Данные для исследования были собраны между 27 июля и 15 августа 1998 года в противотуберкулезных ЛПУ в четырех регионах Европейской части России Ниже в докладе эти регионы названы Область №1, №2, №3 и №4

1 Противотуберкулезные препараты первого выбора изониазид, рифампицин, пиразинамид, стрептомицин и этамбутол российского производства имеются на лекарственном рынке России в достаточном количестве

Резкий рост заболеваемости туберкулезом в России начался в 1992 году По статистике Министерства здравоохранения, к 1998 году заболеваемость возросла на 108% В 1997 году было выявлено 108 000 новых случаев туберкулеза, а заболеваемость в целом составила 73,9 В первом квартале 1998 года было выявлено 25 656 случаев (включая 17 437 среди детей моложе 14 лет), на 8,1% больше, чем в предыдущий год

Российские производители лекарственных средств откликнулись на рост потребности в противотуберкулезных препаратах увеличением их производства В 1997 производство ТБ препаратов первого выбора возросло на 50% По информации РЦ Фармединфо, российские производители, такие как Акрихин, Ферейн, Биохимик (Саранск) и другие, имеют достаточные производственные мощности для 100%-ого удовлетворения потребности страны в изониазиде, рифампицине, пиразинамиде, стрептомицине и этамбутоле

Более того, по полученным в ходе исследования данным, склады Акрихина, например, в настоящий момент даже перегружены готовой продукцией в связи с падением спроса Как сообщалось, это происходит из-за появления на российском рынке импортных препаратов, в основном индийского производства Индийские компании часто могут себе позволить предложить покупателю более выгодные условия оплаты, например, более долгий срок отсрочки платежей

2 Три из четырех обследованных регионов испытывали хроническую нехватку ТБ препаратов первого выбора в течение 1997 года и первых шести месяцев 1998 года

Хроническая нехватка ТБ препаратов первого выбора в Областях №3 и №4 приводит к невозможности соблюсти стандарты лечения ТБ пациентов Для компенсации отсутствия изониазида в Области №4 использовался его российский аналог фтивазид, как это видно из Таблицы 1, поэтому процент отсутствия для данного препарата можно считать ниже Замена стрептомицина на канамицин также является типичной для российской практики в случаях отсутствия стрептомицина

Область №1 сообщила, что не испытывала нехватки противотуберкулезных препаратов первого выбора в течение 1997 и первой половины 1998 года Однако, отсутствовали в нужном количестве препараты второй линии, необходимые для лечения резистентных форм этионамид, протионамид, ломефлоксацин, офлоксацин, ПАСА, и микобутин

Некоторые итоги наличия ТБ препаратов в ЛПУ представлены в таблице ниже

Previous Page Blank

Таблица 1 Процент времени отсутствия ТБ препаратов в областных ЛПУ за период 1997 - первой половины 1998 года (всего за 18 месяцев)

Препарат	Область № 1		Область № 2		Область № 3		Область № 4	
	1997	1998	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Изониазид	0	0	0	0	32 8	0	37	50
*Фтивазид****	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	16 4***	16***
Рифампицин	0	0	4 6*	18*	0	0	28 7	0
Пиразинамид	0	0	8 2*	0	100	66 6	0	0
Стрептомицин	0	0	0	33 3*	0	0	100**	0
Этамбутол	0	0	12	0	16 4	0	16 4	0

* Препарат отсутствовал для амбулаторных больных в сельских районах

** Заменен на канамицин для амбулаторных больных, в стационарах был в наличии

*** Процент времени отсутствия фтивазида, терапевтического эквивалента изониазида, был ниже, чем для изониазида

3 Во всех обследованных регионах не существует оперативного механизма сообщения о нехватке ТБ препаратов в областные органы управления здравоохранения

Ни в одном из обследованных регионав не существует механизма сообщения о нехватке ТБ препаратов в ЛПУ в областные органы управления здравоохранения Во всех областях, кроме Области №2, ответственность за лекарственное обеспечение ЛПУ лежит на самих ЛПУ, и они не обязаны сообщать о нехватке препаратов в органы управления здравоохранения

4 Все четыре региона сообщили о невозможности обеспечить полный курс лечения амбулаторных пациентов препаратами первого выбора в связи с их нехваткой

Особенно тяжело в областях складывается ситуация с обеспечением ТБ препаратами амбулаторных больных Область №3 ограничена в средствах на приобретение препаратов в связи с тем, что многие предприятия, особенно в сельских районах, не в состоянии делать необходимые отчисления в фонд здравоохранения Пациентам приходится покупать лекарства самостоятельно Область №4 в состоянии обеспечить амбулаторным больным лишь монотерапию тем препаратом, который есть в наличии

Область №1 сообщила, что все ТБ препараты доступны пациентам (таблица 1) Тем не менее, данные, полученные в аптеках Области, говорят об обратном Все пять ТБ препаратов первой линии были в продаже в аптеках, но по высокой цене рифампицин 150 мг ($0 16 за таблетку), стрептомицин 1г ($0 27), изониазид 300 мг ($0 036), этамбутол 400 мг ($0 15), и пиразинамид 500 мг ($0 19) Областной бюджет не в состоянии покрыть все льготные назначения, и амбулаторным пациентам приходится покупать лекарства за свой счет Многие пациенты, особенно в сельских районах, не могут себе этого позволить Это одна из причин, по которой ТБ пациенты находятся в стационарах Области от шести до восьми месяцев, несмотря на то, что это создает дополнительные трудности для бюджетов ЛПУ

Из обследованных областей, Область №2 единственная, в которой создана автоматизированная система учета ТБ пациентов По соглашению с областной администрацией, частная страховая компания создала свою базу данных и ведет учет выдачи препаратов льготным категориям

населения Амбулаторные ТБ пациенты обязаны посещать амбулаторию каждые десять дней в течение всего курса лечения Во время каждого посещения делается анализ мочи для проверки соблюдения пациентом режима лечения, после чего пациенту выдается необходимое количество препаратов на следующие десять дней Амбулатории отчитываются о выдаче препаратов перед страховой компанией Тем не менее, как видно из таблицы 1, не все ТБ препараты постоянно доступны пациентам

5 Нехватка ТБ препаратов первого выбора может способствовать распространению резистентных форм туберкулеза

Вызывает озабоченность то, что нехватка ТБ препаратов и перерывы в снабжении могут способствовать развитию и распространению резистентных форм туберкулеза Областной противотуберкулезный диспансер Области №3 сообщил, что в 1997 году 54% всех посевов оказались резистентными по крайней мере к одному препарату, а 22% - к трем и более препаратам Область №4 сообщила, что в тот же период 19,7% всех случаев были резистентны к трем и более ТБ препаратам первого выбора

Областные органы управления здравоохранения также сообщили о растущем числе повторных госпитализаций, что может быть связано с нехваткой ТБ препаратов в предыдущие годы

6 В обследованных Областях не существует взаимосвязи между расходами на душу населения на лекарства и доступностью ТБ препаратов первого выбора Наличие ТБ препаратов в основном определяется используемыми методами лекарственных закупок

Несмотря на то, что областные руководители здравоохранения называют недостаток финансовых средств в числе главных причин нехватки ТБ препаратов, не существует четкой взаимосвязи между расходами области на лекарственные средства на душу населения и доступностью ТБ препаратов для пациентов Следующая таблица иллюстрирует реальные расходы расходы здравоохранения в 1997 и степень наличия ТБ препаратов

Таблица 2 Реальные расходы на лекарственные средства и наличие ТБ препаратов в областях в 1997 году (обменный курс $1=5 800 рублей)

	Область № 1	Область № 2	Область № 3	Область № 4
Население (млн)	1 3	0 7	0 8	1 4
Расходы здравоохранения	$16 918 000	$21 622 000	$33 982 760	$73 046 200
Лекарственные закупки	$5 984 000	$2 896 000	$5 148 275	$7 950 000
Расходы на ЛС как процент от всех расходов здравоохранения	35,3%	13,3%	15%	10,8%
Расходы на ЛС на душу населения	$4,50	$3,94	$6,17	$5,51
Наличие ТБ препаратов (1=более полное, 4= наименьшее)	**1**	**2**	**3**	**4**

Как видно из таблицы, Область №3 расходует больше средств на закупку лекарственных препаратов, чем остальные области Однако, как было отмечено выше, эта Область также испытывает и самую острую нехватку ТБ препаратов Несмотря на увеличение производства и импорта ТБ препаратов в России, их наличие в областях далеко от удовлетворительного И недостаток финансовых средств в областях не единственная причина провалов с лекарственным обеспечением

7 Существует четкая взаимосвязь между типом лекарственного обеспечения (централизованное или децентрализованное) и наличием ТБ препаратов в ЛПУ независимо от способа оплаты за доставки (наличные средства или взаимозачеты)

Ситуация с лекарственным обеспечением была очевидно лучше в тех областях, где закупки ТБ препаратов проводились централизованно под контролем органов управления здравоохранения Централизованные закупки ТБ препаратов проводились в Областях №1 и №2, хотя причины были различны Область №1 закупила ТБ препараты централизованно из одного источника, компании Брынцалов-А, которая приняла в качестве оплаты средства, выделенные по взаимозачетам Данная Область заняла в обследовании первое место по наличию ТБ препаратов (таблицы 1 и 2) Закупки по взаимозачетам, если они осуществляются централизовано, позволяют получать ТБ препараты по приемлемым ценам и обеспечивать их наличие в ЛПУ благодаря скидкам на большой объем закупок и гарантиям оплаты от областной администрации

Область №2 разработала и приняла местный закон о лекарственном обеспечении В соответствии с законом областной орган управления здравоохранения несет ответственность за централизованные конкурсные закупки всех лекарственных средств и предметов медицинского назначения для системы государственного здравоохранения Областной формулярный список служит основой для расчета потребности Области в лекарственных средствах Областная тендерная комиссия и ГП Фармация несут ответственность за закупку всех препаратов для здравоохранения, включая ТБ препараты Администрация Области и ее Губернатор гарантируют выделение средств на лекарственные закупки Область заняла второе место в обследовании по наличию ТБ препаратов из-за ошибок в процессе расчета потребности ТБ препаратов Расчет осуществляется на основе данных о расходе препаратов за предыдущие годы и не является точным Область не использует стандартные формулы расчета, позволяющие учитывать тенденции в изменении структуры заболеваемости

В Областях №3 и №4 система лекарственного обеспечения полностью децентрализована, и каждое лечебное учреждение само несет ответственность за закупку лекарственных препаратов Несмотря на то, что формально существует требование закупать лекарственные средства на конкурсной основе, децентрализованная система и распыление средств не позволяют этого делать Лекарственный бюджет ЛПУ состоит из взаимозачетных средств, которые не принимаются многими поставщиками в качестве оплаты Такое положение ограничивает ЛПУ в выборе поставщиков, что делает процесс лекарственного обеспечения неэффективным и непредсказуемым

8 Существует четкая взаимосвязь между методом закупок и стоимостью ТБ препаратов для здравоохранения областей Конкурсные закупки (тендеры) обеспечивают более низкие цены по сравнению с другими методами

Как говорилось выше, не существует четкой взаимосвязи между расходами областей на лекарства на душу населения и реальным наличием ТБ препаратов для пациентов Данное исследование показало, что даже небольшие средства, если они гарантированы и используются рационально, позволяют обеспечить относительно стабильное наличие препаратов по сравнению с большими,

но используемыми нерационально бюджетами Таблицы 1 и 2 являются хорошими тому иллюстрациями

Область №2 следует федеральным требованиям и местному законодательству в сфере лекарственных закупок Хотя опыт конкурстных закупок лекарственных средств в Области пока еще ограничен, поскольку регулярные тендеры начались только в 1997, систему конкурсного обеспечения лекарственными средствами можно считать созданной Первым важным шагом в процессе является расчет потребности в препаратах Он осуществляется Областным формулярным комитетом строго на основе Областного формулярного перечня Комитет затем рассчитывает необходимый бюджет, который утверждается губернатором, что гарантирует в дальнейшем выделение необходимых средств Следует отметить, что лекарственный бюджет Области остается весьма ограниченным из-за неблагоприятной экономической обстановки в стране, и Область не может себе позволить закупать в полном объеме все формулярные препараты ТБ препараты, однако, относятся к приоритетной группе, и их финансирование осуществляется в объеме потребности

Тендерная комиссия затем объявляет о проведении тендера За небольшую сумму в 315 рублей (примерно 50 долларов США по курсу 1997 года) поставщики могут получить пакет тендерных документов Строгие временные рамки установлены для подачи заявки на участие в тендере Рассмотрение заявок и объявление победителя осуществляется тендерной комиссией Область №2 практикует разделение контрактов между первыми двумя победителями конкурса при условии что второй победитель согласен принять условия, предложенные первым победителем ТБ препараты включены в тендерные списки наравне с другими жизненно важными препаратами формулярного перечня ТБ препараты первого выбора были внесены в тендерный список под генерическими наименованиями, и, за исключением этамбутола индийского производства, производятся в России

Благодаря конкурсным централизованным закупкам Область №2 платит меньше за ТБ препараты, чем другие обследованные области По расчетам Администрации Области, тендер 1997 позволил сократить расходы на ТБ препараты от 22% до 68%, в зависимости от препарата, по сравнению с предыдущим годом

В Области №1 существуют трудности с выделением реальных средств на лекарственные закупки Администрация Области нашла возможным выделить определенное количество производимого в Области спирта в качестве средства оплаты за лекарства Крупнейшие поставщики ТБ препаратов, Акрихин и Фармимекс, не принимают бартерные средства в качестве оплаты за свои поставки Поэтому, в 1997 и 1998 все лекарственные поставки в Область были осуществлены одним поставщиком и производителем, компанией Брынцалов Данная компания осуществляет обмен спирта на свои лекарства в целом ряде областей России Тем не менее, такой обмен обеспечил Области №1 стабильные поставки ТБ препаратов, хотя и по более высокой цене, чем для Области №2

По расчетам Администрации Области №1, использование реальных средств и проведение конкурсных тендеров могло бы позволить сократить расходы на ТБ препараты вдвое, хотя данные исследования показывают более скромные возможности сокращения В настоящее время цены, по которым Область №1 покупает ТБ препараты в обмен на спирт, примерно на 25% выше средних цен на рынке России Возможно, Область №1 получает скидки на объем поставок благодаря централизованному способу закупок Фармацевтические компании Брынцалова производят только стрептомицин и рифампицин Остальные ТБ препараты покупаются у других производителей таких как Акрихин, и перепродаются в области с наценкой в 25-30% Все поставляемые в Область №1 ТБ препараты произведены в России

Ситуация в Областях №3 и №4 резко отличается от описанной выше Поскольку ни в одной из этих областей средства на лекарства не гарантированы, препараты закупаются нерегулярно, по мере поступления средств В обеих областях из-за децентрализованного способа закупок госпредприятия Фармация играют ограниченную роль в лекарственных закупках (менее 10% в Области №3, и менее 20% в Области №4) Противотуберкулезные диспансеры в этих областях сами несут ответственность за закупку ТБ препаратов Поскольку ЛПУ не могут дать гарантии оплаты поставщикам и могут предложить только взаимозачетные средства, им приходится переплачивать за ТБ препараты

Противотуберкулезный диспансер в Области №4 подсчитал свои расходы на ТБ препараты первого выбора за первую половину 1998 года и сравнил их с тем, во сколько обошлись бы те же самые препараты имей диспансер гарантированные реальные средства и возможность закупать на конкурсной основе По расчетам, 220-коечное ЛПУ должно тратить на лекарства примерно $10 250 в месяц Реальные же расходы составили $23 391 в месяц, или на 228% больше, чем расчетная потребность Наиболее высокую цену пришлось заплатить за этамбутол (336% средней рыночной цены), и за пиразинамид (305%)

Для обеспечения своих доходов в условиях нестабильности оплат поставщики лекарственных средств существенно завышают свои цены В результате, долг ЛПУ таким поставщикам растет, и они оказываются в порочном кругу, вынужденные и дальнейшие закупки связывать именно с данными поставщиками На период обследования, областной диспансер в Области №4 был должен поставщикам около $103 370 Диспансер в Области №3, закупающий у тех же поставщиков, был должен $96 700

В Области №3, где подушевой расход на лекарственные средства один из самых высоких в обследованных областях ($6,17), большая часть лекарственного бюджета уходит на погашение старых долгов В период обследования, общий долг Области №3 поставщикам ТБ препаратов составил $1 306 450 за уже поставленые лекарства Для сравнения, эта сумма составляет 130% от всех средств, запланированных Областью на 1998 для выполнения программы неотложных мер борьбы с туберкулезом

Таблица 3 Влияние методов лекарственных закупок на стоимость и наличие ТБ препаратов первого выбора в четырех обследованных областях

	Область №1	Область №2	Область №3	Область №4
Наличие областного законодательства по конкурсным закупкам ЛС	Да	Да	Да	Нет
Конкурсные закупки ТБ препаратов	Нет	Да	Нет	Нет
Централизованные закупки ТБ препаратов	Да	Да	Нет	Нет
Метод оплаты В-взаимозачеты, Н-наличные	В	Н	В	В
Стоимость ТБ препаратов (1-наименьшая, 4-наибольшая)	2	1	3*	4
Наличие ТБ препаратов (1=более полное, 4= наименьшее)	1	2	3	4

* В области №3 информация о ценах была получена только от ГП Фармация Доля ГП Фармация в закупке ТБ препаратов для ЛПУ Области составила менее 10% (поставщики Акрихин, Ферейн,

Биохимик Саранск) Областной противотуберкулезный диспансер Области №3 закупает в основном у индийской компании Прагати Интернешнел, имеющей офис в Санкт-Петербурге Информация о ценах не была предоставлена Можно предположить, что цены были выше, чем у ГП Фармация

9 Территориальные целевые программы борьбы с туберкулезом на период 1998-2000 были разработаны во всех обследованных Областях В программах областей №№1, 3 и 4 отсутствует перечень мер для повышения эффективности закупок ТБ препаратов

В соответсвии с Приказами Министерства здравоохранения РФ №116 и №193 1997 года, четыре обследованные области разработали территориальные программы мер по борьбе с туберкулезом на 1998-2004 годы Программы включают планы проведения профилактических и диагностических мер строительство и реконструкцию противотуберкулезных ЛПУ, потребность в диагностическом и лечебном оборудовании, информирование и обучение населения, бюджет программ и сроки исполнения

В формировании ТБ программ области рассчитывают на федеральные субсидии (до 40% бюджета программы Области №3, и до 50% - Области №1) Надежда на федеральную помощь не является реалистичной, так как за последние три года ни одна из обследованных областей ее не получила Единственным исключением является Область №2, в которой бюджет противотуберкулезной программы целиком состоит из местных средств

Из четырех проанализированных ТБ программ только в Области №1 отдельной строкой предусмотрены расходы на закупку ТБ препаратов Тем не менее, остается неясным, включена ли в запланированные $ 418 225 в год расходы на ЛС ожидаемая федеральная помощь

Все четыре изученные противотуберкулезные программы демонстрируют четкую тенденцию переноса усилий в лечении туберкулеза в стационары Большая часть бюджета противотуберкулезных программ предназначена для строительства новых противотуберкулезных ЛПУ и санаториев, а также реконструкцию и расширение уже существующих Это объясняется тем, что большинство ТБ пациентов относится к "анти-социальным" группам риска (бывшие заключенные, алкоголики, лица без определенного места жительства, и т д), которые на стадии амбулаторного лечения демонстрируют низкую дисциплину соблюдения режима лечения, или не могут покупать лекарства за свой счет Например, Область №3 планирует выделить сумму в $220 000 в 1998 году на препараты для амбулаторных ТБ пациентов, с сокращением ее до $190 000 в 1999 году, Область №3 предполагает построить несколько новых стационаров и перевести в них часть амбулаторных пациентов для более контролируемой терапии В то же время, в программе нет указания на количество средств, выделяемых на закупку ТБ препаратов для стационарных больных

В целом, ни одна из территориальных целевых програм борьбы с туберкулезом не рассматривает возможности реформы политики лекарственного обеспечения как средства улучшения доступности ТБ препаратов и повышения вылечиваемости Интервью с местными специалистами здравоохранения показали, что они не видят недостатков в местной политике и регулировании лекарственного обеспечения, а относят нехватку ТБ препаратов только на счет отсутствия финансовых средств Единственным исключением является Область №2, в которой разработана и действует политика рациональных лекарственных закупок

III Рекомендации

1 Представляется важным провести исследование по анализу качества производимых в России ТБ препаратов

2 Ситуация в регионах может измениться с внедрением оперативной системы контроля отсутствия ТБ препаратов в ЛПУ и аптечных складах

3 Необходимо приложить усилия к развитию механизма централизованных конкурсных закупок жизненно важных препаратов под контролем администрации области

4 Необходима разработка механизмов регулирования и контроля, позволяющих областным органам управления здравоохранения выполнять свои обязательства по лекарственному обеспечению населения Такие механизмы могут включать

- Разработку и строгое соблюдение местных формулярных списков или перечней жизненно важных ЛС,
- Внедрение современных технологий расчета потребностей в ЛС,
- Централизованные конкурсные закупки ЛС для государственных ЛПУ на основе областного формуляра,
- Строгий контороль распределения ЛС от аптечного склада до пациента,
- Внедрение программ оценки использования лекарственных средств (ОИЛС)

5 Областям следует рассмотреть возможности переноса усилий с возведения новых больниц и увелечения времени стационарного лечения на повышение эффективности амбулаторного лечения ТБ пациентов путем обеспечения их необходимыми препаратами

6 В связи с продолжающимся ухудшением ситуации с туберкулезом в России, необходимо приложить усилия для гарантирования средств на закупку ТБ препаратов областными администрациями Такой подход доказал свою успешность в Областях №1 и №2