



## АНАЛІЗ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ В КОНТЕКСТІ ПЕРЕХОДУ НА АМБУЛАТОРНУ МОДЕЛЬ ЛІКУВАННЯ

### АНАЛІТИЧНА ЗАПИСКА

#### Визначення.

Для забезпечення ефективності системи надання населенню протитуберкульозної допомоги необхідна відповідальна державна політика, яка ґрунтується на політичній підтримці, політичній волі, мобілізації наявних фінансових, матеріальних та людських ресурсів, інформованості населення та дисциплінованості і відповідальності всіх учасників процесу. **Державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз** – це комплекс політичних, законодавчих, управлінських, економічних, соціальних, медичних, санітарних, комунікативних, освітніх та інших заходів, що здійснюються певними уповноваженими на це державними органами чи їх представниками, спрямованих на: захист населення України від туберкульозу, забезпечення ефективного державного контролю епідемічної ситуації, скорочення рівня захворюваності, поширеності та смертності від цієї особливо небезпечної інфекційної хвороби, подолання соціально-економічних та медичних чинників і наслідків епідемії туберкульозу в Україні.

#### Опис проблеми: масштаб, гострота.

Епідемію туберкульозу оголошено в 1995 році. Відтоді минуло 20 років, але не тільки не досягнуто до епідемічного рівня захворюваності, а й за усіма епідемічними показниками ситуація значно погіршилася. Незважаючи на складну епідемічну ситуацію та особливу соціальну небезпеку туберкульозу, правові, організаційні та фінансові засади діяльності держави, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз були визначені відповідним Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» тільки 5 липня 2001 року. За 6 років, що минули тоді від часу оголошення епідемії, чисельність населення в Україні скоротилася із 51 млн. 728 тис. до 48 млн. 923 тис., або майже на 3 млн. осіб, в той час, як показник захворюваності на туберкульоз невпинно зростав і піднявся із позначки 41,6 випадків до 68,6 випадків на 100 тис. населення, тобто збільшився у 1,6 рази, а поширеність і смертність від туберкульоз – майже в 1,3 рази. Найвищого рівня захворюваність на туберкульоз сягнула у 2005 році і становила 84,1 випадок на 100 тис. населення. Тоді ж і смертність від туберкульозу встановила свій найвищий рівень із позначкою 25,3 на 100 тис. населення. За таких обставин неконтрольованого поширення захворюваності на туберкульоз, Україна не спромоглася виконати свої зобов'язання, взяті нею у 2000 році щодо досягнення

Цілей Розвитку Тисячоліття, однією з яких є Ціль Розвитку № 6 «Зменшення та уповільнення поширення ВІЛ/СНІД та туберкульозу». Україна встановила для себе амбіційну ціль зменшити до 2015 року кількість нових випадків туберкульозу на 42,0%. Станом на 2000 рік в Україні було 60,2 випадків захворювання на туберкульоз на 100 тис. населення. Це означає, що до 2015 року захворюваність на туберкульоз повинна була скоротитися на 25,3 випадків і досягти показника у 35 випадків на 100 тис. населення. Навпаки, станом на початок 2014 року захворюваність на туберкульоз становила 67,9 випадків на 100 тис. населення. Цей показник на 43,2% вищий, аніж у 1995 році.

Водночас, за період, що минув від початку епідемії туберкульозу, населення України зменшилося на 6,3 млн. чоловік, в той же час суттєво погіршився показник, що вказує на кількість хворих на туберкульоз, що припадає на загальну кількість населення. Якщо у 1995 році 1 особа, що захворіла на туберкульоз, припадала на 2104 особи при загальній чисельності населення у 51,7 млн. чоловік, то у 2013 році цей показник погіршився на 631 пункт і становив 1 хворий на 1473 осіб при загальній чисельності населення у 45,4 млн. чоловік. А станом на 1.01.2015 року чисельність наявного населення України становила вже 42,9 млн. чоловік, або на 8,8 млн. менше, ніж у 1995 році. При цьому зазначений показник становив вже 1 хворий на 1420, тобто погіршився ще на 53 пункти, або перевищує аналогічний у 1995 році на 684 одиниці.

Поточна поширеність туберкульозу в Україні більше, ніж в 3 рази вища порівняно з цільовим рівнем Партнерства «Стоп ТБ» – 36 випадків на 100 000 населення (Аналіз епідеміологічного впливу туберкульозу в Україні. Аракс Ховханнесян, Інна Мотрич, Андрій Даду, Європейське бюро ВООЗ, 2014 р.).

Ще один висновок системи епіднагляду за резистентністю до протитуберкульозних препаратів полягає в тому, що поширеність мультирезистентного туберкульозу серед нових випадків туберкульозу в Україні, про яку було повідомлено чинним дослідженням, є серед найвищих в країнах колишнього Радянського Союзу за останні роки, і цей рівень можна порівняти з Узбекистаном та Молдовою, але він нижчий, ніж у Білорусі (Лікарська стійкість до туберкульозу серед нових і раніше пролікованих випадків туберкульозу з позитивним мазком мокротиння в Україні та фактори ризику МР. Попередні результати Першого національного обстеження. Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2015 р.).

Система надання послуг щодо лікування туберкульозу зосереджена на епізодичному веденні хвороби, і робить менший акцент на профілактичні, первинні та інтегровані медичні послуги, що знайшло відображення в нинішній структурі системи охорони здоров'я.

Стаціонарне лікування туберкульозу продовжує відігравати важливу роль у веденні випадків туберкульозу, оскільки переважна більшість хворих на туберкульоз госпіталізується для лікування протягом різних періодів часу, залежно від форми захворювання за інфекційним статусом і профілем резистентності. Наявні дані щодо лікарняної інфраструктури свідчать про те, що інфраструктура протитуберкульозних закладів є дуже надмірною. Надання медичної допомоги тісно пов'язане з критеріями госпіталізації і механізмами фінансування охорони здоров'я, що застосовуються в даний час. Всі ці критерії можуть бути предметом різних тлумачень, які дозволяють виправдати тривале стаціонарне лікування за

рішенням фтизіатрів, що проводять лікування. Результатом є широко поширена госпіталізація, яка, разом з поганою якістю заходів інфекційного контролю, що наразі має місце, в подальшому сприяє передачі туберкульозу і мультирезистентного туберкульозу серед пацієнтів і медперсоналу. За останні 5 років, згідно з даними, представленими Українським центром контролю за соціально небезпечними хворобами, в 2014 році кількість ліжок в протитуберкульозних закладах (всіх закладах – лікарнях, санаторіях диспансерах) була знижена приблизно на 5% , з 25 329 до 24 273. В цілому був 81 протитуберкульозний диспансер з 12 304 ліжками, 33 протитуберкульозних лікарні з 4285 ліжками і 61 санаторій із 7684,128 ліжками у 2014 р.

Сформовані умови створюють мало стимулів для раціонального використання ресурсів або контролю витрат в стаціонарних протитуберкульозних установах. Немає стимулів для скорочення надмірної госпіталізації і орієнтування ресурсів на пріоритетні галузі сучасної боротьби з туберкульозом, в тому числі моделі лікування, орієнтовані на пацієнта. (Технічна допомога для оцінки пілотних проектів лікування туберкульозу в амбулаторних умовах. 20 вересня 2015 р. – 30 вересня 2015 р. Консультаційний звіт. Др. Андрій Мечиняну).

Нинішню епідемію туберкульозу називають триединою епідемією. Це означає, що сьогодні реєструється три різновиди туберкульозу. Перший різновид туберкульозу такого, який був ще до відкриття протитуберкульозних препаратів і майже 96,0 % таких хворих можна вилікувати. Друга складова епідемії – це епідемія хіміорезистентного туберкульозу. Такий туберкульоз погано лікується, бо виліковується близько 60,0 % хворих. Третя складова епідемії включає туберкульоз у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД. У 40,0–45,0% ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД розвивається туберкульоз, який дуже тяжко перебігає та практично не виліковується. Нажаль, особливого загострення в Україні набули дві останні складові.

Виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно, тож, за оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 30,0% випадків захворювання на туберкульоз. Навіть якщо вважати дані ВООЗ лише оціночними, то і половини своєчасно невиявлених випадків захворювання на туберкульоз на кожні 100 тис. населення цілком достатньо для створення в масштабах країни величезного джерела інфекції, невідомого охороні здоров'я та є потенційною небезпекою виникнення важких і часом невиліковних форм захворювання. Україна посідає друге місце в Європейському регіоні за рівнем захворюваності на туберкульоз. Щонайменше 23,0% нових випадків туберкульозу, виявлених в Україні, не піддаються лікуванню звичайними протитуберкульозними препаратами, тобто є резистентними, а більше 40,0% таких нових випадків вже мають деструктивну форму.

Серед вперше виявлених хворих на туберкульоз близько 65,0% становлять особи малозабезпечені, непрацюючі працездатного віку, мігранти, особи, що повернулися із місць позбавлення волі і ті, хто не має постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих і організацію їх лікування внаслідок відсутності оптимальних соціальних та медичних заходів з боку держави. Водночас, щороку в Україні виліковується менше 60,0% хворих з новими випадками туберкульозу з бактеріовиділенням, частина вмирає, проте більше

20,0% хворих із невдалим або перерваним лікуванням поповнюють вогнище інфекції серед популяції населення. Зазначені результати лікування хворих на туберкульоз є найгіршими серед країн Східної Європи. За критерієм ВООЗ, відсоток виявлення нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком повинен становити не менше 70,0%, а ефективність лікування нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком – не менше 85,0%, адже лише за таких обставин переривається ланцюг передачі інфекції, що призводить до зниження захворюваності і смертності від туберкульозу. За експертними оцінками фахівців Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського, така ситуація призведе в найближчому майбутньому до підвищення рівня захворюваності на туберкульоз за рахунок мультирезистентного туберкульозу. Хворий на відкриту форму туберкульозу активно виділяє бактерії і заражає оточуючих. За наявною медичною статистикою, такий хворий за один рік встигає інфікувати близько 100 осіб, з яких 10 потім захворіють на туберкульоз.

На основі аналізу епідемічної ситуації, проведеного фахівцями згаданої наукової установи, може бути зроблений наступний довгостроковий проноз можливих тенденцій розвитку епідемічної ситуації щодо туберкульозу в Україні, а саме:

а) за існуючих соціально-економічних умов в країні, впродовж наступних 10 років захворюваність на туберкульоз може збільшитися в 1,5 рази, а смертність – стабілізується і повільно почне знижуватися на 2,0–3,0 % щороку;

б) в разі погіршення соціально-економічних умов і/або неприборканні епідемії ВІЛ-інфекції та збільшення хіміорезистентного туберкульозу, захворюваність на туберкульоз через 10 років може збільшитися вдвічі, а смертність – у 2,5 рази;

в) при соціально-економічних умовах в Україні, кращих за сьогоднішні, і/або приборканні епідемії ВІЛ-інфекції та контролю за хіміорезистентним туберкульозом, захворюваність може зменшуватися на 5,0 – 7,0% щороку, а смертність – на 10,0%.

Наведені данні свідчать на користь того, що чинна державна політика протидії туберкульозу не може бути визнана такою, що забезпечує ефективну відповідь епідемії, а отже вимагає суттєвого перегляду.

За даними ВООЗ в Україні розрахункова захворюваність на туберкульоз складала у 2014 році 94,0 на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епіднадгляду захворюваність на туберкульоз складає - 70,5 на 100 тис. населення. Таким чином в Україні щороку своєчасно недовиявляється близько 25,0% випадків захворювання на туберкульоз, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення. Розрахункова поширеність туберкульозу склала 114,0 на 100 тис. населення, проте поточний показник поширеності туберкульозу становить 90,2 на 100 тис. населення, що у 3 рази перевищує цільові завдання партнерства «Зупинити ТБ».

У 2014 році Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного туберкульозу (далі – МРТБ). Протягом останніх років спостерігається зростання кількості МРТБ з 3482 у 2009 р. до 8430 у 2014 р. Це частково пов'язано з впровадженням сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики, та значною мірою обумовлено неналежною організацією

лікування хворих на туберкульоз з переважним лікуванням в умовах стаціонару, що сприяло внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на туберкульоз резистентними до протитуберкульозних препаратів (далі – ПТП) штамми МБТ, дефіцитом у забезпеченні ПТП для хворих на МРТБ/РРТБ, недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально – психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на ПТП. За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу в Україні рівень МРТБ серед хворих, яким вперше в житті встановлено діагноз туберкульоз, складає 22,0 % та 55,6 % - серед хворих з повторними випадками туберкульозу. Проте, в рамках рутинного епіднагляду рівень МРТБ помітно нижче в порівнянні з результатами аналізу медикаментозної стійкості, що вказує на недостатній рівень доступності для хворих на туберкульоз сучасних методів діагностики та потребує забезпечення 100,0% охоплення діагностикою з допомогою сучасних молекулярно-генетичних методів (складає 76,0 % від потреби за 6 міс. 2015 року).

Також зростає кількість випадків майже невиліковного туберкульозу з розширеною резистентністю (далі – РРТБ) до ПТП, їх частка складає 15,35% від загальної кількості хворих на МРТБ у 1 півріччі 2015 року.

Однією з основних причин високого тягаря ТБ/МРТБ в Україні є низька ефективність лікування серед нових випадків і рецидивів в Україні, що складає 71,0% та є другим найнижчим результатом лікування в Європейському регіоні. Результат успішного лікування МРТБ також є одним з найнижчих в Європейському регіоні та складає 34,0%. Це обумовлено, насамперед, дефіцитом у забезпеченні ПТП для хворих на МРТБ/РРТБ, неналежним рівнем виявлення та лікування побічних реакцій на ПТП, відсутністю системи соціально – психологічної підтримки хворих під час лікування туберкульозу.

Одночасно з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІД, спостерігається високий рівень захворюваності на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, що складає 10,4 на 100 тис. населення у 2014 році при розрахунковому показнику 18 на 100 тис., що свідчить про низький рівень діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих. Відмічається низький рівень охоплення пацієнтів з ко-інфекцією антиретровірусною терапією та профілактичним лікуванням ко-тримоксазолом – 56,0% та 44,0% відповідно.

Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на туберкульоз у 2014 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на туберкульоз, близько 70,0% становлять представники соціально незахищених верств населення (58,3 % - безробітні особи працездатного віку, 2,4 % – особи без постійного місця проживання; 1,0 % – особи, які повернулись з місць позбавлення волі). Серед уперше зареєстрованих хворих на туберкульоз 12,1 % склали хворі, які зловживають алкоголем та 7,0 % – споживачі ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу подальшого розвитку в країні програм соціальної підтримки пацієнтів за умови активної участі інститутів громадського суспільства.

В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації щодо туберкульозу, ко-інфекції ТБ/ВІЛ, що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

Ускладнюється ситуація щодо туберкульозу із посиленням внутрішніх міграційних процесів населення з Донецької та Луганської областей, в яких до конфлікту було зосереджено близько 15,0% від усіх хворих на туберкульоз по країні. Серед загальної кількості хворих на туберкульоз серед внутрішньо переміщених осіб (далі –ВПО) значна частина переривають лікування (від 5,0 до 25,0%). Особливої уваги потребує питання щодо поширення серед ВПО ТБ з МРТБ 35,6%, РР ТБ – 4,9%, туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією - 20,7%.

Національні та міжнародні експерти зазначають порівняно низьку ефективність докладених зусиль при значних економічних витратах. Через неефективне використання значні державні асигнування на протидію туберкульозу виявляються недостатніми для забезпечення належних умов перебування в протитуберкульозних закладах та вимог ІК.

Наявна система надання протитуберкульозної допомоги з надмірною кількістю протитуберкульозних ліжок, орієнтована на концентрацію хворих в умовах стаціонару, не відповідає сучасним міжнародним практикам, є економічно обтяжливою та не дозволяє забезпечити охоплення населення, передусім з уразливих груп, доступними та якісними послугами з профілактики, виявлення, діагностики та лікування ТБ.

Реалізація заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ (далі – Програма) на 2012-2016 роки в значній мірі залежали від зовнішнього фінансування. Глобальний фонд для боротьби зі СНІД, туберкульозом та малярією (далі – Глобальний фонд) забезпечував близько 40,0% від загального фінансування. Глобальний фонд затвердив нове фінансування на програму ТБ/ВІЛ до 2018 року в межах Нової моделі фінансування; після чого очікується, що уряд України візьме на себе повне фінансування програм ТБ та ВІЛ.

За таких обставин, державна політика протидії ТБ не може бути визнана такою, що забезпечує ефективну відповідь епідемії, а отже вимагає суттєвого перегляду.

### **Аналіз причин виникнення проблеми.**

Сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу враховуючи, що туберкульоз є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якого є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки несуть в собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави.

Саме це спричинило необхідність впровадження міжгалузевого комплексного підходу до формування та реалізації державної політики у сфері протидії туберкульозу шляхом об'єднання зусиль державного та неурядового сектору із залученням міжнародної технічної підтримки.

Сприяють поширенню туберкульозу в Україні низка не вирішених соціально-економічних проблем впродовж тривалого часу та передача туберкульозної інфекції серед окремих верств населення, які належать до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз.

Високий рівень захворюваності на туберкульоз в Україні викликаний наступними причинами політичного та соціально-економічного характеру:

занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, соціальна дезадаптованість, бідність (близько 11,2% населення живе на межі бідності), неякісне і незбалансоване харчування та незадовільні життєво-побутові умови значних прошарків населення, масове безробіття та посилення міграційних процесів, як всередині держави у зв'язку із військовими діями на сході країни так і зовні, недостатня ефективність системи соціального захисту та забезпечення, наявність шкідливих виробництв та небезпечних професій, недосконалість системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень значних верств населення та ряд інших;

недостатня політична підтримка заходів із подолання епідемії на національному та регіональному рівнях;

недостатня координація заходів для подолання медичних, медико-соціальних, економічних, соціальних, культурних та інших чинників епідемії ТБ, які реалізуються різними органами виконавчої влади.

Високий рівень захворюваності на туберкульоз та поширення МРТБ спричинений також низкою причин медичного та медико-соціального характеру, серед яких:

нерациональне та недостатньо ефективне використання коштів для фінансування заходів з протидії туберкульозу, що витрачаються на утримання існуючої мережі протитуберкульозних закладів із надмірною кількістю ліжок, що знаходяться у незадовільному стані (лише 30,0% будівель відповідають санітарним нормам і правилам, решта потребують значних фінансових витрат на їх реконструкцію, ремонт або нове будівництво) без належного дотримання принципів ІК за туберкульозом, що сприяє внутрішньолікарняному поширенню хіміорезистентних форм туберкульозу;

недостатній кадровий потенціал у сфері протидії туберкульозу та недосконалість системи навчання з питань туберкульозу;

не в повній мірі впроваджений комплекс заходів із профілактики туберкульозу;

недостатнє та несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу через недосконалість системи охорони здоров'я щодо діагностування чутливого туберкульозу, МРТБ та ко-інфекції ТБ/ВІЛ, неналежне функціонування лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ, обмежений доступ до методів швидкої діагностики МРТБ, низька мотивація населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатній доступ до її отримання уразливих до захворювання на туберкульоз груп населення;

низька ефективність лікування серед вперше виявлених хворих на туберкульоз з позитивним мазком складає 62,0%, а серед хворих на МРТБ – 34%, у зв'язку із неякісним проведенням контрольованого лікування (особливо на амбулаторному етапі), відсутністю системи формування прихильності до лікування та високим рівнем стигми, безвідповідальним ставленням хворих до лікування, недостатньою кількістю ПТП 5 групи та відсутнім доступом до нових ПТП;

високий рівень відривів серед хворих на чутливий туберкульоз від лікування (9,4%) та хіміорезистентний туберкульоз (14,7%) у зв'язку із обмеженим доступом до соціального супроводу хворих під час лікування, який на сьогодні здійснюється переважно за рахунок коштів міжнародної технічної допомоги;

недостатній рівень охоплення антиретровірусними препаратами (далі – АРВП), що протягом останніх років незначно збільшився до 56,0%;

неналежний рівень впровадження в протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я заходів ІК, спрямованого на запобігання поширенню інфекції: недостатнє виконання адміністративних заходів щодо адекватного розподілу потоків хворих, недостатнє забезпечення сучасними інженерними та індивідуальними засобами, низька поінформованість медичних працівників щодо дотримання вимог ІК;

наявність умов, що призводять до поширення туберкульозу серед ув'язнених;

низький рівень доступу до паліативної медичної допомоги для хворих на МРТБ і туберкульозу із розширеною резистентністю до ПТП;

недостатній рівень обізнаності різних верств населення з питань, пов'язаних з профілактикою та протидією захворюванню на туберкульоз, висока стигматизація суспільства та медичної галузі щодо туберкульозу.

### **Чим не задовольняє нинішня політика?**

**Туберкульоз – особливо небезпечна інфекційна соціальна хвороба**, тобто її чинники мають політичні, соціальні, економічні, культурні тощо коріння, а наслідки негативно впливають на стан здоров'я і якість життя населення, несуть в собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави. Згідно експертних оцінок ВООЗ, аналіз питомого впливу кожної окремої групи факторів ризику на здоров'я населення доводить, що визначальну роль у формуванні системи здоров'я відіграє спосіб життя, на який припадає більше ніж 50,0%, в той час, як медичним факторам тут належить менше 10,0%.

Надзвичайно високий рівень поширеності туберкульозу в Україні зумовлений наявністю тут низки **соціально-економічних проблем – факторів ризику та окремих верстви населення – так званих групи ризику** захворювання на туберкульоз, які утворилися в суспільстві внаслідок не вирішення зазначених проблем впродовж тривалого часу. Робота із виявлення, визначення чисельності та профілактика серед груп ризику захворювання на туберкульоз в Україні практично не здійснюється. До так званих груп ризику включаються ті категорії населення, які легше обстежити. Щороку в Україні існує великий прошарок населення (не менше 10,0% від числа тих, які мають пройти профобстеження), який не обстежується на туберкульоз протягом 10 років і більше. Сьогодні в полі зору держави знаходиться лише незначна кількість соціальних груп, які нею віднесені до категорії підвищеного рівня захворювання. Це призводить до низького рівня уваги медичних працівників і закладів до проблеми туберкульозу в суспільстві в цілому, не стимулює їх до уваги стосовно туберкульозу в інших суспільних середовищах. Водночас, фахівці Коаліції «Зупинимо туберкульоз разом» відносять до груп ризику значно більшу їх кількість. Нижче наводимо порівняльну таблицю:



<b>Групи ризику за версією МОЗ</b>	<b>Групи ризику за версією Коаліції «Зупинимо туберкульоз разом»</b>
ВІЛ-інфіковані особи.	Особи, які згідно критеріїв оцінки бідності віднесені до бідного населення
Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти).	Багатодітні сім'ї
Особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету.	Діти-сиріти
Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.	Діти, позбавлені батьківського піклування
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз.	Безпритульні діти
Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні.	Бездомні особи
Особи без визначеного місця проживання.	Пенсіонери
Пацієнти психіатричних закладів.	Безробітні, що стоять на обліку більше 1 року
Затримані та особи, які перебувають під вартою при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнились з установ виконання покарань, а також особи, щодо яких встановлено адміністративний нагляд.	Непрацюючі працездатного віку
Працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи.	Самозайняте населення
	Інваліди
	Наркозалежні
	Алкоголіки
	ВІЛ-інфіковані
	Мігранти, біженці, переселенці
	Ромське населення
	Працівники на шкідливих виробництвах
	Особи, які знаходяться під слідством та

	особи, які відбувають покарання
	Особи, які звільнилися з місць позбавлення волі
	Військовослужбовці строкової служби
	Працівники органів внутрішніх справ
	Медичні працівники
	Соціальні працівники
	Населення депресивних регіонів та місцевостей, в яких закриті бюджетоутворюючі підприємства
	Населення регіонів та місцевостей із складними екологічними проблемами
	Сільське населення
	Особи, які проживають у вогнищах інфекції та контактні із хворими
	Особи, які проживають у приміщеннях, які не відповідають санітарним нормам
	Інші категорії, які віднесені до медичних груп ризику

Із упевненістю можна говорити, що в суспільстві **утворився значний, причому досі не облікований та не контрольований державою прошарок населення, самий спосіб життя яких свідчить про те, що вони можуть хворіти на туберкульоз.** До них, зокрема, можна віднести: осіб, які знаходяться за межею бідності, бездомних, наркозалежних, ВІЛ-інфікованих з їх числа, осіб, які знаходяться під вартою або звільнилися із місць позбавлення волі, алкоголіків, осіб без певного роду занять, безробітних, представників ромського етносу, робітників шкідливих виробництв, незаконних мігрантів та деяких інших. **Фактори ризику безпосередньо впливають на виникнення, формування та стан груп ризику, що забезпечує постійне відновлення нових випадків захворювання на туберкульоз.** Тому туберкульоз, в першу чергу – **проблема політична та соціально-економічна.**

**Водночас, державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань.** Центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із туберкульозом, є Міністерство охорони здоров'я України. Але сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невідповідне зростання темпів його поширення серед населення України. Принцип галузевого управління складним соціальним об'єктом, яким є епідемія туберкульозу, зокрема суто медичний підхід до аналізу епідеміологічних показників перешкоджає своєчасному прогнозуванню перспектив розвитку епідемії туберкульозу та розробці відповідного плану національної

міжвідомчої протидії його викликам, внаслідок чого епідемія туберкульозу залишається надзвичайно загрозливою не тільки для життя та здоров'я наших громадян, а, за великим рахунком, надає підстави вважати цю ситуацію, як загрозу національній безпеці української держави, **становить перешкоду на шляху до європейської інтеграції України.** Ось чому **державна політика протидії захворюванню на туберкульоз не може бути успішною, якщо спрямована на додання викликів туберкульозу виключно медичними засобами, не передбачаючи, в основі своїй, комплексний підхід, який сприятиме усуненню докорінних соціально-економічних причин та наслідків поширення в Україні епідемії туберкульозу.**

Традиційним для України інструментом реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз є медичні соціальні загальнодержавні та місцеві цільові програми, спрямовані виключно на організацію надання населенню протитуберкульозної допомоги. По суті своїй, замість того, щоб ліквідувати причини епідемії, ці програми зорієнтовані на додання їй наслідків, тому на порядку денному – системний перегляд підходів до їх розробки та шляхів впровадження зокрема та до державної політики протидії захворюванню на туберкульоз в цілому.

Через відсутність чіткого усвідомлення рівня поширеності епідемії **основний потік фінансування протитуберкульозних заходів традиційно спрямовується на подолання наслідків епідемії, а не на профілактику** і попередження, що, в свою чергу, призводить до зростання темпів поширення епідемії та низької ефективності використання коштів, спрямованих на її подолання.

Нажаль, в чинних стратегічних політичних документах, таких як Президентська «Стратегія 2020», Угода про коаліцію депутатських фракцій «Європейська Україна», Програма діяльності Кабінету Міністрів України та деяких інших проблема туберкульозу та необхідність її комплексного рішення не знайшла свого належного його соціально-економічній небезпеці відображення.

**Чинним законодавством України не регламентується координація зусиль на міжгалузевому рівні з метою комплексного впливу на подолання медичних, медико-соціальних, економічних, соціальних, культурних та інших чинників епідемії туберкульозу та їх усунення.** Така координація обмежується лише взаємодією в рамках Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз Міністерства охорони здоров'я України, Національної академії медичних наук України, Міністерства соціальної політики України, Державної пенітенціарної служби України та інститутів громадянського суспільства і спрямована вона виключно на вирішення питань своєчасної діагностики і лікування хворих на туберкульоз. Втім, відсутність в наведеному переліку виконавців програми інших органів державної виконавчої влади, без участі яких ефективна протидія туберкульозу, з огляду на соціально небезпечний характер проблеми і широкий спектр соціально-економічних чинників туберкульозу, практично неможлива (перелік таких органів влади дивіться у розділі «Пропонований підхід до вирішення проблеми»), порушує одну із основоположних вимог Закону України «Про державні цільові програми», в ст. 2 якого записано, що такі програми приймаються в разі, якщо існує **проблема, розв'язання якої неможливе засобами галузевого управління та яка потребує**

**державної підтримки, координації діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування.**

### **Чий інтереси заторкнуті / стейкхолдери?**

Заінтересовані сторони це всі ті, хто має відношення до розв'язання питань вироблення політики — і всередині влади, і поза нею, тобто всі, чий позиції варто брати до уваги при аналізі політичної ситуації, тому що вони можуть вплинути на процеси ухвалення та впровадження рішень.

Для обговорення цієї проблеми Коаліцією «Зупинимо туберкульоз разом» було проведено в останні роки декілька заходів, Так, 10 липня 2013 року в м. Києві відбулося громадське обговорення пропозицій щодо вдосконалення державної політики протидії захворюванню на туберкульоз, проведених за підсумками проекту «Підготовка пропозицій щодо вдосконалення державної політики протидії захворюванню на туберкульоз на регіональному рівні», який реалізовувався ВБО «Українська Асоціація благодійників» за сприяння Міжнародного фонду «Відродження» (січень – липень 2013 року) та за участі ВСГО «Коаліція «Зупинимо туберкульоз разом». Учасниками заходу були представники різних центральних органів влади, медичної громадськості, інститутів громадянського суспільства. В ході загальної дискусії її учасники в цілому продемонстрували своє розуміння того, що туберкульоз, в першу чергу – проблема соціально-економічна, яку потрібно вирішувати комплексно, а не лише медичними засобами. Втім, власний аналіз позицій та діяльності різних заінтересованих сторін, проведений в рамках проекту, вказує на те, що серед них можуть існувати різні підходи до сприйняття ідеї реформування системи державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

**1. Органи влади та ключові особи, які приймають рішення** не достатньо вмотивовані та не повною мірою заінтересовані у системному вирішенні проблеми туберкульозу внаслідок її складності, комплексності та фінансової ємності. Тому державні заходи обмежуються епізодичними втручаннями, які в цілому на ситуацію не впливають. «Нетипові» для цієї діяльності органи влади не хочуть добровільно брати на себе додаткові повноваження. Водночас, Міністерство охорони здоров'я України не зацікавлене в тому, щоб розділяти сфери впливу на епідемію туберкульозу із іншими органами державної виконавчої влади, оскільки це призведе, зрештою, до «розпорошення» фінансових потоків, в першу чергу – за рахунок міжнародної фінансової допомоги, які тепер концентруються в МОЗ. Вплив – високий, заінтересованість – низька.

**2. Державні та муніципальні службовці** є тією категорією осіб, які бажають кар'єрного росту, позитивного іміджу, але, в більшості своїй, немотивовані розробляти та приймати ефективні рішення, які можуть покращити ситуацію у сфері туберкульозу, в тому числі, боячись брати відповідальність на себе. З іншого боку, вони не достатньо інформовані щодо небезпеки туберкульозу. Вплив – достатньо високий, заінтересованість – низька.

**3. Політичні партії і політики** в більшості своїй недостатньо розуміються у проблемі туберкульозу, що пояснює другорядний характер для них рішень, що приймаються на користь заходів боротьби із туберкульозом. Політики та особи на виборних посадах використовують проблеми туберкульозу переважно у своїх

виборчих інтересах, тож вони не мають системного характеру і, є по суті, є популістськими. Вплив – високий, заінтересованість – низька.

**4. Підприємництво.** Підтримка бізнесом заходів протидії захворюванню на туберкульоз може ґрунтуватися на самій природі підприємництва, а саме на можливості отримання більших прибутків за рахунок зменшення податків, у випадку надання відповідної благодійної допомоги, створення нових робочих місць тощо. Втім, держава не стимулює заінтересованість бізнесу щодо його участі у вирішенні проблеми туберкульозу внаслідок обмеженого характеру самої державної політики у цій сфері. Вплив – достатньо високий, заінтересованість – низька.

**5. Фармацевтичний бізнес** може бути напряму заінтересований у розвитку медичних послуг та лікуванні туберкульозу, оскільки це розширює ринок протитуберкульозних препаратів, а державна підтримка забезпечуватиме доступність якісних вітчизняних протитуберкульозних препаратів, сприятиме підвищенню їх конкурентоспроможності на внутрішньому та міжнародному ринках. Наразі, держава не стимулює таку заінтересованість фармбізнесу. Вплив – достатньо високий, заінтересованість – низька.

5. Джерелом соціальної мобілізації у сфері протидії туберкульозу та її рушійною силою є **спеціалізовані протитуберкульозні неурядові організації**. Вони генерують суспільно-значимі ідеї, формують громадську думку, здійснюють роз'яснювальну роботу та забезпечують розуміння в суспільстві стану вирішення проблеми, проводять первинну інформаційну профілактику захворювання на туберкульоз. Втім, НУО залежать від державного та зовнішнього фінансування, що обмежує їх діяльність вимогами, що висуваються донорами. Вплив – недостатньо високий, заінтересованість – висока.

**6. Міжнародні неурядові організації** заінтересовані у просуванні в Україні своїх стратегій подолання туберкульозу, що призводить до надмірного тиску в цьому на державні органи та руйнування існуючої структури надання фтизіатричної допомоги. Реформа системи управління у сфері протидії туберкульозу може суттєво зашкодити такому впливові, тому вони можуть бути не заінтересовані у радикальній зміні ситуації щодо державної політики України у сфері протидії туберкульозу, що зменшить тут їх вплив на систему охорони здоров'я, особливо в частині соціальних інфекційних захворювань, за яким в Україні в них міцно закріпився лідерський статус. Вплив – високий, заінтересованість – низька.

**7. Приватні благодійні фонди та донори**, як правило, переслідують свої власні корпоративні інтереси, або інтереси своїх засновників, тому зацікавлені у відповідному суспільному резонансі. Їх діяльність у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, переважно, обмежується цілим рядом корпоративних пріоритетів та інтересів, що робить таку діяльність дещо односторонньою та заангажованою. Вплив – достатньо високий, заінтересованість – низька.

**8. ЗМІ** мають значний потенціал для забезпечення сприятливої суспільно-політичної ситуації для подолання епідемії туберкульозу. Водночас, більшість впливових ЗМІ знаходяться під контролем, або у власності певних політичних та економічних кіл, отже проблема туберкульозу не знаходить тут необхідного

висвітлення, або певним чином заангажована. Вплив – високий, заінтересованість – достатньо низька.

**9. Загальне населення.** Соціально-адаптовані верстви поки що не заінтересовані у вирішенні проблеми внаслідок поганої поінформованості та традиційної соціальної апатії. Активна роз'яснювальна робота може сприяти соціальній мобілізації загального населення на протидію туберкульозу. Вплив – низький, заінтересованість – низька.

**10. Групи ризику** захворювання на туберкульоз, серед яких виділяються ті, кого торкнулася проблема, а також ті особи, самий спосіб життя яких несе в собі потенційну небезпеку захворювання на туберкульоз (бездомні, мігранти, наркозалежні, алкоголіки, ВІЛ-інфіковані, особи, які звільнилися з місць позбавлення волі тощо). Перша група в цій категорії більш ознайомена із проблемою і заінтересована у її вирішенні, щоб не захворіти та уберегти від захворювання своїх рідних та близьких. Друга група в цій категорії менш інформована та мотивована на охорону власного здоров'я, втім, за умов підвищення інформованості та забезпечення вільного доступу до безоплатних медичних послуг, може бути включена в систему заходів із протидії туберкульозу. Водночас, цьому може заважати традиційна стигма цієї категорії громадян в суспільстві та спротив обов'язковому контролю. Вплив – низький, заінтересованість – низька.

**11. Пацієнти, хворі на туберкульоз.** Ця категорія також не є однорідною і включає в себе як тих, хто прагне до одужання, так і тих, які не заінтересовані у вилікуванні, оскільки не хочуть втрачати послуг, які отримують, маючи статус хворого. Водночас, перша категорія заінтересована у регулярній поставці у лікувальні установи протитуберкульозних препаратів, отриманні якісної і безоплатної медичної допомоги та санаторно-курортного лікування. В цьому, безперечно, заінтересовані і їх родичі. Особливу групу в цій категорії становлять тяжко і невиліковно хворі на туберкульоз, які потребують хоспісної та паліативної допомоги. Не маючи можливості впливати безпосередньо на вирішення проблеми, вони опосередковано впливають на моральну відповідальність суспільства за неї. Втім, внаслідок свого переважно соціально-вразливого статусу, низького освітнього рівня та поганої поінформованості ці особи не розбираються в засадах державної політики і впливу на вирішення проблеми не матимуть. Вплив – низький, заінтересованість – низька.

**12. Медичний персонал** тубдиспансерів є особливо заінтересованою категорією в ефективному вирішенні проблеми. Головні лікарі заінтересовані у повному фінансуванні, розвитку матеріальної бази та інфраструктури протитуберкульозних установ, забезпеченості транспортними засобами, укомплектованості кадрами та зменшенні тягарю відповідальності за стан протитуберкульозних заходів в регіоні, зміні підходів до оцінки ефективності їх роботи. Водночас, вони не завжди заінтересовані у публічному визначенні реальної епідемічної ситуації на підпорядкованій території. З іншого боку, медичний персонал заінтересований у зміні оцінки ефективності їх праці та реальному її нормуванні, підвищенні заробітної плати та соціальних пільг, дотриманні інфекційного контролю, збереженні лікувальної інфраструктури. Однак, ця категорія в принципі не може бути заінтересована у реформуванні засад державної політики, оскільки справедливо передбачає, що впровадження будь-яких змін та

відповідальність за це будуть перекладені на неї. Вплив – низький, заінтересованість – достатньо висока.

Таким чином, переважна більшість з числа так званих заінтересованих сторін, обіймаючи власну нішу в системі заходів із протидії захворюванню на туберкульоз, об'єктивно може **упереджено поставитися до ідеї реформування державної політики боротьби із туберкульозом**, виявити свою незгоду, або взагалі не проявити своєї заінтересованості в тому.

Виходячи із передбачення, що в Україні немає іншого шляху подолання епідемії туберкульозу, як здійснення радикальної реформи державної політики у зазначеній сфері, **особливого значення набувають заходи адвокаційної та соціально-мобілізаційної комунікації на рівні влади і громад, роз'яснювальна робота в середовищі заінтересованих сторін, політична підтримка та воля з боку вищих посадових осіб держави, прогресивних політиків, політичних партій.**

### **Варіанти вирішення проблеми.**

На сьогодні існує кілька варіантів розв'язання проблеми.

**Перший варіант** — здійснення контролю за станом захворювання на туберкульоз із застосуванням механізму, визначеного Загальнодержавною програмою протидії захворюванню на туберкульоз у 2012—2016 роках, на основі міжнародної стратегії контрольованого лікування за коротким курсом під безпосереднім наглядом медичних працівників, адаптованої до національної системи протидії туберкульозу та особливостей епідемії туберкульозу в Україні. Проте, результати застосування зазначеного механізму продемонстрували низьку ефективність та потребували значного обсягу фінансових ресурсів.

**Другий варіант** — усунення недоліків, виявлених під час виконання завдань і заходів, визначених Загальнодержавною програмою протидії захворюванню на туберкульоз у 2012—2016 роках, що дасть змогу без формування нових елементів системи застосовувати стратегічний програмний метод розв'язання проблеми.

**Третій варіант** — запровадження комплексного підходу до протидії епідемії туберкульозу шляхом підвищення ефективності стратегії, спрямованої на зупинення туберкульозу. Зазначена стратегія розроблена ВООЗ та реалізується в усіх країнах світу, в яких зареєстровано високий рівень захворюваності на туберкульоз (країни Східної Європи, Південно-Східної Азії, Африки, Західно-Тихоокеанського регіону).

*Але жодний з цих пропонованих варіантів не здатний вплинути на вирішення проблеми, оскільки вміщує в собі всі вади чинної державної політики протидії туберкульозу, зберігає вузькоспеціалізований медичний підхід до вирішення проблеми, не враховує соціально-економічні фактори і чинники епідемії та соціально-детерміновані групи ризику захворювання.*

Ось чому пропонується **четвертий, оптимальний варіант** – формування нових елементів системи протидії туберкульозу, що передбачає пріоритет первинної (соціальної) профілактики туберкульозу, або ж комплексу соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя,

навколишнього середовища, виховання тощо, спрямованого на створення умов, що унеможливають появу нових випадків інфікування туберкульозом, а також передбачають здійснення діяльності, спрямованої на послаблення негативного впливу цієї інфекційної хвороби на суспільство як соціальної системи загалом. За умов такого комплексного підходу, профілактика у сфері запобігання поширенню туберкульозу повинна здійснюватися шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин та умов, що підтримують персистенцію її біологічного збудника серед представників окремих соціальних груп та серед широких верств населення.

### **Пропонований підхід до вирішення проблеми.**

Для досягнення успішності у боротьбі із туберкульозом в Україні потрібно забезпечити дотримання одного з основних принципів профілактики інфекційних хвороб, визначених у ст. 10 Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб», а саме **«комплексність проведення профілактичних, протиепідемічних, соціальних і освітніх заходів, обов'язковість їх фінансування»**.

Міжнародний досвід організації державних заходів щодо запобігання розвитку соціально небезпечних хвороб підтверджує існування різноманітних підходів щодо механізму державного впливу на цю проблему, через що в деяких країнах (наприклад, Литва, Польща, Естонія) сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення поділена між центральними органами виконавчої влади, які безпосередньо і не належать до медичної галузі (охорони здоров'я), а є керованою іншими відомствами. наприклад, у сфері охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо (*перелік таких органів влади дивіться у розділі «Пропонований підхід до вирішення проблеми»*). При цьому, галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз повинно продовжувати здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання.

Тому ефективне державне управління у сфері соціально небезпечних хвороб має ґрунтуватись на розвитку горизонтальних зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства. Подібна реформа державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз дозволить інтегрувати і поєднати ефективне державне управління в існуючу систему медичних та медико-соціальних заходів із протидії туберкульозу на основі ефективних міжнародних стратегій, їх розвитку та вдосконалення.

**Забезпечення успішності і тривалості заходів боротьби із туберкульозом в Україні можливе шляхом виконання протягом 2017—2021 років наступних основних завдань.**

#### ***У сфері державного управління:***

– розбудова системи первинної профілактики туберкульозу як комплексу політичних і соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо та як сфери державно-управлінської діяльності;



– посилення відповідальності різних суб'єктів державного управління та місцевого самоврядування за здійснення заходів первинної профілактики туберкульозу шляхом визначення сфери їх відповідальності за дотримання епідемічного благополуччя населення і протидію захворюванню на туберкульоз та внесення відповідних змін та доповнень в положення про них;

– внесення змін і доповнень до галузевих законів, державних цільових програм, підзаконних актів та іншої діючої нормативно-правової бази в частині, що спрямована на забезпечення комплексного міжгалузевого вирішення проблеми туберкульозу;

– створення в країні сприятливої для цього суспільно-політичної ситуації, зміни ставлення влади і громадян до проблеми туберкульозу взагалі та формування відповідної небезпеці туберкульозу державної політики та індивідуальної і суспільної поведінки, спрямованої на протидію захворюванню на туберкульоз.

#### ***У соціально-економічній сфері:***

– подолання бідності;

– скорочення рівня безробіття;

– контроль за міграційними процесами;

– протидія бездомності та бездоглядності;

– забезпечення гідної якості життя та соціальних гарантій;

– реформа системи охорони здоров'я.

#### ***У медичній та медико-соціальній сфері:***

– впровадження обов'язкових щорічних профілактичних медичних оглядів всього населення з метою своєчасного виявлення нових випадків захворювання на туберкульоз та інших захворювань;

– оцінка, визначення чисельності та профілактична роботи із громадянами та їх специфічними групами, які мають ризик захворювання на туберкульоз, як важливий стратегічний ресурс для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію туберкульозу;

– реформування системи надання протитуберкульозної допомоги шляхом максимального наближення медичних послуг до хворого, інтеграції надання медичної допомоги, що забезпечить підвищення рівня доступу населення до діагностики, лікування туберкульозу та догляду;

– підвищення ефективності лікування занедбаних, важких, поширених та ускладнених форм туберкульозу; забезпечення фінансової підтримки інфекційного контролю, необхідної техніки та засобів безпеки для медичного персоналу у фтизіатричних та пульмонологічних закладах;

– розширення можливостей лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу для діагностики всіх випадків захворювання;

– приведення стандартів лікування хворих на туберкульоз у відповідність з міжнародними стандартами;

– безперебійне забезпечення закладів охорони здоров'я, що здійснюють лікування хворих на туберкульоз у стаціонарних та амбулаторних умовах,

протитуберкульозними лікарськими засобами, зокрема із широким застосуванням препаратів із фіксованими дозами;

– підвищення якості контрольованого лікування туберкульозу через розширення мережі кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я та введення елементів контрольованого лікування в систему первинної медичної допомоги;

– посилення узгодженості систем протидії туберкульозу та протидії ВІЛ/СНІД стосовно виявлення випадків захворювання на туберкульоз, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу, розширення профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції для людей, що живуть з ВІЛ/СНІД;

– забезпечення поступового та ефективного переходу на амбулаторну форму лікування туберкульозу на основі передбачуваного чинним законодавством повного захисту прав та інтересів всіх громадян України в умовах епідемії туберкульозу;

– надання державної підтримки та стимулювання розвитку вітчизняного виробництва якісних та конкурентоздатних протитуберкульозних лікарських засобів та впорядкування системи закупівель протитуберкульозних препаратів;

– удосконалення системи моніторингу та оцінки виконання Програми, роботи закладів охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях та прогнозування ситуації щодо туберкульозу шляхом підготовки та проведення навчання відповідних фахівців, удосконалення звітно-облікових форм та індикаторів ефективності роботи, забезпечення функціонування електронного реєстру хворих на туберкульоз.

#### ***У сфері посилення впливу громадянського суспільства:***

– залучення громадських організацій до активної участі у протидії туберкульозу, забезпечення захисту населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення рівня громадської обізнаності, розв'язання проблеми, пов'язаної з негативним ставленням суспільства до хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфікованих осіб та їх дискримінації у системі охорони здоров'я; сприяння створенню належних умов для ефективної реалізації потенціалу та розвитку об'єднань громадян, які провадять діяльність у сфері протидії туберкульозу;

– удосконалення системи післядипломної освіти з питань фтизіатрії, обміну досвідом на національному та міжнародному рівнях шляхом створення ресурсних центрів та оновлення програм навчання;

– підвищення рівня обізнаності населення шляхом проведення лекцій, бесід, телепередач, розповсюдження соціальної реклами з питання запобігання захворюванню на туберкульоз;

– розбудова сталої національної системи заходів з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації, забезпечення в повному обсязі та гарантування фінансування з державного та місцевих бюджетів заходів, спрямованих на підвищення ефективності суспільної комунікації (зміни ставлення, політики, поведінки тощо) у сфері протидії туберкульозу на рівні влади та громад.

#### **Що має бути зроблено для вирішення проблеми?**

У відповідності до вимог чинного законодавства (ст. 2 Закону України «Про державні цільові програми»), *державна політика протидії туберкульозу повинна бути спрямована на забезпечення концентрації фінансових, матеріально-технічних, інших ресурсів, виробничого та науково-технічного потенціалу, а також координацію діяльності центральних і місцевих органів виконавчої влади, підприємств, установ та організацій для розв'язання визначеної проблеми в масштабах цілої держави.* Для досягнення цього пропонується наступне.

**1. Переформатування державного управління в сфері протидії туберкульозу.** Українські науковці у сфері державного управління вважають, що з огляду на особливу соціальну небезпеку туберкульозу державна політика в цьому напрямку має вирішувати завдання досягнення взаємодії і координації зусиль різних органів державної влади в Україні для протидії туберкульозу з метою сприяння усуненню докорінних соціально-економічних причин поширення епідемії туберкульозу, тобто наріжним каменем сучасної державної політики протидії туберкульозу повинна стати первинна, або ж соціальна профілактика туберкульозу, до вирішення завдань якої повинно бути залучене широке коло органів державної виконавчої влади. а саме: Міністерство соціальної політики, Міністерство освіти і науки, Міністерство оборони, Міністерство внутрішніх справ, Міністерство молоді і спорту, Міністерство культури, Міністерство екології і природних ресурсів, Міністерство інфраструктури, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства, Міністерство інформаційної політики, Державний комітет телебачення і радіомовлення, Державна пенітенціарна служба, Державна міграційна служба, Державна санітарно-епідеміологічна служба, Державна служба з надзвичайних ситуацій, Державна служба з питань інвалідів і ветеранів, Державна ветеринарна та фіто санітарна служба, Державна служба гірничого нагляду та промислової безпеки, Державна інспекція з питань праці і представниками громадянського суспільства

Мають бути чітко визначені сфери відповідальності різних центральних органів виконавчої влади за дотримання епідемічного благополуччя населення та протидію захворюванню на туберкульоз. Зокрема, вони стосуватимуться чотирьох основних напрямів завдань.

**Перший – робота із групами ризику захворювання, що є пріоритетними для даного органу державної виконавчої влади:**

– розрахунок оціночної чисельності груп різного рівня ризику захворювання на туберкульоз, що є цільовими для цих органів влади;

– участь у заходах із профілактики та виявлення туберкульозу в середовищі цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання, шляхом інформування та надання їм відповідних соціальних послуг.

*Близько 65,0% нових випадків захворювання на туберкульоз припадає на соціально-дезадаптовані та соціально незахищені верстви населення. Це складні, інколи закриті і малодоступні для органів охорони здоров'я верстви (наприклад, бездомні, зовнішні мігранти, ромське населення). Повинен бути складений, відповідним чином описаний та нормативно закріплений за окремими органами державної виконавчої влади повний перелік таких груп ризику,*

**визначений порядок та особливості профілактики, виявлення та лікування туберкульозу в кожній з цих груп.**

*Взаємозв'язок між окремими цільовими категоріями населення та центральними органами державної виконавчої влади України.*

<b>Цільова категорія</b>	<b>Оціночна чисельність</b>	<b>Органи влади</b>
особи, які зайняті в умовах праці, що не відповідають санітарно-гігієнічним нормам, на небезпечних та шкідливих виробництвах	близько 1,3 млн. працівників (у середньому – 28,9 % загального числа працюючих).	Державна служба гірничого нагляду та промислової безпеки України Державна інспекція України з питань праці Державна санітарно-епідеміологічна служба України
1. внутрішні біженці із зони АТО та тимчасово окупованих територій АР Крим. 2. іноземні мігранти із сумнівним статусом. 3. внутрішні мігранти (бездомні).	1 – близько 340 тис. осіб. 2 – близько 5 млн. осіб. 3 – близько 1 млн. осіб.	Державна міграційна служба України Міністерство внутрішніх справ України Державна служба України з надзвичайних ситуацій
1. особи, які знаходяться за межею бідності. 2. безробітні. 3. непрацюючі працездатного віку. 4. пенсіонери. 5. бездомні. 6. малозабезпечені сім'ї. 7. соціальні працівники.	1 – близько 42,0% населення. 2 - більше 2 млн. осіб (близько 5,0% всього населення України, або 10,0% від загальної чисельності зайнятого населення України). 3 – немає відомостей. 4 – близько 30,0% населення. 5 – близько 1 млн. осіб. 6 – близько 200 тис. сімей, що отримують державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям та майже 150 тис. сімей, що отримують державну допомогу сім'ям з дітьми. 7 – відомості відсутні.	Міністерство соціальної політики України Державна служба зайнятості

<p>1. особи, які знаходяться під вартою.</p> <p>2. особи, які звільнилися із місць позбавлення волі впродовж 2-х років.</p>	<p>1 – близько 180 тис. осіб.</p> <p>2 – немає відомостей.</p>	<p>Державна пенітенціарна служба України/ Кримінально-виконавча інспекція</p>
<p>1. учнівська молодь.</p> <p>2. студентська молодь.</p> <p>3. педагогічні працівники.</p> <p>4. сім'ї.</p>	<p>1 – більше 5 млн.</p> <p>2 – близько 2,5 млн..</p> <p>3 – майже 500 тис. вчителів ЗОШ та майже 200 тис. науково-педагогічних працівників.</p> <p>4 – 13,5 млн.</p>	<p>Міністерство освіти і науки України</p> <p>Міністерство молоді та спорту України</p> <p>Міністерство соціальної політики України</p>
<p>1. інваліди.</p> <p>2. ветерани.</p> <p>3. військовослужбовці, звільнені у запас, або у відставку.</p> <p>4. жертви нацистських переслідувань.</p> <p>5. діти війни.</p> <p>6. жертви політичних репресій.</p>	<p>1 – більше 2,5 млн.</p> <p>2 – близько 2 млн.</p> <p>3 – відомості відсутні.</p> <p>4 – відомості відсутні.</p> <p>5 – відомості відсутні.</p> <p>6 – відомості відсутні.</p>	<p>Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України</p> <p>Міністерство соціальної політики України</p>
<p>ромське населення</p>	<p>близько 400 тис.</p>	<p>Міністерство культури України</p> <p>Державна санітарно-епідеміологічна служба України</p> <p>Міністерство соціальної політики України</p>
<p>1. ВІЛ-інфіковані особи.</p> <p>2. особи, які контактують з хворими на туберкульоз.</p> <p>3. особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету.</p> <p>4. курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики.</p> <p>5. працівники закладів охорони здоров'я.</p>	<p>1 – близько 200 тис.</p> <p>2 – відомості відсутні.</p> <p>3 – відомості відсутні.</p> <p>4 – близько 8 млн. курців, не менше 700 тис. алкоголіків, близько 400 тис. ін'єкційних наркоманів.</p> <p>5 – близько 800 тис.</p>	<p>Міністерство охорони здоров'я України</p>

<p>1. населення депресивних регіонів та місцевостей, в яких закриті бюджетоутворюючі підприємства</p> <p>2. населення регіонів та місцевостей із складними екологічними проблемами.</p> <p>3. особи, які проживають у приміщеннях, які не відповідають санітарним нормам.</p>	<p>відомості відсутні</p>	<p>Державна санітарно-епідеміологічна служба України</p> <p>Державна служба України з надзвичайних ситуацій</p> <p>Міністерство екології та природних ресурсів України</p> <p>Міністерство соціальної політики України</p>
<p>1. військовослужбовці строкової служби.</p> <p>2. учасники бойових дій в зоні АТО.</p> <p>3. працівники органів внутрішніх справ.</p>	<p>відомості відсутні</p>	<p>Міністерство оборони України</p> <p>Міністерство внутрішніх справ України</p>
<p>Все населення</p>		<p>Міністерство інфраструктури, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства, Міністерство інформаційної політики, Державний комітет телебачення і радіомовлення,</p>
<p>тварини, які можуть хворіти на туберкульоз.</p>	<p>практично всі</p>	<p>Державна ветеринарна та фітосанітарна служба України</p> <p>Міністерство аграрної політики України</p>

**Другий** - здійснення залученими органами державної виконавчої влади **заходів щодо первинної (соціальної) профілактики туберкульозу**, тобто, в межах повноважень, – діяльність, спрямована на усунення або нейтралізацію причин туберкульозу та умов, що його породжують.

– прогнозування тенденцій розвитку епідемії туберкульозу в межах визначених повноважень;

– оцінка масштабів та наслідків епідемії туберкульозу у випадку, якщо не вживатимуться ефективні упереджувальні заходи;

– планування, реалізація та оцінка профілактичних програм тощо.

**Третій – нормативно правове забезпечення участі різних заінтересованих органів державної виконавчої влади в рамках завдань державної політики протидії захворюванню на туберкульоз, їх участь в розробці та реалізації державних заходів та програм у визначеній сфері.**

**Четвертий – розробка, обговорення та затвердження державним нормативним документом «Національного плану узгоджених дій міжвідомчої та міжсекторальної відповіді на виклики епідемії туберкульозу»; проведення Парламентських слухань на тему «Державна політика протидії захворюванню на туберкульоз: проблеми та шляхи реформування» (*механізм державної політики представлений у додатку*).**

Для досягнення цих завдань, **насамперед**, слід забезпечити використання та виконання вже наявних вимог чинного законодавства, що уповноважують різні органи державної влади брати участь (або вказують на можливість цього) в реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на туберкульоз та скоординувати її.

**В подальшому**, в разі відсутності, або обмеженості таких зобов'язань, необхідно внести зміни до чинної законодавчої та нормативно-правової бази.

Національна координаційна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД, як постійно діючий консультативно-дорадчий орган, за участі всіх заінтересованих сторін, має обговорювати проекти таких змін і доповнень та вноситиме їх на розгляд до Кабінету Міністрів України.

***2. Зміни до порядку та процедури розробки державних програм протидії туберкульозу, їх змісту та структури.*** З огляду на те, що в 2016 році розпочинається робота над розробкою проекту Концепції нової Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017 – 2021 роки (наказ МОЗ України від 1 жовтня 2015 року № 641), законодавцю варто звернути увагу на такі **основні «розриви» між вимогами чинного законодавства та існуючою практикою розробки і впровадження загальнодержавної та місцевих програм протидії захворюванню на туберкульоз.**

1. Відсутній аналіз успіхів і невдач виконання мети та завдань попередніх Загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз, з чого повинно бути зрозумілим, чому саме має бути прийнята наступна програма та визначена мета її виконання.

2. Відсутній аналіз можливих тенденцій розвитку епідемічної ситуації та не зроблений аналіз можливих ризиків при виконанні наступної програми.

3. Відсутній повний аналіз причин виникнення проблеми. В концепції програми увага концентрується не на основоположних та першорядних причинах, які породжують епідемію туберкульозу та сприяють її загостренню, а, здебільшого, на їх наслідках.

4. Відсутній аналіз соціально-економічних чинників епідемії туберкульозу та проблем, пов'язаних із групами ризику захворювання на туберкульоз, не наданий їх перелік та характеристика, не визначені особливості профілактичної роботи із ними тощо.

5. Відсутня оцінка повних фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів, необхідних для виконання програми. Для забезпечення виконання заходів та досягнення результативних показників Загальнодержавної програми у повному обсязі, ще на етапі їх планування треба чітко визначити повний обсяг коштів з Державного та місцевих бюджетів України, міжнародної допомоги, які протягом планових років повинні бути скеровані на відповідні цілі. Однак, традиційно визначаються лише обсяги видатків за кошти Державного бюджету та міжнародної допомоги. Державні цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз передбачають лише централізовану закупівлю медичних препаратів, обладнання, витратних матеріалів за кошти Державного бюджету України, а решта витрат на виконання їх заходів традиційно відноситься на місцеві бюджети, які, в силу ряду причин, не можуть забезпечити їх виконання в повному обсязі. При цьому, обсяги видатків з місцевих бюджетів визначаються окремо і пізніше, коли Загальнодержавна програма вже затверджена, в процесі розробки вже регіональних програм. Таким чином, одночасно не формується алгоритм оптимального фінансового забезпечення заходів Загальнодержавної програми на всіх рівнях та за рахунок всіх джерел фінансування.

Водночас, поза увагою державного фінансування залишаються такі складні завдання, які віднесені до фінансування з місцевих бюджетів, як, наприклад, покращення стану будівель та інженерний контроль у протитуберкульозних установах (80,0% з яких не відповідають вимогам), створення палат та відділень у протитуберкульозних закладах, вдосконалення управління системою надання фтизіатричної допомоги, посилення кадрового потенціалу фтизіатричної служби, організація лікування та соціальна підтримка хворих, робота із групами ризику захворювання, створення сприятливого для протидії туберкульозу суспільного середовища тощо. Відсутність в Загальнодержавній програмі відомостей щодо обсягів видатків за кошти місцевих бюджетів свідчить про те, що бачення цілісної картини виконання її завдань і заходів та їх ресурсного забезпечення на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях в принципі не існує. Таким чином, ***не задовольняється одна з найважливіших умов розроблення цільових програм, визначена ст. 2 Закону України «Про державні цільові програми», а саме, що має існувати «наявність реальної можливості ресурсного забезпечення виконання програми».***

6. Мета Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 –2016 роки практично аналогічна меті попередньої Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках. Очевидно, що мета кожної наступної державної цільової програми повинна визначати досягнення нових цілей та виконання нових завдань на основі аналізу виконання попередніх. Діючою загальнодержавною програмою передбачено скорочення в Україні захворюваності на туберкульоз впродовж 2012 – 2016 років лише на 4,6%, що у 4,2 рази менше від рівня, досягнутого у попередньому періоді (19,3%).



7. В чинній загальнодержавній програмі відсутній аналіз проблеми на міжгалузевому рівні та не ставиться завдання внаслідок взаємодії і координації діяльності всіх заінтересованих сторін сприяти усуненню докорінних соціально-економічних причин поширення епідемії туберкульозу.

8. Загальнодержавна програма не містить в собі алгоритму (або конкретних рекомендацій) щодо форм, методів та шляхів досягнення завдань, заходів та індикаторів для кожного з виконавців.

9. Значну перешкоду успішному виконанню заходів загальнодержавної програми створює також та обставина, що, з-поміж усіх визначених її виконавців, розпорядниками коштів державного бюджету України, що надаються на виконання програми, виступають тільки МОЗ України, Державна пенітенціарна служба України та АМН України. Решті виконавців видатки з державного бюджету України на виконання ними своїх функцій в рамках програми не передбачені.

10. Державою не виконуються навіть ти зобов'язання по фінансовому забезпеченню загальнодержавних програм, які передбачені в ній. На фоні тотальної інфляції щороку відбувається скорочення видатків з державного та місцевих бюджетів на протитуберкульозні заходи.

#### ***Аналогічні проблеми характерні і для регіональних програм:***

1. Вони є вузькоспеціалізованими соціальними програмами, спрямованими на вирішення проблеми туберкульозу на відповідній території виключно медичними засобами.

2. В них не дається аналіз специфічних для відповідної області економічних, соціальних, культурних, екологічних та інших чинників поширення туберкульозу та не ставляться завдання щодо їх подолання комплексним шляхом.

3. В них відсутній аналіз груп ризику захворювання на туберкульоз, які є специфічними для даної області, не дається прогноз розвитку захворюваності серед них та не визначаються основні напрями профілактичної роботи із ними.

4. В них не здійснюється оцінка фінансових, матеріальних та людських ресурсів, необхідних для протидії епідемії туберкульозу на території відповідної області. Такий висновок нами зроблений на основі аналізу регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз. Так, наприклад, в 15 діючих наразі обласних програмах відсутня оцінка потреб щодо фінансування заходів протидії захворюванню на туберкульоз за кошти районних та міських бюджетів. В 22 обласних програмах відсутнє визначення на які конкретно витрати передбачається спрямування видатків, виділених на їх виконання з відповідних бюджетів. Зокрема, в таких програмах лише зазначається, що обсяги фінансування визначатимуться у межах видатків місцевих бюджетів. Це свідчить на користь того, що відсутня наявність реальної можливості ресурсного забезпечення виконання протитуберкульозних програм в переважній більшості регіонів України.

5. В частині мети та завдань обласні програми копіюють Загальнодержавну програму, не відображаючи специфіку того чи іншого регіону, де вони приймаються.

6. Вони не містять в собі алгоритму (або конкретних рекомендацій) щодо форм, методів та шляхів досягнення завдань, заходів та індикаторів для всіх виконавців, що унеможлиблює досягнення мети кожної з них з причин відсутності

реальної координації діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в тій чи іншій області.

7. Місцеві фінансові органи та органи охорони здоров'я при складанні бюджетів за програмно-цільовим методом не забезпечують фінансування програм і централізованих заходів боротьби з туберкульозом окремою бюджетною програмою «Програми і централізовані заходи боротьби з туберкульозом» за КТКВК 081007.

8. За нашими підрахунками, в 33,3% регіонах України цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз «генетично» не зв'язані із Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки та не ґрунтуються на її вимогах, адже були прийняті на місцях ще до її затвердження Верховною Радою України.

**Таким чином, з огляду на неналежний спосіб формування загальнодержавних програм, бажано передувати їй розробці ґрунтовний аналіз досягнень та недоліків виконання попередніх програм.**

Отже, державні цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз повинні розроблятися та впроваджуватися як міжгалузеві комплексні соціально-економічні програми із забезпеченням фінансування всіх її заходів для всіх виконавців захищеними статтями державного бюджету України. При цьому вони повинні включати в себе наступні основні відомості:

1. Визначення поняття «туберкульоз в Україні».
2. Оцінку того, що було зроблено для подолання епідемії туберкульозу в Україні, починаючи із 1995 року, включаючи попередній звітний період.
3. Характеристику соціально-економічних чинників епідемії туберкульозу в Україні, в тому числі – оцінку груп ризику захворювання на туберкульоз.
4. Визначення медичних чинників (недоліків у профілактиці, лікуванні, забезпеченні протитуберкульозних установ, підготовці кадрів тощо) туберкульозу в Україні.
5. Загальну характеристику чинної державної політики у сфері протидії епідемії туберкульозу в Україні, її досягнень та недоліків.
6. Загальну оцінку регіональних політик у сфері протидії туберкульозу, їх досягнень та недоліків.
7. Визначення масштабів проблеми у випадку її неналежного вирішення; оцінку викликів, перспектив розвитку ситуації та ризиків, що її супроводжують.
8. Визначення новизни та іноваційності проблеми, на вирішення якої спрямовано програму та шляхів її вирішення.
9. Обґрунтування мети держави у протидії туберкульозу на визначений термін.
10. Постановку загальних завдань у подоланні епідемії туберкульозу на визначений термін:
  - 10.1. на загальнодержавному рівні;
  - 10.2. на місцевому рівні.

11. Оцінку наявних фінансових, матеріальних та людських ресурсів, необхідних для досягнення мети та завдань.

12. Визначення кола центральних органів державної влади та їх завдань у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.

13. Визначення завдань місцевих органів державної влади у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.

14. Характеристику механізму фінансового забезпечення заходів із протидії захворюванню на туберкульоз:

14.1 центральним органам державної влади за кошти Державного бюджету України.

14.2. місцевим органам державної влади за кошти Державного бюджету України.

14.3. місцевим органам державної влади за кошти обласних та інших місцевих бюджетів України.

14.4. за кошти міжнародної допомоги.

15. Визначення очікуваних результатів.

16. Додатки.

*Для забезпечення всеохоплюючого та комплексного характеру її виконання після розробки та затвердження Концепції, **саму програму необхідно формувати на основі повної оцінки всіх наявних ресурсів, чіткого визначення алгоритму її впровадження та надання чітких рекомендацій всім її виконавцям.** З цією метою мають бути визначені загальні вимоги центральним органам виконавчої влади, обласним державним адміністраціям та НУО щодо подання ними пропозицій стосовно змістовного наповнення програми та фінансового забезпечення відповідних заходів з різних джерел фінансування. Так, приміром, обласні державні адміністрації повинні надати проекти своїх регіональних програм із визначенням потреб забезпечення надання населенню протитуберкульозної допомоги на території відповідної області, зазначенням проблемних питань, вирішення яких передбачає місцеве, державне, або змішане втручання та фінансування, переліком конкретних об'єктів та заходів, які передбачається профінансувати в рамках програми, в тому числі – за кошти районних та міських бюджетів областей, тощо. Оцінка проектів регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз на етапі розробки загальнодержавної програми дозволить чітко усвідомити наявний потенціал в державі для цього, визначити проблемні моменти, передбачити можливі ризики та упередити їх. Таким чином, загальнодержавна програма повинна формуватися на основі її концепції та попередньо розробленої структури змішаним методом: «знизу – доверху» для адміністративно-територіальних одиниць та «горизонтально» для визначення завдань та заходів зацікавлених центральних органів виконавчої влади, міжнародних організацій та неурядового сектору.*

## **АМБУЛАТОРНЕ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ.**

Україна – держава у Східній Європі, яка характеризується складною політичною, суспільною, економічною та гуманітарною ситуацією. Ця ситуація

ускладнюється наявністю значних груп населення, які майже неконтрольовані з боку держави і суспільства, але, водночас є такими, самий спосіб життя яких несе в собі підозру на те, що вони можуть масово хворіти на туберкульоз. До них варто віднести такі категорії, як бездомні, мігранти, переселенці з Донбасу, ромське населення, непрацюючі працездатного віку, особи, які знаходяться під вартою, або звільнилися з місць позбавлення волі, військовослужбовці в зоні АТО тощо. Все це значно ускладнює і без того напружену епідемічну ситуацію щодо туберкульозу.

Україна – унітарна держава, отже її адміністративно-територіальні складові не є політично самостійними, хоча прагнуть до економічної самостійності. За таких обставин не варто забувати, що туберкульоз, в першу чергу, не медична, а соціально-економічна проблема, оскільки її коріння знаходяться у всіх, або практично у всіх площинах життєдіяльності суспільства, отже і наслідки епідемії туберкульозу негативно впливають на економічне і соціальне становище держави, створюють значну небезпеку для здоров'я та життя громадян та для цілої національної безпеки держави, сприяють її послабленню та міжнародній ізоляції.

За обставин, коли в державі взятий політичний курс на децентралізацію влади, в жодному разі не можна забувати про таку небезпеку туберкульозу та відмовлятися від загальнодержавного та значною мірою – централізованого і регламентованого характеру боротьби із цим захворюванням та віддавати на відкуп регіонам можливість формувати на власний розсуд місцеві політики протидії туберкульозу, довільно визначати напрямки діяльності в цьому та обсяги фінансового забезпечення. Це не означає, що регіональні політики у визначеній сфері не можуть і не повинні нести в собі елементи різноманіття, що детермінуються тими чи іншими їх особливостями та епідемічними показниками в них щодо туберкульозу. Але в основу місцевих політик та програм протидії туберкульозу, що їх формалізують, повинні бути покладені принципи, про які йдеться у першій частині цієї записки.

Це саме стосується і переходу на амбулаторну модель лікування туберкульозу. Переваги та ризики амбулаторної моделі лікування туберкульозу очевидні і не можуть не бути взяті до уваги. Пілотні проекти переходу на амбулаторну модель лікування туберкульозу, які впроваджуються низкою міжнародних та національних інституцій в ряді регіонів України технологічно та методично відокремлені, адже державою не вироблений будь який алгоритм, національна стратегія чи дорожня карта цього процесу. Враховуючи зазначені переваги та ризики, запровадження амбулаторної моделі лікування туберкульозу повинно стати важливою складовою державної політики протидії захворюванню на туберкульоз, а отже – ретельно вивчені, проаналізовані, публічно обговорені із широким інформуванням населення шляхом проведення масової інформаційної та роз'яснювальної кампанії та нормативно закріплені. Водночас, амбулаторна модель лікування туберкульозу виступає в тому сенсі, в якому вона застосовується не як складова загального процесу лікування та як підтримуючий етап після стаціонарного етапу, а як самостійна форма, в якій пацієнт перебуває практично на протязі всього часу хвороби: від виявлення до одужання. За таких обставин та враховуючи особливу небезпеку туберкульозу має бути забезпечено законодавче та інше нормативне підґрунтя для її впровадження. Це стосується внесення змін і доповнень до чинного законодавства, а саме: «Основи законодавства про охорону здоров'я», «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз», «Про епідемічне

благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб». Повинно бути розроблене і відповідним чином затверджено Урядом «Положення про амбулаторну модель лікування туберкульозу», на основі та на виконання якого має бути розроблений та впроваджений відповідним нормативним актом МОЗ протокол амбулаторного лікування туберкульозу. В кожному регіоні України повинен бути прийнятий власний нормативний документ, що організує і врегульовує амбулаторну модель лікування туберкульозу на основі місцевих особливостей.

Впродовж 20 – 30 вересня 2015 році в Україні працювала місія ВООЗ з надання технічної допомоги для оцінки пілотних проектів лікування туберкульозу в амбулаторних умовах, за підсумками якої був підготовлений консультативний звіт. В документі основна увага приділена фактичному аналізу протитуберкульозної служби, її організації, управлінню та фінансуванню, коротко описані пілотні моделі протитуберкульозної амбулаторної допомоги, проаналізовані політичні заходи щодо розширення і підтримки розвитку протитуберкульозної амбулаторної допомоги, надана попередня оцінка медичної і економічної ефективності заходів пілотних проектів амбулаторної допомоги та надані рекомендації щодо проведення операційних проектів.

Розпочаті протягом останніх років реформи, які є структурно позитивним, створили сприятливі умови для інтеграції контролю за ТБ до первинної медико-санітарної допомоги і, як результат, для переходу до амбулаторної моделі лікування туберкульозу.

У контексті Національної протитуберкульозної програми Міністерство охорони здоров'я розпочало впровадження амбулаторного лікування ТБ на основі пілотних проектів (2014 р.) в Полтавській, Дніпропетровській, Донецькій, Херсонській, Вінницькій області та місті Київ. Однак, амбулаторне лікування почало розвиватися більш широко в багатьох областях в контексті проектів зміцнення контролю за туберкульозом, що фінансувалися різними донорськими та міжнародними організаціями (USAID, Глобальним фондом, Червоним Хрестом тощо). Розвиток амбулаторної протитуберкульозної допомоги як на національному, так і на обласному рівнях, вимагає тимчасових і концептуальних змін, залежить від моменту і темпу початку реформування первинної ланки медичної допомоги, особливо це стосується наступних компонентів: адміністративне й фінансове розмежування із вторинною ланкою медичної допомоги, створення центрів ПМСД і маршрутів перенаправлення пацієнтів.

Місія зосереджувалася на якісній оцінці, оскільки, з одного боку, оцінка амбулаторної моделі у клінічних, економічних та інших аспектах є передчасною, але, з іншого боку, вже є достатньо доказів на міжнародному рівні щодо кращих результатів лікування, рентабельності лікування, заходів інфекційного контролю, ефективності лікування і т.д., в амбулаторних умовах. (Cox H S, Sibilila K, Feuerriegel S, et al. Emergence of extensive drug resistance during treatment for multidrug-resistant tuberculosis. *N Engl J Med* 2008; 359: 2398-2400; Bassili A, Fitzpatrick C, Qadeer E, Fatima R, Floyd K, Jaramillo E. A systematic review of the effectiveness of hospital- and ambulatory-based management of multidrug-resistant tuberculosis. *Am J Trop Med Hyg* 2013; 89: 271-280).

Подальша оцінка цього варіанту в країнах Східної Європи і подальша зміна політики могла б істотно скоротити витрати на ведення МР-ТБ і збільшити його

економічну ефективність. Узагальнюючи ці результати для більшого числа установ, дослідження припускає, що вартість лікування одного пацієнта при використанні амбулаторних моделей догляду становить приблизно на 63% нижче, ніж при використанні стаціонарних моделей. Тим не менш, за оцінками ВООЗ, порівняння вартості надання допомоги під час 20-хвилинного візиту до поліклініки і вартості ліжка-дня припускає, що остання у 2,3-15,8 разів дорожче в 22 країнах, де проходило дослідження, в залежності від країни і типу установи, де проходило дослідження. Враховуючи те, що цей огляд не свідчить про більшу ефективність моделей стаціонарного лікування, дуже мало ймовірно, що стаціонарні моделі виявилися б в цілому більш економічно ефективними (WHO, 2011. Choosing Interventions that Are Cost-Effective. В наявності за адресою: [http://www.who.int/choice/country/country\\_specific/en/index.html](http://www.who.int/choice/country/country_specific/en/index.html))

Місія зробила висновок про існування підходів щодо розробки та впровадження різних амбулаторних моделей протитуберкульозної допомоги, а також про необхідність їх оцінки через призму лікування та економетричних результатів. З практичної точки зору, у зв'язку з різним ступенем реалізації та браком одноманітності й послідовності у впровадженні реформи первинної ланки медичної допомоги, був зроблений стислий огляд «різних моделей» амбулаторного лікування, які, в цілому, є можливими. Таким чином, проекти з контролю за туберкульозом та органи охорони здоров'я, перебуваючи в значній мірі під тиском бюджетних обмежень і вимог щодо якості, визначили альтернативи, які насправді є компонентами амбулаторної моделі – лікування вдома (мобільні бригади), патронаж громадських організацій тощо.

Ця модель управління амбулаторною протитуберкульозною допомогою створює низку ризиків, а саме створення паралельних систем, низька сталість через залежність від фінансування проекту, знижена роль сімейного лікаря, у тому числі «єдине обслуговування», фрагментація фінансування тощо. Крім того, немає ніякої ясності щодо завдань та обов'язків медичного персоналу (фтизіатрів, сімейного лікаря, медсестри, медсестри DOT-кабінету і т.д.), особливо в організації лікування туберкульозу, на рівнях амбулаторного лікування туберкульозу – (а) первинна до-госпітальна медична допомога; (б) первинна медична допомога; (в) первинна спеціалізована протитуберкульозна допомога; і (г) спеціалізована протитуберкульозна допомога.

Міністерство охорони здоров'я намагається постійно забезпечувати високий рівень прихильності до реалізації моделі амбулаторного лікування туберкульозу. Однак, політична прихильність не підтримується чіткими політичними і законодавчими заходами, згідно з якими амбулаторне лікування туберкульозу з першого дня являє собою стратегію як для лікарсько-чутливого туберкульозу, так і для МР-ТБ і, отже, темпи реформування протитуберкульозної допомоги є повільними, як результат складних і тривалих процесів прийняття рішень. Затвердження та реалізація політичних заходів щодо туберкульозу в контексті переходу до амбулаторної моделі, орієнтованої на пацієнта, таким чином, є причиною затримок. Місія підкреслює той факт, що більш активні області в країні відгукнулися на це, передбачаючи зміни і розробляючи свої власні заходи з реалізації амбулаторної моделі лікування туберкульозу (за активною участю місцевих органів влади та інших зацікавлених сторін), що створює відмінності між

областями (у тому числі проектними областями) у наданні протитуберкульозних послуг в амбулаторних умовах.

Крім того, на основі якісних оцінок і робочих візитів Місія зробила висновок, що є всі необхідні позитивні передумови для розширення лікування туберкульозу в амбулаторних умовах на рівні країни протягом короткого періоду. Це не обов'язково передбачає копіювання передового міжнародного досвіду, але включає в себе реалізацію позитивних елементів, здобутих пілотними проектами, а також інструментів управління, передбачених системою охорони здоров'я, які визначаються жорсткою ієрархією щодо адміністрування, бюджетування та звітності. У цьому контексті, Україна стала джерелом передового досвіду для країн регіону в плані реалізації політичних заходів щодо лікування ТБ в амбулаторних умовах.

По суті, існує загальний підхід; як на міжнародному, так і на національному рівні, з точки зору клінічного аспекту лікування, умов, що підтримуються рекомендаціями ВООЗ, настанов щодо ведення туберкульозу тощо. Проблеми, з якими стикається система охорони здоров'я, щодо реалізації політичних заходів, що забезпечують перехід до амбулаторного лікування туберкульозу, виходять з управлінського та фінансового вимірів.

### **Переваги амбулаторної моделі.**

1. Економічно вигідніше – кошти витрачаються тільки на щоденне спостереження медичного працівника за прийомом ліків (вартість стаціонарного лікування в 10 разів перевищує амбулаторні послуги, при цьому наповненість ліжок становить, наприклад, по Києву всього 59,0%).

2. Безпечніше для пацієнтів – обмежена передача інфекції.

3. Комфортно та економно для хворого на туберкульоз.

4. Мінімальний ризик для оточення хворого за умови своєчасного виявлення і початку лікування.

5. Пацієнт може сам обрати форму за якою буде лікуватися, що забезпечує його прихильність до лікування.

6. Вивільнені кошти можуть бути раціонально направлені на підтримку пацієнтів, забезпечення пацієнт-орієнтованих моделей лікування.

Водночас, на цілий ряд важливих питань згаданий вище звіт відповідей не дає. Не ставлячи під сумнів очевидні переваги амбулаторної моделі лікування туберкульозу, експерти нашого проекту, тим не менше, бачать значну кількість ризиків, без усунення яких в сучасних політичних, економічних та соціальних умовах, в яких знаходиться Україна, перехід на зазначену модель лікування, або буде надзвичайно ускладнений, або не забезпечить очікуваної ефективності. Саме на усунення таких ризиків має бути спрямовані зусилля по створенню сталої адвокаційної платформи для переходу на ефективну, пацієнт-орієнтовану амбулаторну модель лікування туберкульозу, за умов повного забезпечення та поваги прав та інтересів всіх учасників процесу і чіткого дотримання законів інфекційного контролю.

Нагадаємо, що проектом були надіслані на адреси всіх обласних державних адміністрацій, МОЗ, Національного інституту фтизіатрії і пульмонології, пілотних проектів листи-запити, в яких вміщувалося прохання надати інформацію щодо впровадження на тих чи інших територіях проектів амбулаторної протитуберкульозної допомоги, бажано із дотриманням наступної схеми викладу:

1. Чи впроваджуються в Вашому регіоні моделі амбулаторного лікування? Якщо так, то за сприяння кого (проект, організація) та які адміністративно-територіальні одиниці, або населені пункти охоплені?

2. Копії нормативних документів, які регулюють впровадження амбулаторної моделі лікування туберкульозу на території Вашого регіону (адміністративно-територіальної одиниці).

3. Опис амбулаторної моделі (моделей) лікування туберкульозу, яка (які) впроваджується. При цьому просимо відобразити наступні основні етапи (проблеми) та вказати, як вони вирішуються:

3.1. Попередня оцінка наявної епідемічної ситуації та перспектив її розвитку в регіоні.

3.2. Попередня оцінка соціально-економічних та політичних факторів ризику поширення захворювання та їх впливу на епідемічну ситуацію.

3.3. Визначення груп ризику, їх чисельності, динаміки, особливостей профілактичної та іншої роз'яснювальної роботи із ними та форми і методи її проведення.

3.4. Організація виявлення та діагностики нових випадків захворювання.

3.5. Створення сприятливої суспільно-політичної ситуації в регіоні для впровадження амбулаторної моделі лікування (адвокація в органах влади та інформування населення) щодо її безпечності та ефективності.

3.6. Визначення хворих, які можуть лікуватися амбулаторно, а які – стаціонарно та організація лікувального процесу.

3.7. Інфраструктура та логістика (людське, фінансове та матеріально-технічне забезпечення).

3.8. Забезпечення інфекційного контролю та безпеки.

3.8. Організація соціальної підтримки хворих на амбулаторному етапі.

4. Аналіз успішності, недоліків, ризиків впровадження амбулаторної моделі та наявних бар'єрів в отриманні медичної допомоги ОГНТБ, що виявлені, який зроблений Вами на основі отриманого досвіду (якщо такий є).

Зробимо попередній аналіз наявних пілотних проектів переходу на амбулаторну модель лікування туберкульозу в міру того, як вони можуть бути уніфіковані і стандартизовані з точки зору пропонованої експертами нашого проекту моделі дорожньої карти, тобто шляху, який має пройти будь-який пацієнт від моменту виявлення в нього туберкульозу і до моменту повного одужання, а також оптимальної інфраструктури і логістики цього процесу.

Наразі в Україні пілотні проекти запровадження амбулаторних моделей лікування туберкульозу відбувається в Дніпропетровській, Вінницькій, Херсонській, Миколаївській, Полтавській областях та місті Києві. З причин



відсутності нормативної бази, яка б врегульовувала запровадження амбулаторної моделі лікування туберкульозу, всі ці моделі є достатньо самобутніми, в той же час простежується деякі їх спільні риси, що дозволяє виділити певні основні аспекти, на яких робиться наголос.

Перше. Це інтеграція протитуберкульозної служби та ЦПМСД з метою організації надання амбулаторної допомоги на базі амбулаторій за місцем проживання хворих (розгорнуті ДОТ-кабінети).

Друге. Це встановлення діагнозу, призначення лікування та надання рекомендацій щодо організацій лікування на всіх етапах.

Третє. Це узгодження з пацієнтом місця амбулаторного лікування та підписання із ним інформованої згоди на участь в проекті амбулаторного лікування.

Четверте. Це направлення пацієнтів до місця амбулаторного лікування, консультивання пацієнтів, навчання пацієнтів та їх оточення заходам інфекційного контролю.

П'яте. Запровадження системи різних форм надання протитуберкульозних послуг, а саме: стаціонарне лікування, амбулаторії ЦПМСД, ДОТ-кабінети протитуберкульозних закладів, денні стаціонари протитуберкульозних закладів, патронаж волонтерів ТЧХУ, мобільні бригади для обслуговування стаціонарів на дому, сайти ЗПТ.

### **Основні результати (по кожному регіону окремо).**

**Миколаївська область.** Охоплено 80,3% хворих на туберкульоз соціальною підтримкою на амбулаторному етапі лікування. Значне зменшення перерв в лікуванні з 6,8% у 2013 році до 2,7% у 2015 році. Значне покращення моніторингу лікування згідно стандарту затвердженого наказом МОЗ України від 04.09.2014 року № 620. Покращення охоплення ВААРТ хворих з ВІЛ/ТБ – 80,5%. Зменшення смертності від туберкульозу за 2015 рік на 14,1%. Очікуваний результат підвищення ефективності лікування

**Вінницька область.** Наближено допомогу до хворого: ліки отримує за місцем проживання, нема потреби доїжджати в тубкабінет для їх отримання. В ЛПЗ первинного рівня є можливість ін'єкційного введення ПТП у відповідності до вимог сан-епідежиму. Зменшення зарплатного компоненту витрат на туберкульоз за рахунок скорочення штату патронажних медсестер по туберкульозу. Медпрацівник ПМСД при отриманні ліків індивідуально інструктується фтизіатром. Знизився %% перерв лікування серед ВДТБ МБТ+ з 8,2% (2011) до 4,7% (2014); летальність – з 11,4% (2011) до 8,9% (2014). Зменшився %% перерв лікування серед МРТБ-хворих з 25,7% (2010) до 10,8% (2013), частка летальних випадків і невдач лікування разом знизилась з 57% до 51,0%. Скорочені 125 ліжок в туберкульозних стаціонарах.

**Полтавська область.** На початку впровадження пацієнт-орієнтованого підходу одразу розпочали амбулаторне лікування 29,0%, а ефективність лікування становила 38,0%, то в даний час відповідно 43,0% та 42,0%..

**Херсонська область.** Ефективність лікування зросла із 69,3 у 2011 році до 82,4% у 2014 році.

### **Існуючі медико-соціальні ризики та бар'єри (за формулюванням пілотних регіонів):**

1. В Києві мобільна бригада завершила свою роботу через дороговартість її функціонування.
2. Відсутність цільового фінансування ПТЗ (Київ).
3. Відсутність соціальної підтримки хворих (Київ).
4. Поширеність МРТ та ВІЛ/СНІД (Київ).
5. Міграційні процеси (Київ).
6. Відсутність нормативної бази, яка б врегульовувала механізм перерозподілу коштів внаслідок їх вивільнення через оптимізацію ліжкового фонду (Київ).
7. Відсутній алгоритм передачі лікарських засобів від ПТД до організації (особи) що безпосередньо здійснює контрольоване лікування (Дніпропетровська).
8. Відсутній на центральному рівні алгоритм ведення хворого на туберкульоз в амбулаторних умовах ( на всіх рівнях надання медичної допомоги) (Дніпропетровська).
9. Неукомплектованість штатних посад закладів ПМСД, відсутність мотивації щодо лікування хворих на ТБ (Дніпропетровська).
10. Неможливість використання вивільнених коштів при скороченні ліжкового фонду на здійснення супроводу пацієнта (заробітну платню, підтримку пацієнта, харчування під час амбулаторного лікування тощо) (Дніпропетровська).
11. Відсутність шатної одиниці соціального працівника в ПТД на постійній основі.
12. Відсутність алгоритму роботи в осередках інфекції (ТБ), ведення контактних осіб згідно кращих міжнародних практик та рекомендацій (Дніпропетровська).
13. Проблеми кадрового забезпечення закладів першого рівня (Миколаївська).
14. Відсутній досвід роботи з асоціальними хворими, стигматизація медичних працівників першого рівня (Миколаївська).
15. Негативне ставлення хворого до свого стану (важкі матеріально побутові умови життя, непрацюючі, прибулі з місць позбавлення волі, особи без постійного місця проживання) (Миколаївська).
16. Тривалість лікування хворих на туберкульоз (Миколаївська).
17. Виникнення побічних дій ПТП та недостатність препаратів для їх усунення (Миколаївська).
18. Необхідність застосування ін'єкційних ПТП в ІФ (Миколаївська).
19. Лікування супутніх захворювань, наркоманії, алкоголізму (Миколаївська).

20. Низькі знання по наданню протитуберкульозної допомоги медичних працівників ПСМД, ТЧХ, волонтерів тощо (Миколаївська)

21. Низька прихильність до лікування хворого. Негативне ставлення до стану здоров'я (Миколаївська).

22. Відсутність відшкодування транспортних витрат для хворого на щоденні доїзди до медичного закладу або медичного працівника – до хворого (Миколаївська).

23. Розшук хворого при перервах в лікуванні (Миколаївська)

24. Необхідність ін'єкційного введення ПТП при віддаленості медичного закладу (Миколаївська).

25. Необхідність забору та транспортування біоматеріалу для забезпечення моніторингу лікування Миколаївська)

26. В нормативних актах Мінсоцполітики про перелік осіб і хвороб, при яких особа має право на супровід соціальним працівником, туберкульоз не зазначений як причина для надання послуг( Вінницька).

27. Примусове лікування хворого, що злісно ухиляється від лікування без вагомих причин, повинно розглядатись як захід колективної безпеки, а не підхід до лікування окремої особи. Йдеться про порушення прав громади на безпечне оточуюче середовище (Вінницька).

28. Формула обчислення зарплати середнього медперсоналу первинної ланки не передбачає мотивацію щоденного супроводу хворого на туберкульоз (Вінницька).

29. Відсутність фінансування з місцевих бюджетів на амбулаторне лікування (мотивування хворого, транспортування бактеріовиділювача в туберкульозний заклад вищого рівня, транспортування мокротиння тощо) Вінницька).

30. Низький рівень знань медпрацівників щодо туберкульозу.(Вінницька)

31. Відсутність загальнонаціональної нормативної бази про організацію амбулаторного лікування (Вінницька).

32. Відсутність коштів у пацієнтів на проїзд до лікаря на вторинному або третинному рівні. (Полтавська)

33. Складнощі організації лікування соціально-дезадаптованих хворих (Полтавська).

34. Низький рівень інформаційного охоплення груп ризику та загального населення з питань лікування туберкульозу, економічної вигоди і безпечності амбулаторного лікування.

Пропонується сконцентрувати увагу на вирішенні тих проблемних питань, які перешкоджають більш успішному запровадженню амбулаторних моделей.

## Пропозиції:

1. Міністерству охорони здоров'я України розробити нормативну базу, що забезпечить врегулювання амбулаторної моделі лікування туберкульозу.

2. Кабінету Міністрів України зробити розрахунок бюджетних витрат, що забезпечить впровадження амбулаторної моделі лікування туберкульозу.

3. Міністерству охорони здоров'я України та іншим зацікавленим сторонам забезпечити розробку комплексу документів, щодо підвищення рівня знань по наданню протитуберкульозної допомоги медичних працівників центрів первинної медико-санітарної допомоги.

4. Міністерству охорони здоров'я України спільно із Національним інститутом фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського розробити навчальний курс для медичних та соціальних працівників щодо лікування хворих на туберкульоз в амбулаторних умовах.

5. Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству соціальної політики України, Національному інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф.Г. Яновського спільно із зацікавленими неурядовими організаціями розробити заходи щодо забезпечення підвищення рівня прихильності хворих на туберкульоз до лікування на амбулаторній моделі лікування шляхом надання ефективної соціальної та психологічної допомоги.

6. Міністерству охорони здоров'я України, Міністерству фінансів України та Міністерству соціальної політики України розробити порядок надання пацієнт-орієнтованих послуг хворим на туберкульоз, в тому числі відшкодування транспортних витрат для хворого в процесі проходження амбулаторного лікування на щоденні доїзди до медичного закладу або медичного працівника – до хворого та оптимізацію наближення медичних послуг до населення.

7. Міністерству охорони здоров'я України розробити пропозиції щодо покращення ретельного обліку побічних дій при лікуванні туберкульозу та узагальненню цих даних і врахуванні при лікуванні під час проходження амбулаторного лікування.

8. Технологічно вирішити проблему забору та транспортування біоматеріалу під час амбулаторного лікування.

9. Міністерству охорони здоров'я України спільно із Міністерством фінансів України розробити порядок щомісячного матеріального стимулювання медпрацівників, які лікують хворих на туберкульоз, а також розмір однократної премії за кожен випадок успішного завершення лікування під час амбулаторного лікування.

10. Міністерству охорони здоров'я України спільно з Міністерством соціальної політики України визначити перелік послуг та надавачів послуг соціального характеру, які може отримати хворий на туберкульоз під час амбулаторного лікування..

11. Міністерству охорони здоров'я України запровадити систему тренінгів для медпрацівників первинної мережі з питань виявлення туберкульозу та організації його лікування на амбулаторному етапі.

12. Міністерству охорони здоров'я України та Міністерству соціальної політики України розробити положення про введення посад психолога у кожному центрі первинної медико-санітарної допомоги

13. Запропонувати місцевим органам влади в процесі розробки обласних програм протидії туберкульозу на 2017-2020 роки, передбачити фінансування інституційної підтримки місцевих представництв всеукраїнської Асоціації людей, що постраждали від туберкульозу.

14. Місцевим органам влади розробити та впровадити ефективну модель соціально – психологічної підтримки хворих на туберкульоз, з урахуванням амбулаторного лікування.

15. Місцевим органам влади розробити порядок медико-соціального супроводу пацієнтів із соціально вразливих груп населення.

16. На національному та регіональному рівнях розробити Програми інформаційного забезпечення протидії захворювання на туберкульоз, в тому числі щодо створення умов для переходу на амбулаторне лікування.



Публикация данного материала стала возможной благодаря гранту, предоставленному в рамках проекта TB-REP, который финансирует Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией и реализует Центр PAS в качестве Основного реципиента. Мнение автора (авторов), высказанное в данной публикации, может не совпадать с мнением ГФ, Основного реципиента и других партнеров проекта TB-REP