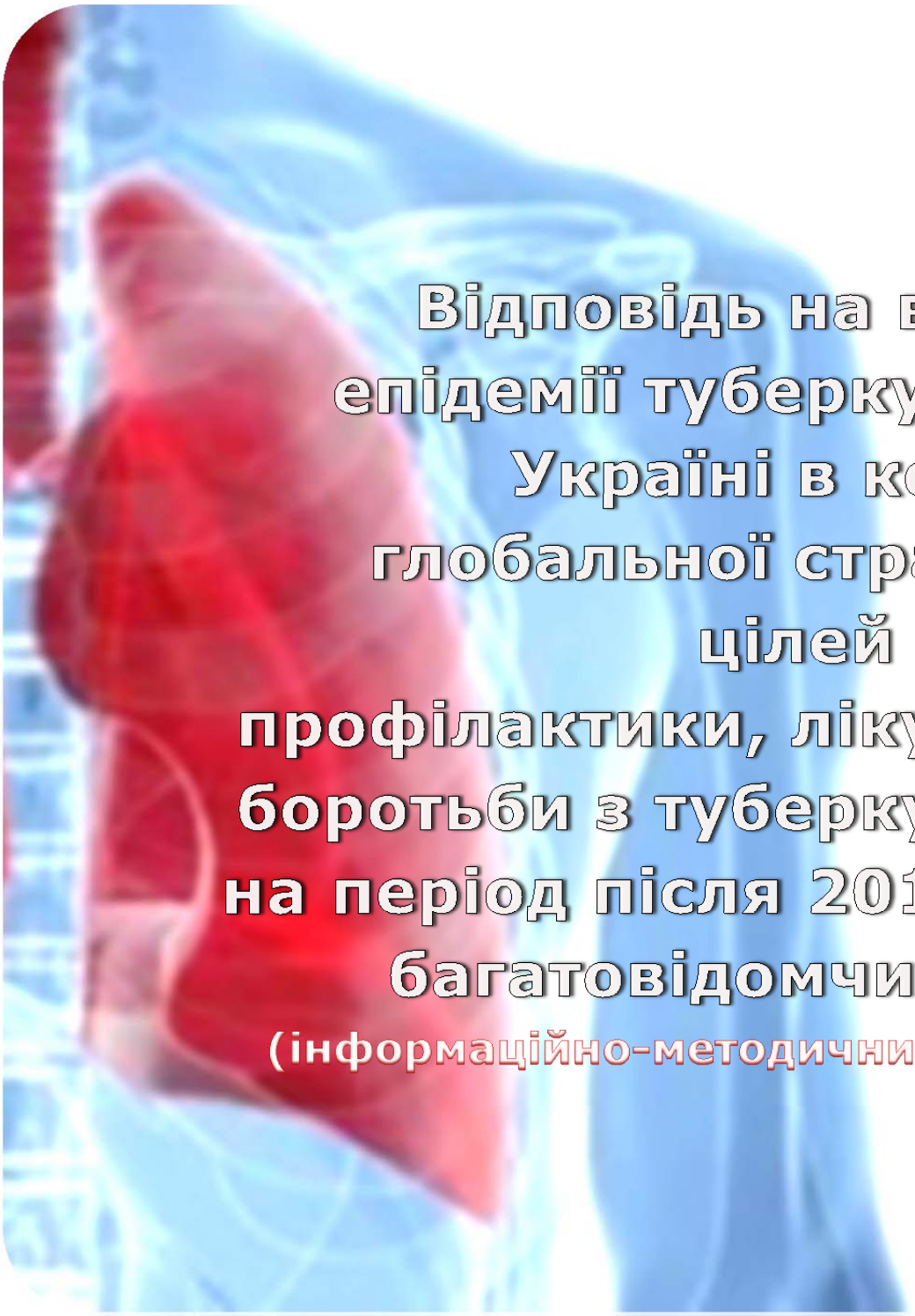


Відповідь на виклики епідемії туберкульозу в Україні в контексті глобальної стратегії та цілей в галузі профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року: багатовідомчий підхід

(інформаційно-методичний посібник)

БО «Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу»

Київ, 2019

Відповідь на виклики епідемії туберкульозу в Україні в контексті глобальної стратегії та цілей в галузі профілактики, лікування і боротьби з туберкульозом на період після 2015 року: багатовідомчий підхід (інформаційно-методичний посібник). – К., 2019. – 49 с.

Авторський колектив: В. Руденко (координатор), С. Борткевич (автор і розробник ідеї), магістр управління, І. Горбасенко, кандидат психологічних наук, В. Пилипенко, кандидат історичних наук, Н. Кожан, кандидат медичних наук.

Наукові рецензенти: І. Хожило, доктор наук у галузі державного управління;
А. Царенко, кандидат медичних наук.

Посібник адресований органам центральної та регіональної виконавчої влади, місцевого самоврядування, закладам первинної медичної допомоги, загальному населенню, засобам масової інформації, всім заінтересованим у вирішенні проблеми туберкульозу в Україні.

Адреса редакційної колегії:

Благодійна організація
«Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу»

м. Київ, вул. Керченська, 5, оф. 1
e-mail: stoptb@ukr.net
http://stoptb.org.ua

© Благодійна організація «Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу»

ЗМІСТ

ВСТУП 4

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ 6

1. ЩО ТАКЕ ТУБЕРКУЛЬОЗ 9

2. ТУБЕРКУЛЬОЗ В СВІТІ ТА В УКРАЇНІ 10

3. ЩО ТАКЕ ГЛОБАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ТА ЦІЛІ В ГАЛУЗІ ПРОФІЛАКТИКИ, ЛІКУВАННЯ І БОРОТЬБИ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ НА ПЕРІОД ПІСЛЯ 2015 РОКУ 16

4. ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ: ВИЗНАЧЕННЯ26

5. ЧОМУ ЧИННА ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТБ В УКРАЇНІ НЕ Є ЕФЕКТИВНОЮ? 27

6. ВАРІАНТИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ 30

7. ПРОПОНОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ 31

8. ЩО МАЄ БУТИ ЗРОБЛЕНО ДЛЯ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ? 35

9. КОНЦЕПЦІЯ ЗАГАЛЬНОДЕРЖАВНОЇ І РЕГІОНАЛЬНОЇ МІЖВІДОМЧОЇ ТА МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ КООРДИНАЦІЇ ДІЯЛЬНОСТІ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ТБ. ДОРОЖНЯ МАПА 40

ОСНОВНІ ВИСНОВКИ 44

ДЖЕРЕЛА 48

Вступ

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров’я (ВООЗ), щороку в світі на туберкульоз захворюють близько 10 млн осіб, в тому числі в Україні – понад 20 тис. ВООЗ вважає туберкульоз найбільш небезпечною хворобою серед усіх інфекційних і паразитарних хвороб. Для того, щоб зупинити епідемію туберкульозу, потрібне подальше розширення масштабів і рівня охоплення заходами лікування і профілактики туберкульозу, розробка систем і політики для створення сприятливих умов і поділу відповідальності; а також активна розробка і використання нових засобів лікування та профілактики туберкульозу на основі цілеспрямованих наукових досліджень та інновацій. Про це заявила ВООЗ на своїй 67-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, яка відбулася в Женеві в травні 2014 року.

Нова світова стратегія протидії епідемії туберкульозу до 2035 року передбачає конкретні дії на трьох рівнях стратегічного керівництва в тісній взаємодії з усіма заінтересованими сторонами і за участю місцевих громад.

Необхідно далі зміцнювати і розширювати заходи надання допомоги при туберкульозі і боротьби з ним з тим, щоб вони включали профілактику захворювання. З цією метою слід підняти рівень керівництва діяльністю по боротьбі з туберкульозом всередині країн на більш високий рівень охорони здоров'я. Це необхідно для здійснення скоординованих дій з багатьох напрямків і досягнення трьох чітко поставлених цілей: 1) забезпечення загального доступу до раннього виявлення та належного лікування всіх хворих на туберкульоз; 2) введення в дію заходів політики та систем в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, що сприяють ефективному лікуванню і профілактиці туберкульозу; і 3) інтенсифікація наукових досліджень для розробки і застосування нових технологій, засобів і підходів, що дозволяють домогтися елімінації туберкульозу.

Перспективне бачення стратегії боротьби з туберкульозом на період після 2015 р полягає в забезпеченні «світу, вільного від туберкульозу», а її метою є зупинити глобальну епідемію туберкульозу.

Діяльність в рамках Глобальної стратегії охоплює як сектори охорони здоров'я та соціального забезпечення, так і інші сектори, включаючи фінанси, працю, торгівлю і розвиток. Відповідальність за керівництво цією діяльністю повинні розділяти органи державної влади на всіх рівнях – місцевому, територіальному і центральному.

Жодна глобальна стратегія не може бути застосовна так само за будь-яких обставин в різних країнах, або в рамках однієї країни. Стратегія боротьби з туберкульозом повинна бути адаптована до умов різних країн на основі всебічного національного стратегічного плану.

Втім, ефективна політика у сфері протидії туберкульозу повинна передбачати поділ обов'язків, тобто включати заходи національних протитуберкульозних програм і поза ними з охопленням різних міністерств і департаментів. Такі дії спрямовані на задоволення медичних і немедичних потреб людей, хворих на туберкульоз, а також

допомагають здійснювати профілактику туберкульозу. ВООЗ закликав визнати туберкульоз однією з соціальних проблем, що заслуговує на пріоритетну увагу. Зазначена стратегія також передбачає дії поза межами сектора охорони здоров'я, які можуть допомогти запобігти туберкульозу за допомогою впливу на соціальні детермінанти, що лежать в його основі. Запропоновані практичні заходи включають зменшення рівня бідності, забезпечення продовольчої безпеки та поліпшення умов життя і роботи, а також заходи, спрямовані на подолання безпосередніх факторів ризику, таких як боротьба з тютюнопалінням, скорочення надмірного вживання алкоголю, надання допомоги при захворюванні на діабет та профілактика діабету.

Таким чином, успіх досягнення мети і завдань Глобальної стратегії вимагає багатогалузевого і багатосекторального підходу і буде залежати не від діяльності міністерства охорони здоров'я, а й інших міністерств, включаючи міністерства фінансів, праці, соціального забезпечення, житлово-комунального господарства, гірничої справи, сільського господарства тощо.

Незважаючи на те, що Глобальна стратегія була затверджена ще у 2014 році, в Україні такий багатогалузевий і багатосекторальний підхід не застосовувався до 2018 року.

У пропонованому інформаційно-методичному посібнику розповідається про те, що має бути зроблено в Україні для того, щоб на основі застосування багатогалузевого і багатосекторального підходу зробити державну політику у сфері протидії туберкульозу більш ефективною, а також про досвід застосування такого підходу в ряді регіонів України.

Словник термінів

Туберкульоз	соціально небезпечна інфекційна хвороба, що викликається мікобактеріями туберкульозу
Протитуберкульозні заходи	комплекс соціально-економічних, організаційних, лікувально-профілактичних, санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів щодо захисту населення від туберкульозу, спрямованих на профілактику, виявлення, діагностику, лікування та реабілітацію хворих на туберкульоз.
Хворий на заразну форму туберкульозу	хворий на туберкульоз, у мокротинні якого виявляються мікобактерії туберкульозу, який є джерелом інфекції для осіб, які з ним контактують.
Мультирезистентний туберкульоз	форма туберкульозу, що стійка до щонайменше двох найбільш ефективних протитуберкульозних препаратів. Це означає, що ці антибіотики не будуть ефективно діяти та вбивати бактерію.
Бактеріовиділення	До бактеріовиділювачів належать хворі, в яких мікобактерії туберкульозу виявлені будь-яким методом дослідження, навіть одноразово, але за наявності клініко-рентгенологічних даних, що свідчать про активність процесу. За відсутності явного джерела бактеріовиділення необхідне двократне виявлення мікобактерій туберкульозу будь-яким методом.
Багатогалузевий і багатосекторальний підхід	Спосіб організації державних заходів щодо запобігання розвитку туберкульозу та інших соціально небезпечних хвороб коли сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення поділена між центральними та відповідними місцевими органами виконавчої влади, які безпосередньо і не

	належать до медичної галузі (охорони здоров’я), а є керованою іншими відомствами. наприклад, у сфері соціального захисту,освіти, охорони природи, сільського господарства, енергетики, надзвичайних ситуацій, внутрішніх справ тощо. При цьому, галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на ТБ продовжує здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Ефективне державне управління у сфері соціально небезпечних хвороб має ґрунтуватись на розвиткові горизонтальних зв’язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства.
Соціальна профілактика туберкульозу	комплекс соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо, спрямованого на створення умов, що унеможливлюють появу нових випадків інфікування ТБ, 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 ТБ 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.
Концепція загальнодержавної і	рамковий документ, спрямований

регіональної міжвідомчої та міжсекторальної координації діяльності в сфері протидії епідемії туберкульозу. Дорожня мапа.	на створення сприятливих суспільно-політичних умов для всебічного захисту населення України від ТБ, забезпечення ефективного державного контролю епідемічної ситуації, скорочення рівня захворюваності, поширеності та смертності від цієї особливо небезпечної соціальної інфекційної хвороби, подолання соціально-економічних, політичних, медичних, культурних та інших чинників і наслідків епідемії ТБ в Україні. Концепція вперше за час епідемії ТБ в України, пропонує розглядати протидію ТБ не як систему медичних заходів, а як складну комплексну політичну, управлінську, економічну, соціальну, медичну, гуманітарну, культурну тощо проблему, вирішення якої лише медичними засобами та галузевим медичним управлінням не є ефективним.

1. Що таке туберкульоз

Туберкульоз (ТБ) – це інфекційне захворювання, яке поширюється повітряно-крапельним шляхом. ТБ викликається бактерією, яка зазвичай вражає легені, але також може вразити і інші органи.

Паличка Коха – збудник захворювання на ТБ – не розрізняє соціального статусу і з однаковою ефективністю заражає бідних і багатих. Високий темп життя, інформаційний пресинг, постійний «брак часу», а, отже, нерегулярне і незбалансоване харчування – це все стресові моменти, які призводять до зниження захисних сил організму і сприяють розвитку захворювання. Разом з тим, ТБ, безумовно, соціальна хвороба, адже безпосередньо залежить від способу життя населення, якості харчування та інших факторів. Складне соціально-економічне становище України, безробіття, велика кількість людей, які не можуть повноцінно харчуватися, стреси, соціальна не облаштованість – все це істотно підвищує ризик зараження і розвитку ТБ.

2. Туберкульоз в світі та в Україні

Близько однієї третини населення світу інфіковано бактерією ТБ, втім хвороба розвивається не у всіх інфікованих людей. Підвищеному ризику розвитку ТБ піддаються люди з ослабленою імунною системою. Так, ймовірність розвитку активного ТБ у людини з ВІЛ приблизно в 26–31 разів вище.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), щороку в світі на ТБ захворюють близько 10 млн. осіб. За офіційними відомостями, в Україні у 2017 році було виявлено близько 22 тис. нових випадків захворювання на ТБ, а померло від нього 3735 чоловік.

Епідемію ТБ в Україні оголошено в 1995 році. Відтоді минуло більше 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 ТБ, правові, організаційні та фінансові засади діяльності держави, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на ТБ, забезпечення медичної допомоги хворим на ТБ 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 ТБ невпинно зростав і піднявся з позначки 41,6 випадків до 68,6 випадків на 100 тис. населення, тобто збільшився у 1,6 рази, а поширеність і смертність від ТБ – майже в 1,3 рази. Найвищого рівня захворюваність на ТБ сягнула у 2005 році і становила 84,1 випадок на 100 тис. населення. Тоді ж і смертність від ТБ встановила свій найвищий рівень із позначкою 25,3 на 100 тис. населення. За таких обставин неконтрольованого поширення захворюваності на ТБ, 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 ТБ на 42,0%. Станом на 2000 рік в Україні було 60,2 випадків захворювання на ТБ на 100 тис. населення. Це означає, що до 2015 року захворюваність на ТБ 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 ТБ 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 ТБ, населення України зменшилося на 6,3 млн. чоловік, в той же час суттєво погіршився показник, що вказує на кількість хворих на ТБ, що припадає на загальну кількість населення. Якщо у 1995 році 1 особа, що захворіла на ТБ, 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.

Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих по медичну допомогу; пізнє виявлення ТБ та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності від ТБ і є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії захворюванню. Україна входить до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного ТБ (МРТБ). В умовах соціально-економічної кризи, яка поглиблюється через військовий конфлікт на Сході країни, прогнозується погіршення епідемічної ситуації з ТБ, що потребуватиме проведення додаткових організаційних заходів та фінансових витрат.

Надзвичайно високий рівень поширеності ТБ в Україні зумовлений наявністю тут низки соціально-економічних проблем – факторів ризику та окремих верств населення – так званих групи ризику захворювання на ТБ, які утворилися в суспільстві внаслідок не вирішення зазначених проблем упродовж тривалого часу. Робота з виявлення, визначення чисельності та профілактика серед груп ризику захворювання на ТБ в Україні практично не здійснюється. До так званих груп ризику включаються ті категорії населення, які легше обстежити. 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 ТБ в суспільстві в цілому, не стимулює їх до уваги стосовно ТБ в інших суспільних середовищах.

Головними з проблем, що сприяють поширенню ТБ та утворюють групи ризику є занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, соціальна дезадаптованість, збіднілість, неякісне і незбалансоване харчування та незадовільні житлово-побутові умови значних прошарків населення, масове безробіття та внутрішня і неконтрольована зовнішня міграція, криміналізація суспільства та величезна кількість людей, які знаходяться під вартою, занепад системи соціального захисту та забезпечення, наявність шкідливих виробництв та небезпечних професій, занепад системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень значних верств населення та ряд інших. З упевненістю можна говорити, що в суспільстві утворився значний, причому досі не облікований та не контрольований державою прошарок населення спосіб життя якого створює можливості для захворювання на туберкульоз. Сюди можна віднести осіб, які знаходяться за межею бідності, бездомних, наркозалежних, ВІЛ-інфікованих, осіб, які знаходяться під вартою або звільнилися з 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 ТБ. Тому ТБ, в першу чергу, проблема політична та соціально-економічна.

За даними ВООЗ, в Україні розрахункові поширеність і захворюваність на ТБ з 2007 р. мають тенденцію до зниження щорічно в середньому на 4,4% і 3,3%, відповідно. Втім, виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно. 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.

За розрахунками ВООЗ, у 2016 році захворюваність на ТБ в Україні знаходиться на рівні 87 випадків на 100 тис. населення, проте за даними рутинного епіднагляду захворюваність на нові випадки разом з рецидивами за період з 2011 року має тенденцію до зниження із середньорічним темпом зниження на – 2,9%. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляється близько 22,5% випадків захворювання на ТБ, що сприяє подальшому поширенню ТБ серед населення. Навіть якщо вважати дані ВООЗ лише оціночними, то і половини своєчасно невиявлених випадків захворювання на ТБ 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 ТБ.

У 2016 р. захворюваність на ТБ, що включає нові випадки та рецидиви, серед усього населення України, становить 67,6 на 100 тис. населення, зареєстровано 28800 випадків (2015 р. – 70,5 – 30151 випадків) – зниження рівня захворюваності на 4,1%. Водночас, сучасна світова тенденція щодо ТБ характеризується зниженням рівня захворюваності на ТБ із середнім темпом 1,5% на рік. З урахуванням зазначених вище політичних, соціальних, економічних та медичних проблем, такі темпи скорочення рівня захворюваності на ТБ в Україні виглядають досить сумнівними.

За офіційними відомостями, станом на 01.01.2017 р., на обліку в протитуберкульозних закладах системи МОЗ України та під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я перебувало 34966 хворих на всі форми активного ТБ (у 2015 році – 36228). Показник поширеності ТБ складав 82,1 на 100 тис. населення проти 84,7 в 2015 році та став на 3,1% нижче.

Найвищі рівні поширеності ТБ реєструвались в Одеській (157,5 на 100 тис. населення), Миколаївській (130,3), Херсонській (115,0), Дніпропетровській (114,3) областях. В порівнянні з 2015 роком найвищий темп зростання рівня поширеності ТБ був у Одеській (на 15,2%), Луганській (11,8%) областях. Найвищий темп зниження поширеності – у Чернівецькій області (28,0%).

Темп зниження рівня захворюваності міських жителів вищий ніж сільських жителів, що свідчить про низьку доступність послуг з виявлення та лікування ТБ серед сільських жителів. Протягом останніх

п’яти років захворюваність на ТБ чоловіків у 2–2,5 рази перевищує рівень захворюваності на ТБ серед жінок. Частка чоловіків постійно перевищує частку жінок у загальній структурі захворюваності на ТБ. Така тенденція спостерігається в усіх вікових групах населення. Серед осіб, які захворіли в 2016 році на ТБ, чоловіки становлять 70,1%, причому частка чоловіків в загальній структурі хворих у вікових групах зростає.

Проблема хіміорезистентного ТБ (ХРТБ) є однією з найактуальніших в Україні. ХРТБ, як особливу форму ТБ, почали виділяти з 1990-х років, коли в усьому світі відбулося зростання частоти медикаментозної резистентності збудника ТБ до найактивніших протитуберкульозних препаратів (ізоніазиду й рифампіцину) і значне зниження результатів лікування, зростання смертності від ТБ при застосуванні існуючих методів лікування. Загальна кількість зареєстрованих хворих, у яких діагноз МРТБ підтверджено вперше у житті, в Україні за 2016 рік склала 7778 випадків, проти 8440 за 2015 рік. Показники на 100 тис населення відповідно 18,3 проти 19,7. В цілому по регіонах кількість виявлених хворих зменшилася, проте в ряді регіонів спостерігається збільшення кількості виявлених випадків МРТБ, а саме в Луганській області (на 55 випадків), Запорізькій (35 випадків), Харківській (34 випадки), м. Києві (30 випадків), та не значне збільшення в Донецькій, Житомирській, Миколаївській та Рівненській областях. Низький рівень виявлення випадків МРТБ Україні (показник зареєстрованих випадків на 14,0% нижче розрахункової кількості) пов’язаний з порушенням алгоритму діагностики та виявлення ТБ на рівні областей.

Найбільш високі показники захворюваності на МРТБ зареєстровано в Миколаївській (41,0), Херсонській (30,5), Дніпропетровській (30,2), Одеській (30,1 на 100 тис населення) областях.

Спостерігається тенденція до зниження рівня смертності від ТБ в Україні з середнім річним темпом зниження за останні 10 років – 8,1%. У 2016 році порівняно з 2015 роком рівень смертності від ТБ знизився на 12,0% та склав 9,5 проти 10,8 на 100 тис. населення.

Найвищий рівень смертності від ТБ зареєстровано у Луганській області, де він в 1,87 рази перевищує середній рівень смертності в Україні і становить 17,8; найнижчий рівень смертності зареєстровано в м. Київ – 5,8 на 100 тис. населення.

Втім, слід зазначити, що статистичні дані про кількість померлих від ТБ мають тенденцію до заниження. Так, наприклад, за свідченням академіка Ю. І. Фещенко, всі випадки смерті від ко-інфекції ТБ/ВІЛ реєструються внаслідок СНІД, а не ТБ. Як зазначає автор у статті «Ситуація з туберкульозом в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення», така ситуація може давати привід для штучного заниження рівня захворюваності на ТБ. Не слід скидати з рахунків і ту обставину, що випадки ТБ, виявлені посмертно у осіб, у яких туберкульоз не був своєчасно встановлений прижиттєво, можуть бути представлені (і очевидно переважно представляються) як випадки смерті внаслідок інших причин. Така тенденція не спостерігалася на початку епідемії ТБ,

отже, показники смертності від ТБ в останні роки можуть бути визнані істотно заниженими.

Помітне скорочення статистичних показників смертності від ТБ пояснюється також шляхом його порівняння з загальною смертністю населення, яка також має тенденцію до скорочення.

Захворюваність на ТБ/ВІЛ залишається чинним рушійним фактором у розвитку епідемії ТБ в Україні. Зареєстровано 5622 випадків захворювання ТБ/ВІЛ (нові випадки та рецидиви) проти 5572 в 2015 році, інтенсивний показник на 100 тис. населення 13,2 проти 13,0 – зростання рівня захворюваності на 1,5%

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

Щороку в Україні виліковується менше 60,0% хворих з новими випадками ТБ з бактеріовиділенням, частина вмирає, проте більше 20,0% хворих з невдалим або перерваним лікуванням поповнюють вогнище інфекції серед популяції населення. Зазначені результати лікування хворих на ТБ є найгіршими серед країн Східної Європи. За критерієм ВООЗ, відсоток виявлення нових випадків ТБ, позитивних за мазком повинен становити не менше 70,0%, а ефективність лікування нових випадків ТБ, позитивних за мазком – не менше 85,0%, адже лише за таких обставин переривається ланцюг передачі інфекції, що призводить до зниження захворюваності і смертності від ТБ. За експертними оцінками фахівців Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського, така ситуація призведе в найближчому майбутньому до підвищення рівня захворюваності на ТБ за рахунок МРТБ. Хворий на відкриту форму ТБ 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 ТБ.

На основі аналізу епідемічної ситуації, проведеної фахівцями згаданої наукової установи, може бути зроблений наступний довгостроковий прогноз можливих тенденцій розвитку епідемічної ситуації щодо ТБ в Україні. Прогноз захворюваності й смертності від ТБ в Україні залежить від соціально-економічних умов у країні (чим кращі, тим менші показники ТБ), ситуації з ВІЛ-інфекцією (чим вона краща, тим менші показники ТБ), поширеності ХРТБ (чим вона менша, тим менші показники захворюваності і смертності від ТБ). Комплексний підхід на основі аналізу результатів досліджень епідемічної ситуації з туберкульозу за період 2005–2015 рр., оцінки динаміки захворюваності на МРТБ та ко-інфекцію ТБ з ВІЛ, ефективності профілактичних заходів, забезпеченості

протитуберкульозними препаратами закладів, стану функціонування протитуберкульозної служби дозволяють зробити прогноз щодо динаміки захворюваності та смертності від туберкульозу на 10 років до 2025 р.:

– при соціально-економічних умовах в Україні гірших, аніж сьогодні, і/або неприборкані епідемії ВІЛ-інфекції і/або рості ХРТБ, захворюваність ТБ через 10 років може збільшитися в 2 рази, а смертність – в 2,5 рази;

– при соціально-економічних умовах в країні таких самих, як сьогодні, при такому ж стані з ХРТБ та з епідемією ВІЛ/СНІД, захворюваність і смертність від ТБ може хвилеподібно коливатися з повільною тенденцією до стабілізації та зменшення;

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

3. Що таке Глобальна стратегія та цілі в галузі профілактики, лікування і боротьби із туберкульозом на період після 2015 року

(далі – Глобальна стратегія)

Для того, щоб зупинити епідемію ТБ, буде потрібно подальше розширення масштабів і рівня охоплення заходами лікування і профілактики ТБ; розробка систем і політики для створення сприятливих умов і поділу відповідальності; а також активна розробка і використання нових засобів лікування та профілактики ТБ на основі цілеспрямованих наукових досліджень та інновацій. Про це заявила Всесвітня організація охорони здоров'я на своїй 67-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, яка відбулася в Женеві в травні 2014 року. Для ознайомлення з Глобальних стратегією, далі подаємо витяги з неї українською мовою зі збереженням автентичності оригінального тексту.

Нова світова стратегія протидії епідемії ТБ до 2035 року передбачає конкретні дії на трьох рівнях стратегічного керівництва в тісній взаємодії з усіма заінтересованими сторонами і за участю місцевих громад. Головну роль в цій діяльності відіграють національні програми боротьби із ТБ, які відповідають за координацію всієї роботи, пов'язаної з лікуванням і профілактикою ТБ. Національні уряди повинні забезпечувати загальне керівництво з тим, щоб проблема елімінації ТБ займала важливе місце в порядку денному в області розвитку за допомогою політичної підтримки, інвестицій і загального контролю, домагаючись при цьому прискореного прогресу в досягненні загального охоплення послугами охорони здоров'я і заходами соціального захисту.

Необхідно далі зміцнювати і розширювати заходи надання допомоги при ТБ і боротьби з ним з тим, щоб вони включали профілактику захворювання. З цією метою слід підняти рівень керівництва діяльністю по боротьбі із ТБ всередині країн на більш високий рівень охорони здоров'я в рамках міністерств. Це необхідно для здійснення скоординованих дій з багатьох напрямків і досягнення трьох чітко поставлених цілей: (1) забезпечення загального доступу до раннього виявлення та належного лікування всіх хворих на туберкульоз; (2) введення в дію заходів політики та систем в галузі охорони здоров'я та соціального забезпечення, що сприяють ефективному лікуванню і профілактиці ТБ; і (3) інтенсифікація наукових досліджень для розробки і застосування нових технологій, засобів і підходів, що дозволяють домогтися елімінації ТБ. Три базові елементи глобальної стратегії боротьби з туберкульозом призначені для досягнення цих цілей.

Перспективне бачення стратегії боротьби із ТБ на період після 2015 р полягає в забезпеченні «світу, вільного від ТБ»; воно може бути виражено також як «нульовий рівень смертності,

захворюваності та страждань від ТБ». Метою є зупинити глобальну епідемію ТБ.

В рамках Глобальної стратегії і цілей в області профілактики, лікування та боротьби із ТБ пропонуються нові амбітні, але здійснимі глобальні завдання для досягнення їх до 2035 року. Вони передбачають зниження смертності від ТБ на 95,0% в порівнянні з 2015 р і забезпечення еквівалентного зниження захворюваності на ТБ на 90,0% з прогнозованого рівня 110 випадків на 100 000 населення в 2015 р до 10 або менше випадків на 100 000 населення до 2035 року. Ці цільові показники відповідають існуючим в даний час низьким рівням захворюваності в деяких країнах Північної Америки, Західної Європи і Західної частини Тихого океану. Додаткове завдання, пропоноване для підтвердження досягнутого прогресу в забезпеченні загального охоплення послугами охорони здоров'я і заходами соціального захисту, полягає в тому, що до 2020 р. не повинно бути жодного випадку катастрофічних витрат у зв'язку з наданням протитуберкульозної допомоги з боку хворих на ТБ або їх сімей.

Основним контрольним показником є зниження смертності від ТБ до 2035 року на 75,0% в порівнянні з 2015 роком. Це зажадає досягнення двох результатів. По-перше, темпи щорічного зниження захворюваності на ТБ в усьому світі повинні збільшитися, в середньому, з 2,0% в 2015 р до 10,0% в 2025 році. Зниження захворюваності на туберкульоз на 10,0% в рік є амбітним, але здійсненним завданням; цей показник був розрахований на основі найвищих темпів зниження захворюваності, документованих на національному рівні в умовах загального доступу до медичної допомоги і швидкого соціально-економічного розвитку в країнах Західної Європи і Північної Америки в другій половині минулого століття. По-друге, частка випадків захворювання на ТБ, що закінчуються летальним результатом (коефіцієнт летальності), повинна скоротитися з прогнозованих 15,0% в 2015 р до 6,5% до 2025 року. За результатами моделювання, швидкий прогрес в досягненні загального доступу до існуючих засобів надання допомоги в поєднанні з соціально-економічним розвитком може привести до зниження смертності від ТБ на 75,0%. Крім того, в результаті наукових досліджень і розробок незабаром очікується поява більш досконалих засобів, таких як експрес-тест за місцем надання допомоги та більш ефективні схеми лікування ТБ, що буде сприяти досягненню контрольних показників.

Досягнення контрольного показника відсутності сімей, які несуть катастрофічні витрати в зв'язку із ТБ, передбачає зведення до мінімуму прямих витрат на медичні цілі, таких як вартість консультацій, госпіталізації, тестів і лікарських препаратів, а також прямих немедичних витрат, наприклад на транспорт, і будь-яких можливих втрат доходів в період отримання медичної допомоги. Для цього необхідно, щоб хворі на ТБ та їх сім'ї мали доступ до належних схем соціального захисту, які покривають або компенсують прямі

немедичні витрати і втрату доходів. При наявності достатньої політичної підтримки витрати, пов'язані із ТБ, можуть бути швидко знижені у всіх країнах, в результаті чого багато країн зможуть досягти цільового показника до 2020 року.

Діяльність в рамках Глобальної стратегії охоплює як сектори охорони здоров'я та соціального забезпечення, так і інші сектори, включаючи фінанси, працю, торгівлю і розвиток. Відповідальність за керівництво цією діяльністю повинні розділяти органи державної влади на всіх рівнях – місцевому, територіальному і центральному. Центральні органи державної влади повинні залишатися «керівником керівників» діяльності по лікуванню і профілактиці ТБ, здійснюваної разом з усіма заінтересованими сторонами.

Успіх Глобальної стратегії на період після 2015 р залежить від ефективного виконання органами влади в тісній співпраці з усіма заінтересованими сторонами своїх основних обов'язків по керівництву, якими є: надання загальної концепції і здійснення керівництва через національну програму боротьби із ТБ і систему охорони здоров'я; збір і використання даних для поступового підвищення якості лікування та профілактики ТБ; і надання впливу через органи регулювання та іншим чином для досягнення заявлених цілей і виконання завдань стратегії.

Тісна співпраця з організаціями громадянського суспільства та місцевими громадами. Важливу роль для прийнятих рішень повинні грати також місцеві спільноти, яких ця проблема торкнулася. Представникам місцевого населення і громадянського суспільства повинна бути надана можливість брати активнішу участь у плануванні та розробці програм, надання послуг і моніторингу, а також в інформуванні, освіті і підтримці пацієнтів та їх сімей, проведенні наукових досліджень і пропагандистсько-роз'яснювальної роботи. З цією метою має бути забезпечено тісну співпрацю між усіма заінтересованими сторонами. Таке об'єднання партнерів може сприяти як доступу людей до високоякісної допомоги, так і створенню необхідних ним високоякісних служб. Об'єднання партнерів на національному рівні може також сприяти посиленню боротьби з факторами, що визначають розвиток епідемії ТБ.

Лікування і профілактика ТБ створюють дилеми етичного характеру. Національні програми боротьби із ТБ повинні визнавати їх і вирішувати з належним урахуванням відповідних етичних цінностей. До них можуть відноситися, наприклад, конфлікт між інтересами суспільства в попередженні передачі хвороби і правами пацієнтів на отримання підтримуючого лікування або відмова від лікування; заходи боротьби зі стигматизацією, пов'язаної з цією хворобою, і дискримінацією тих, хто нею страждає; тривалий характер лікування і проблеми з дотриманням режиму лікування; забезпечення надання послуг, орієнтованих на пацієнта, і зведення до мінімуму ризику інфікування працівників охорони

здоров'я; надання допомоги в тих випадках, коли немає ефективних варіантів лікування; і встановлення пріоритетів в області наукових досліджень і вжиття заходів втручання. При знаходженні шляхів вирішення цих проблем слід керуватися загальновизнаними принципами і цінностями, брати до уваги місцеві цінності і традиції, а також результати обговорень за участю всіх заінтересованих сторін.

Дана Глобальна стратегія покликана забезпечувати дотримання принципу справедливості шляхом виявлення ризиків, потреб і вимог осіб, яких торкається ця проблема, надавати рівні можливості в профілактиці поширення захворювання, рівний доступ до служб діагностики і лікування, а також рівний доступ до заходів, спрямованих на недопущення відповідних соціальних наслідків і катастрофічних економічних витрат. Застосування підходу, заснованого на дотриманні прав людини, розробка і дотримання найвищих етичних стандартів при здійсненні будь-яких дій, а також поступове скорочення і ліквідація нерівностей будуть найкраще сприяти ефективності процесу, використовуваного для виконання завдань і досягнення цілей даної стратегії.

Адаптація стратегії та її мети на рівні країн при глобальній співпраці. Жодна глобальна стратегія не може бути застосовна так само при будь-яких обставин в різних країнах, або в рамках однієї країни. Стратегія боротьби з туберкульозом повинна бути адаптована до умов різних країн на основі всебічного національного стратегічного плану. При встановленні пріоритетності заходів втручання слід брати до уваги місцеві умови, потреби і можливості. Важливе значення матимуть добре знання епідеміології захворювання в конкретній країні, включаючи виявлення осіб підвищеного ризику, розуміння соціально-економічних умов життя вразливих груп населення, а також умов діяльності системи охорони здоров'я, в тому числі в районах з недостатнім рівнем забезпеченості послугами. Після прийняття Глобальної стратегії слід негайно адаптувати її до національних умов і розробити чітке керівництво щодо того, як різні компоненти даної стратегії можуть бути реалізовані, беручи до уваги, якщо це можливо, місцеві дані.

У глобалізованому світі такі хвороби, як ТБ, можуть швидко і широко розповсюджуватися в результаті міжнародних подорожей і торгівлі. Ефективна боротьба із ТБ вимагає тісної співпраці між країнами. Для ефективної співпраці між країнами також необхідні глобальна координація та підтримка, що дозволяє виконувати вимоги Міжнародних медико-санітарних правил (2005 рік) і забезпечувати безпеку в галузі охорони здоров'я. Країни в рамках одного регіону можуть отримувати користь з регіонального співробітництва. Міграція усередині країн і між країнами створює певні проблеми, і для їх вирішення потрібні координація в країнах і транскордонне співробітництво. Глобальна координація має важливе значення також для мобілізації ресурсів з різних багатосторонніх,

двосторонніх і національних джерел для лікування і профілактики ТБ. Доповідь ВООЗ про глобальну боротьбу із ТБ, в якій щорічно наводиться огляд стану справ щодо епідемії ТБ та здійснення глобальних стратегій, демонструє і представляє позитивні результати тісної співпраці та глобальної координації.

Посилення і розширення основних функцій програм боротьби із ТБ. Перший базовий елемент діяльності стосується орієнтованих на пацієнта заходів втручання, необхідних для лікування і профілактики ТБ. Національні програми боротьби із ТБ повинні тісно взаємодіяти і координувати свою діяльність з іншими програмами громадської охорони здоров'я, програмами соціальної підтримки, державними і приватними провайдерами медичної допомоги, неурядовими організаціями, організаціями громадянського суспільства, місцевими громадами та асоціаціями пацієнтів, що дозволить забезпечити надання високоякісного, комплексного і орієнтованого на пацієнта лікування і профілактики в рамках всієї системи охорони здоров'я. Перший базовий елемент діяльності покликаний допомогти країнам рухатися вперед, переходячи від попередніх стратегій до нових стратегій і технологій для забезпечення загального доступу до тестування на лікарську чутливість; розширювати служби по веденню ТБ у дітей; надавати додаткові послуги з надання допомоги на місцях де відсутнє необхідне медичне обслуговування вразливих груп населення; і проводити систематичний скринінг і профілактичне лікування відповідних груп підвищеного ризику. Вся ця діяльність повинна проводитися в партнерстві з відповідними заінтересованими сторонами. Особливу допомогу в підвищенні якості наданої допомоги при ТБ, включаючи матеріально-технічне забезпечення та епіднагляд, може справити використання інноваційних інформаційних і комунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я (електронна охорона здоров'я та мобільна охорона здоров'я).

В рамках першого базового елементу передбачається вирішення наступних основних завдань.

Забезпечення ранньої діагностики ТБ.

Виявлення всіх випадків лікарсько-стійкого ТБ.

Проведення систематичного скринінгу на ТБ в певних групах високого ризику. Тягар невиявленого ТБ в багатьох місцях, особливо в групах високого ризику, великий. Серед осіб з низьким рівнем доступу до служб охорони здоров'я можливі тривалі затримки з постановкою діагнозу ТБ та початком належного лікування. Багато людей з активною формою ТБ не відчувають типових симптомів на ранніх стадіях захворювання. Ці люди можуть не звертатися досить своєчасно за медичною допомогою, а в разі їх звернення вони можуть не направлятися на тестування щодо ТБ. Виявлення груп високого ризику і проведення ретельно спланованого систематичного скринінгу на активну форму захворювання може поліпшити показники раннього виявлення захворювання. Рання діагностика допомагає знизити ризики поширення

ТБ, несприятливих наслідків лікування, небажаних наслідків для здоров'я, а також несприятливих соціально-економічних наслідків цієї хвороби. Особи, які перебували в контакті з хворими на ТБ, особливо діти у віці до п'яти років, люди, що живуть з ВІЛ, та робітники, що піддаються впливу силікатної пилу, повинні завжди проходити скринінг на активний ТБ. Слід виявляти і розглядати можливість проведення в пріоритетному порядку скринінгу інших груп ризику на підставі національних і місцевих даних епідеміологічних досліджень щодо ТБ, потенціалу систем охорони здоров'я, виходячи з наявності ресурсів, а також можливостей забезпечення охоплення виявлених груп ризику. Стратегія проведення скринінгу повинна постійно вивчатися і оцінюватися для перегляду пріоритетності груп ризику, перегляду підходів до проведення скринінгу і, якщо це доцільно, припинення скринінгу. Стратегії проведення скринінгу повинні дотримуватися встановлених етичних принципів щодо скринінгу інфекційних захворювань, повинні забезпечувати захист прав людини і зводити до мінімуму ризик відчуття дискомфорту, болю, стигматизації та дискримінації.

Лікування всіх форм лікарсько-чутливого ТБ. Нова Глобальна стратегія буде націлена на забезпечення надання послуг для ранньої діагностики і належного лікування всіх форм ТБ у людей у всіх вікових групах. Нові заходи політики, які включають використання молекулярної діагностики, допоможе підвищити ефективність ведення хворих, які страждають на ТБ легень з негативним мазком мокротиння та позалегеневий ТБ, а також ТБ у дітей. Основним групам населення, яких торкнулася проблема ТБ та групам ризику з недостатньо високими результатами або ефективністю лікування слід приділяти першочергову увагу для прискорення темпів скорочення випадків смерті, що необхідно для досягнення амбітних цільових показників щодо зниження смертності від ТБ.

Розширення співпраці з програмами боротьби проти ВІЛ. Загальна мета спільної діяльності в області ТБ/ ВІЛ полягає в зменшенні тягаря ТБ і ВІЛ-інфекції серед людей, що піддаються ризику або вже мають обидва ці захворювання. На пов'язаний з ВІЛ ТБ припадає майже чверть всіх випадків смерті від ТБ і чверть всіх випадків смерті, викликаних СНІД. Переважна кількість таких випадків захворювання і смерті відбувається в регіонах країн Африки і Південно-Східної Азії. Всі хворі на ТБ, що мають ВІЛ, повинні пройти антиретровірусну терапію. Комплексне лікування ТБ і ВІЛ збільшує ймовірність отримання хворими на ТБ антиретровірусного лікування, скорочує час до початку лікування і зменшує смертність майже на 40,0%.

Ефективна політика: поділ обов'язків. Другий базовий елемент Глобальної стратегії включає стратегічні дії, які дозволять реалізувати компоненти першого базового елементу за допомогою поділу обов'язків. Вони включають заходи національних протитуберкульозних програм і поза ними з охопленням різних міністерств і департаментів. Такі дії спрямовані на задоволення медичних і немедичний потреб людей,

хворих на ТБ, а також допомагають здійснювати профілактику ТБ. Це зажадає наявності системи охорони здоров'я з хорошими ресурсами, з хорошою організацією і координацією, що працює під керівництвом уряду і підкріплюється підтримуючими політичними принципами і регулюючими правилами, а також з більш широкою соціальною політикою і політикою в області розвитку. Національні протитуберкульозні програми, їх партнери і наглядаючі за ними органи повинні брати активну участь в розробці більш широкої порядку денного в області громадського і економічного розвитку. Подібно до цього, ***лідери в області розвитку повинні визнати ТБ в якості однієї з соціальних проблем, що заслуговує пріоритетного уваги.***

Соціальні детермінанти туберкульозу. Другий базовий елемент включає також дії за межами сектора охорони здоров'я, які можуть допомогти запобігти ТБ за допомогою впливу на соціальні детермінанти, що лежать в його основі. Запропоновані практичні заходи включають зменшення бідності, забезпечення продовольчої безпеки та поліпшення умов життя і роботи, а також заходи, спрямовані на подолання безпосередніх факторів ризику, такі як боротьба проти тютюну, скорочення шкідливого вживання алкоголю, надання допомоги при діабеті та профілактика діабету. Профілактика ТБ потребує також дій з боку урядів, з тим, щоб допомогти зменшити вразливість і ризики серед людей, найбільш сприйнятливих до цієї хвороби.

Багатогалузевий і багатосекторальний підхід. Здійснення компонентів другого базового елементу вимагає багатогалузевого і багатосекторальні підходу. Підзвітність за другий базовий елемент буде лежати не тільки на міністерствах охорони здоров'я, а й на інших міністерствах, включаючи міністерства фінансів, праці, соціального забезпечення, житлово-комунального господарства, гірничої справи, сільського господарства тощо. Визначення дій різних міністерств потребують прихильності і управління з боку найвищих рівнів уряду. Це повинно знайти своє вираження в забезпеченні адекватними ресурсами та підзвітності за оптимальну і комплексну клінічну допомогу; в захисті від катастрофічного економічного тягаря через хворобу; в соціальних практичних заходах, спрямованих на зменшення вразливості до цієї хвороби; і в захисті і зміцненні прав людини.

Розробка перспективних національних стратегічних планів. Розширення і підтримку практичних заходів для надання допомоги при ТБ і для його профілактики зажадають політичної прихильності на високому рівні, поряд з адекватними фінансовими та кадровими ресурсами. Безперервна підготовка і контроль роботи персоналу є фундаментальними для підтримки значно розширених заходів з надання допомоги хворим на ТБ і його профілактиці. ***Важливе значення має центральна координація під керівництвом уряду. В якості першого кроку це повинно привести до розробки в рамках національного плану сектора охорони здоров'я національного***

стратегічного плану, що враховує епідеміологію ТБ, структуру і функції системи охорони здоров'я, включаючи системи закупівель і постачання, наявність ресурсів, політику регулювання, зв'язку з соціальними службами, груп мігрантів і транскордонне співробітництво, роль громад, організації громадянського суспільства та приватний сектор; а також координацію з усіма заінтересованими сторонами. Національний стратегічний план повинен бути перспективним і всебічним і включати п'ять окремих розділів: основний план, бюджетний план, план моніторингу та оцінки, оперативний план і план надання технічної допомоги.

Мобілізація адекватних ресурсів. Розширення надання допомоги при ТБ і профілактики в усьому секторі охорони здоров'я та за його межами стане можливим тільки при забезпеченні адекватного фінансування. Національний стратегічний план повинен мати належне фінансування з чітким зазначенням областей з недостатніми фінансами. План, підкріплений хорошим бюджетом, для його повного виконання повинен сприяти мобілізації ресурсів з різних міжнародних і національних джерел. У більшості країн з низьким і середнім рівнем доходів наявні в даний час ресурси є неадекватними або достатніми тільки для скромних планів. Необхідні скоординовані зусилля, щоб мобілізувати додаткові ресурси для фінансування дійсно перспективних національних стратегічних планів при поступовому збільшенні внутрішнього фінансування.

Залучення громад і громадянського суспільства. Сильні відповідні заходи для того, щоб зупинити епідемію ТБ, зажадають створення міцних партнерств в секторі охорони здоров'я і соціальних секторах, а також між сектором охорони здоров'я і місцевими громадами. Поінформовані члени громади можуть виявити людей з підозрюваним ТБ і направити їх для діагностики, надати підтримку під час лікування і допомогти зменшити стигматизацію і дискримінацію. Організації громадянського суспільства мають особливі можливості, і протитуберкульозні програми можуть отримати переваги від їх використання. Їх компетенції включають досягнення вразливих груп, мобілізацію громад, поширення інформації, допомога у створенні попиту на допомогу, розробку ефективних моделей надання допомоги та вплив на детермінанти ТБ епідемії. Національні програми боротьби із ТБ повинні виявляти організації громадянського суспільства, не залучені в даний час в надання протитуберкульозної медичної допомоги, заохочувати їх включати в свою роботу надання протитуберкульозної допомоги на рівні громад і розширювати мережу установ, що беруть участь в діяльності з надання допомоги при ТБ і профілактиці. Крім того, громадянське суспільство має брати участь в розробці політики і планування, а також в періодичному моніторингу здійснення програм.

Перехід від невідкладної допомоги до загального охоплення послугами охорони здоров'я. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я, яке визначається як «ситуація, при якій всі люди можуть користуватися якісними послугами охорони здоров'я, яких вони потребують, і не страждають від фінансового тягаря в результаті їх оплати», є фундаментальним для ефективної протитуберкульозної допомоги та профілактики. Загальне охоплення послугами охорони здоров'я досягається за допомогою адекватного, справедливого і сталого фінансування передоплати медичної допомоги при повному географічному охопленні в поєднанні з ефективним забезпеченням якості послуг, моніторингом і оцінкою. Саме для ТБ це має на увазі: (а) розширення доступу до повного спектру високоякісних послуг, рекомендованих в цій стратегії, як частини загальних послуг охорони здоров'я; (б) розширення покриття, включаючи витрати на консультації та тестування, ліки, наступні тести і всі витрати, пов'язані з повними лікувальними або профілактичними заходами; і (в) розширення доступу до послуг всіх, хто в них потребує, особливо вразливих груп, які стикаються з перешкодами і мають найгірші результати щодо здоров'я.

Зміцнення нормативної бази. Національна політика і нормативна база для фінансування медичної допомоги та доступу до неї, виробництва і використання лікарських і діагностичних засобів гарантованої якості, послуг охорони здоров'я гарантованої якості, інфекційного контролю, реєстрації актів цивільного стану та систем епіднагляду за хворобами є потужними важелями, що мають важливе значення для ефективної протитуберкульозної допомоги та профілактики. У країнах з високим тягарем ТБ необхідно терміново зміцнити і посилити цю базу.

Забезпечення обов'язкового повідомлення про випадки захворювання на ТБ. Повідомлення при багатьох випадках захворювання на ТБ не робляться, особливо про тих, лікування яких проводять приватні провайдери, не пов'язані з національними протитуберкульозними програмами. Недостатнє повідомлення про випадки захворювання перешкоджає епіднагляду за хворобою, розслідування контактів, боротьбі зі спалахами і інфекційного контролю. Важливе значення має ефективне застосування закону про інфекційні хвороби, або аналогічного закону, який включає обов'язкове повідомлення про випадки захворювання на ТБ всіма провайдерами медичної допомоги.

Забезпечення реєстрації випадків смерті від ТБ в системі реєстрації актів цивільного стану. Більшість країн з високим тягарем ТБ не мають всеосяжних систем реєстрації актів цивільного стану, та якість інформації про кількість випадків смерті від ТБ часто є неадекватною. Повинна існувати ефективна система реєстрації актів цивільного стану, яка забезпечить належну реєстрацію кожного випадку смерті від ТБ.

Здійснення всебічних заходів інфекційного контролю. Належне регулювання необхідно для здійснення ефективного інфекційного контролю в службах медико-санітарної допомоги та в інших установах, в яких ризик передачі хвороби є високим. Керуючі, адміністративні, екологічні та кадрові заходи інфекційного контролю повинні бути частиною закону про інфекційні хвороби та нормативних положень, що стосуються будівництва та організації роботи медичних установ.

Соціальний захист, боротьба з бідністю і вплив на інші детермінанти ТБ: зменшення економічного тягаря, пов'язаного з ТБ. Значна частка хворих на ТБ стикається з катастрофічним економічним тягарем через прямі і непрямі витрати, пов'язані з хворобою і медичною допомогою. Несприятливі соціальні наслідки можуть включати стигматизацію і соціальну ізоляцію, припинення навчання, втрату роботи або розлучення. Негативні наслідки часто відчувають сім'ї хворих на ТБ. Навіть якщо діагностика і лікування ТБ надаються безкоштовно, необхідні заходи соціального захисту, щоб полегшити тягар втрати доходу і немедичних витрат звернення по медичну допомогу і продовження отримання допомоги.

Розширення охоплення соціальним захистом. Соціальний захист повинен охоплювати потреби, пов'язані з ТБ, такі як: (а) схеми для компенсації фінансового тягаря, пов'язаного з захворюванням, наприклад страхування від хвороб, пенсії по інвалідності, виплати по соціальному забезпеченню, інші грошові перекази, ваучери або продовольчі пакети; (б) законодавство для захисту людей із ТБ від дискримінації, таких як звільнення з роботи, виключення з навчального або медичного закладу, транспортної системи або житла; і (в) документи для захисту і зміцнення прав людини, включаючи подолання стигматизації та дискримінації, звертаючи особливу увагу на гендер, етнічну приналежність і захист вразливих груп. Такі документи повинні включати створення в уражених громадах потенціалу для вираження своїх потреб і захисту своїх прав і заклик до підзвітності тих, хто порушує права людини, і тих, хто відповідає за захист цих прав.

Боротьба з бідністю і пов'язаними з нею факторами ризику. Бідність є сильною детермінантою ТБ. Перенаселені і погано провітрюваних житлові та робочі умови, часто пов'язані з бідністю, являють собою безпосередні чинники ризику для передачі ТБ. Недостатність харчування є важливим фактором ризику розвитку активного захворювання. Бідність також пов'язана з поганими загальними знаннями про здоров'я та відсутністю повноважень для впливу на знання про здоров'я, що призводить до можливості впливу ряду факторів ризику ТБ. Зменшення бідності знижує ризик передачі ТБ і ризик переходу від інфекції до захворювання. Воно також допомагає поліпшити доступ до служб охорони здоров'я і дотримання рекомендованого лікування.

4. Державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз: визначення

Таким чином, 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 ТБ – 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 ТБ, 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 ТБ в Україні.

5. Чому чинна державна політика протидії захворюванню на тб в Україні не є ефективною?

ТБ – 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%.

Відомо, що фактором ризику будь-якої хвороби чи смерті виступає внутрішній чи зовнішній додатковий чинник, який негативно впливає на організм, підсилюючи ймовірність розвитку захворювання чи смерті. Згідно з класифікацією американського вченого Дж. Роббінса, який вивів вплив факторів ризику на здоров'я населення, сутність поняття системи «здоров'я» становить наступні елементи:

№	Група факторів ризику	Вплив факторів
1	Спосіб життя	51,0%
2	Навколишнє середовище	20,0%
3	Біологічні фактори	20,0%
4	Медичні фактори	9,0%
	Здоров'я	**100%**

Аналіз питомого впливу кожної окремої групи факторів доводить, що визначальну роль у формуванні системи здоров'я відіграє спосіб життя, на який припадає більше ніж 50,0%. За свідченням І. Хожило («Виклики соціально небезпечних хвороб як сфера державно-управлінської діяльності»), структурно поняття способу життя можна розглядати як складову таких категорій:

– рівень життя (рівень забезпечення матеріальними ресурсами у розрахунку на одну людину);

– якість життя (вимірювальні параметри, що характеризують ступінь вибору життєзабезпечення відповідно до рівня матеріального ресурсу окремої людини);

– стиль життя (психологічні, індивідуальні особливості поведінки);

– устрій життя (національні, соціокультурні, побутові звичаї та ін.).

Отже, як зазначає І. Хожило, з огляду на питому вагу ризикових факторів, що впливають на формування і розвиток соціально небезпечних хвороб, таких як ТБ, ВІЛ/СНІД, наркоманія, керівний вплив на заходи протидії їх поширенню з боку державної системи охорони здоров'я видається вкрай обмеженим та може здійснюватися виключно у межах відповідно до покладених на цю галузь функцій, а саме в частині

організації надання медичної допомоги (медичне обстеження, консультування, лікування) особам, які постраждали від соціально небезпечних хвороб.

Я. Радиш у своїх роботах (наприклад, «Рівень здоров'я громадян України як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я») зазначає, що первинна профілактика стосовно більшості хвороб людини, ґрунтуючись на засадах інформаційно-освітньої політики, взагалі не є компетенцією органів охорони здоров'я, а безпосередньо належить до функції органів влади та місцевого самоврядування в частині організації охорони громадського здоров'я.

Водночас, державна політика у сфері протидії захворюванню на ТБ традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань. Центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із ТБ, є Міністерство охорони здоров'я України. Але сьогодні проблема ТБ вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невпинне зростання темпів його поширення серед населення України. Принцип галузевого управління складним соціальним об'єктом, яким є епідемія ТБ, зокрема суто медичний підхід до аналізу епідеміологічних показників перешкоджає своєчасному прогнозуванню перспектив розвитку епідемії ТБ та розробці відповідного плану національної міжвідомчої протидії його викликам, внаслідок чого епідемія ТБ 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 ТБ не може бути успішною, якщо спрямована на долання викликів ТБ виключно медичними засобами, не передбачаючи, в основі своїй, комплексний підхід, який сприятиме усуненню докорінних соціально-економічних причин та наслідків поширення в Україні епідемії ТБ.

Традиційним для України інструментом реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на ТБ є медичні соціальні загальнодержавні та місцеві цільові програми, спрямовані виключно на організацію надання населенню протитуберкульозної допомоги. По суті своїй, замість того, щоб ліквідовувати причини епідемії, ці програми зорієнтовані на долання її наслідків, тому на порядку денному – системний перегляд підходів до їх розробки та шляхів впровадження зокрема та до державної політики протидії захворюванню на ТБ 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 ТБ 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 ТБ 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, Міністерства юстиції України 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 ТБ, з огляду на соціально небезпечний характер проблеми і широкий спектр соціально-економічних чинників туберкульозу, практично неможлива та 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.

6. 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 ТБ у 2012—2016 роках, на основі міжнародної стратегії контрольованого лікування за коротким курсом під безпосереднім наглядом медичних працівників, адаптованої до національної системи протидії ТБ та особливостей епідемії ТБ 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 ТБ 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 ТБ шляхом підвищення ефективності стратегії, спрямованої на зупинення ТБ. Зазначена стратегія розроблена ВООЗ та реалізується в усіх країнах світу, в яких зареєстровано високий рівень захворюваності на ТБ (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 ТБ, 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 ТБ, що передбачає пріоритет соціальної профілактики ТБ**, або ж комплексу соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо, спрямованого на створення умов, що унеможливлюють появу нових випадків інфікування ТБ, 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 ТБ 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.

7. Пропонований підхід до вирішення проблеми

Для досягнення успішності у боротьбі із ТБ 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**.** При цьому, галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на ТБ 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 розвиткові горизонтальних зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства. Подібна реформа державної політики у сфері протидії захворюванню на ТБ дозволить інтегрувати і поєднати ефективне державне управління в існуючу систему медичних та медико-соціальних заходів із протидії ТБ на основі ефективних міжнародних стратегій, їх розвитку та вдосконалення.

Забезпечення успішності і тривалості заходів боротьби із ТБ в Україні можливе шляхом виконання протягом 2019–2021 років наступних основних завдань.

У сфері державного управління:

– розбудова системи соціальної профілактики ТБ 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 соціальної профілактики ТБ шляхом визначення сфери їх відповідальності за дотримання епідемічного благополуччя населення і протидію захворюванню на ТБ 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 ТБ;

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

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 (визначено Концепцією Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки, схваленою розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2018 року):

– комплексне лікування і профілактика ТБ;

– здійснення систематичного скринінгу, зокрема активне виявлення випадків ТБ, МРТБ та виявлення осіб, які перебувають в контакті з хворими на ТБ, в тому числі серед груп високого ризику захворювання на ТБ, із залученням неурядового сектору;

– диференційоване формування груп підвищеного ризику захворювання на ТБ для активного виявлення ТБ залежно від регіональних особливостей (соціальних, епідеміологічних та захворюваності на ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД) та забезпечення їх повного охоплення діагностикою ТБ із залученням організацій громадянського суспільства;

– проведення ранньої діагностики всіх форм ТБ та забезпечення всеохоплюючого доступу до тестування на чутливість до ліків, зокрема шляхом використання швидких тестів;

– забезпечення лабораторної мережі приладами мікробіологічної діагностики та якісної діагностики всіх форм ТБ;

– впровадження системи управління якістю виконання лабораторних досліджень з мікробіологічної діагностики ТБ;

– забезпечення доступу до всього комплексу послуг для всіх хворих на ТБ, включаючи його хіміорезистентні форми, а також надання підтримки пацієнтам з метою формування прихильності до лікування;

– впровадження підходу, орієнтованого на пацієнта та соціально дезадаптовані верстви населення, впровадження короткострокових режимів лікування та нових препаратів відповідно до рекомендацій ВООЗ;

– реформування системи надання медичної допомоги хворим на ТБ шляхом впровадження моделей лікування з акцентом на амбулаторне лікування;

– зміцнення моделі комплексного надання інтегрованих послуг хворим на ТБ, включаючи первинну медичну допомогу, профілактику та лікування ТБ, із залученням громад шляхом широкого застосування сучасних інформаційних та комунікаційних технологій;

– забезпечення соціальної підтримки хворих на ТБ, МРТБ, орієнтованої на потреби пацієнта та членів їх родин, з метою забезпечення прихильності до лікування та завершення повного курсу із залученням громадянського суспільства;

– забезпечення безперервності надання послуг внутрішньо переміщеним особам, мігрантам, особам без громадянства шляхом впровадження механізму транскордонного контролю;

– забезпечення надання паліативної допомоги хворим на ТБ відповідно до міжнародних рекомендацій;

– здійснення спільних заходів боротьби з ко-інфекцією — ТБ ВІЛ-інфекцією/СНІД та ведення обліку випадків поєднаних патологій;

– забезпечення ефективної діяльності координаційних механізмів на національному та регіональному рівні для сприяння наданню комплексних послуг хворим на ко-інфекцію — ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД та поєднані патології, що найчастіше зустрічаються та асоціюються з ТБ (цукровий діабет, вживання та зловживання психотропними речовинами, порушення роботи імунної системи та інше);

– забезпечення належного доступу до консультування та тестування на ВІЛ-інфекцію/СНІД;

– забезпечення двічі на рік скринінгу в людей, які живуть з ВІЛ-інфекцією/СНІД, на латентний та активний ТБ і проведення профілактичного лікування за наявності відповідних показів;

– забезпечення належного доступу хворих на ТБ та ВІЛ-інфекцію/СНІД до раннього та контрольованого лікування антиретровірусними препаратами і профілактичного лікування ко-тримоксазолом;

– лікування латентної ТБ інфекції та профілактичне лікування осіб із груп високого ризику, а також проведення вакцинації проти ТБ;

– забезпечення вакцинацією проти ТБ новонароджених та припинення ревакцинації вакциною проти ТБ відповідно до рекомендацій ВООЗ;

– забезпечення отримання профілактичної протитуберкульозної терапії особам, які отримують послуги, і зниження шкоди від зловживання психотропними речовинами.

У сфері посилення впливу громадянського суспільства:

– залучення громадських організацій до активної участі у протидії ТБ , 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 ТБ 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 ТБ;

– 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 ТБ;

– 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 ТБ на рівні влади та громад.

8. Що має бути зроблено для вирішення проблеми?

У відповідності до вимог чинного законодавства (ст. 2 Закону України «Про державні цільові програми»), державна політика протидії ТБ 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.

Переформатування державного управління в сфері протидії ТБ. Українські науковці у сфері державного управління вважають, що з огляду на особливу соціальну небезпеку ТБ державна політика в цьому напрямку має вирішувати завдання досягнення взаємодії і координації зусиль різних органів державної влади в Україні для протидії ТБ з метою сприяння усуненню докорінних соціально-економічних причин поширення епідемії ТБ, тобто наріжним каменем сучасної державної політики протидії ТБ повинна стати соціальна профілактика ТБ, 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 з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб, 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, Міністерство юстиції, Державна міграційна служба, Державна служба з надзвичайних ситуацій, Державна ветеринарна та фіто санітарна служба, Державна служба з питань праці та відповідні їм регіональні структури (в разі наявності) і представниками громадянського суспільства

Мають бути чітко визначені сфери відповідальності різних центральних та регіональних органів виконавчої влади за дотримання епідемічного благополуччя населення та протидію захворюванню на ТБ**.** 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 ТБ, що є цільовими для цих органів влади;

– участь у заходах із профілактики та виявлення ТБ 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 ТБ 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 ТБ в кожній з цих груп.

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

Цільова категорія	**Оціночна чисельність**	**Органи влади**
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 України з питань праці
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 Міністерство України з питань тимчасово окупованих територій та внутрішньо переміщених осіб, 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	Міністерство соціальної політики України Державна служба зайнятості

	допомогу малозабезпеченим сім'ям та майже 150 тис. сімей, що отримують державну допомогу. сім'ям з дітьми. 7 – відомості відсутні.	
1. особи, які знаходяться під вартою. 2. особи, які звільнилися із місць позбавлення волі впродовж 2-х років.	1 – близько 180 тис. осіб. 2 – немає відомостей.	Державна кримінально-виконавча служба України
1. учнівська молодь. 2. студентська молодь. 3. педагогічні працівники. 4. сім'ї.	1 – більше 5 млн. 2 – близько 2,5 млн. 3 – майже 500 тис. вчителів ЗОШ та майже 200 тис. науково-педагогічних працівників. 4 – 13,5 млн.	Міністерство освіти і науки України Міністерство молоді та спорту України Міністерство соціальної політики України
1.інваліди. 2 ветерани. 3. військовослужбовці, звільнені у запас, або у відставку. 4. жертви нацистських переслідувань. 5. діти війни. 6. жертви політичних репресій.	1 – більше 2,5 млн. 2 – близько 2 млн. 3 – відомості відсутні. 4 – відомості відсутні. 5 – відомості відсутні. 6 – відомості відсутні.	Державна служба з питань інвалідів та ветеранів України Міністерство соціальної політики України
ромське населення	близько 400 тис.	Міністерство культури України Міністерство соціальної політики України
1. ВІЛ-інфіковані особи. 2. особи, які контактують з хворими на туберкульоз. 3. особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету. 4. курці, особи, що зловживають	1 – близько 200 тис. 2 – відомості відсутні. 3 – відомості відсутні. 4 – близько 8 млн. курців, не менше 700 тис. алкоголіків, близько 400 тис. ін'єкційних наркоманів. 5 – близько 800 тис.	Міністерство охорони здоров'я України

алкоголем чи вживають наркотики. 5. працівники закладів охорони здоров'я.		
1. населення депресивних регіонів та місцевостей, в яких закриті бюджетоутворюючі підприємства 2. населення регіонів та місцевостей із складними екологічними проблемами. 3. особи, які проживають у приміщеннях, які не відповідають санітарним нормам.	відомості відсутні	Державна служба України з надзвичайних ситуацій Міністерство екології та природних ресурсів України Міністерство соціальної політики України
.1.військовослужбовці строкової служби. 2. учасники бойових дій в зоні АТО. 3. працівники органів внутрішніх справ.	відомості відсутні	Міністерство оборони України Міністерство внутрішніх справ України
Все населення		Міністерство інфраструктури, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства, Міністерство інформаційної політики, Державний комітет телебачення і радіомовлення,
тварини, які можуть хворіти на туберкульоз.	практично всі	Державна ветеринарна та фітосанітарна служба України Міністерство аграрної політики України

Очевидно, що більшість із зазначених органів державної влади, окрім виконання загальнодержавних, або місцевих функцій у відповідності до покладених на них повноважень, опікуються ще

конкретними цільовими групами населення та мають відповідну точку зіткнення із ними (якої, із зрозумілих причин можуть не мати органи охорони здоров'я, або медичні установи), що дозволить суттєво поширити заходи профілактичного характеру та поліпшити завдяки цьому своєчасне виявлення нових випадків захворювання на ТБ, а, отже, відповідним чином вплинути на епідемічну ситуацію саме в тій аудиторії, якою, переважно опікується той чи інший орган державної влади.

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

– прогнозування тенденцій розвитку епідемії ТБ в межах визначених повноважень;

– оцінка масштабів та наслідків епідемії ТБ 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 ТБ, 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».

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.

9. Концепція загальнодержавної і регіональної міжвідомчої та міжсекторальної координації діяльності в сфері протидії епідемії тб. Дорожня мапа

В Україні жодним чином навіть не намагалися донині приступити до реалізації того багатогалузевого підходу до протидії ТБ, до якого закликає світові уряди ВООЗ.

На сучасному етапі історії України ТБ є найбільш інтегрованою проблемою із всіх існуючих соціально-економічних проблем в Україні, оскільки незначна ефективність медичних заходів із подолання ТБ детермінована відсутністю належної політичної волі до подолання епідемії ТБ, низьким рівнем економічного розвитку країни, низьким рівнем життя та високим рівнем бідності населення, масовим безробіттям, занепадом системи житлово-комунального господарства, незадовільним становищем в галузях охорони здоров'я та безпеки праці, незадовільним соціальним та пенсійним забезпеченням переважної більшості населення, слабкою санітарною освіченістю та загально низьким культурним рівнем населення, неконтрольованими міграційними процесами, злочинністю, недосконалістю пенітенціарної системи, неефективною політикою в сфері міжнаціональних відносин, поширенням ВІЛ-інфекції, наркоманії та алкоголізму тощо. За таких обставин, досягнення конкретних успіхів у контролі за епідемією ТБ мають бути закріплені на загальнодержавному рівні в якості одного з провідних індикаторів успішності соціально-економічних перетворень в державі в цілому.

ТБ, як соціально небезпечна проблема, за визначенням має чинники та наслідки, які знаходяться в усіх або ж в переважній більшості сфер життєдіяльності українського народу.

За таких обставин, в сучасних історичних та соціально-економічних умовах особливого значення набуває залучення різних центральних та регіональних органів державної влади та місцевого самоврядування до вирішення проблеми ТБ в Україні, визначення та нормативне закріплення їх компетенції та функцій в цьому задля: забезпечення участі в розробці та реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на ТБ різних профільних центральних органів державної влади та відповідних їм на місцевому рівні; здійснення профілактики ТБ в середовищі цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання, шляхом інформування та надання їм відповідних соціальних послуг; сприяння в організації і проведенні обов'язкових щорічних профілактичних оглядів з метою своєчасного виявлення нових випадків захворювання на ТБ в середовищі цільових категорій населення, в першу чергу – серед груп підвищеного ризику захворювання; посилення рівня суспільної відповіді на виклики ТБ шляхом підвищення політичної прихильності і відповідальності влади та активізації соціальної мобілізації на протидію епідемії ТБ на рівні громад; оцінки та прогнозування ситуації щодо ТБ в контексті наступних основних напрямів

формування та реалізації державної політики протидії захворюванню на туберкульоз, а саме: розрахунку оціночної чисельності груп різного рівня ризику захворювання на ТБ; прогнозування тенденцій розвитку епідемії ТБ; оцінки масштабів та наслідків епідемії ТБ у випадку, якщо не вживатимуться ефективні упереджувальні заходи; ефективного планування, реалізації та оцінки профілактичних програм тощо.

Для запровадження такого підходу фахівцями БО «Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу» на основі вивчення тенденцій та світового досвіду протидії ТБ ще у 2012 році був зроблений висновок, що виключно медичні інтервенції у боротьбі із ТБ не є ефективними та була поставлена проблема розробки та впровадження в Україні міжвідомчого та міжсекторального вирішення завдання подолання епідемії ТБ. З цією метою була розроблена Концепція загальнодержавної і регіональної міжвідомчої та міжсекторальної координації діяльності в сфері протидії епідемії ТБ.

Концепція спрямована на створення сприятливих суспільно-політичних умов для всебічного захисту населення України від ТБ, забезпечення ефективного державного контролю епідемічної ситуації, скорочення рівня захворюваності, поширеності та смертності від цієї особливо небезпечної соціальної інфекційної хвороби, подолання соціально-економічних, політичних, медичних, культурних та інших чинників і наслідків епідемії ТБ в Україні.

Виключною новизною Концепції є те, що вона, вперше за час епідемії ТБ в України, пропонує розглядати протидію ТБ не як систему медичних заходів, а як складну комплексну політичну, управлінську, економічну, соціальну, медичну, гуманітарну, культурну тощо проблему, вирішення якої лише медичними засобами та галузевим медичним управлінням не є ефективним.

Впровадження згаданої Концепції відбувалося впродовж 2016 – 2018 років під час реалізації проекту «Створення сприятливої суспільно-політичної ситуації для переходу на амбулаторну модель лікування туберкульозу в Україні», який організація за фінансової підтримки Глобального фонду для боротьби зі СНІД, ТБ та малярії реалізовувала впродовж 2016 – 2018 років в рамках міжнародного проекту «Зміцнення системи охорони здоров’я для ефективного контролю туберкульозу та мультирезистентного туберкульозу в регіоні Східної Європи та Центральної Азії» (основний реципієнт – Центр політики і досліджень в сфері охорони здоров’я, Республіка Молдова у партнерстві із Європейською ТБ коаліцією). на території пілотних регіонів: Сумської, Херсонської та Київської областей.

На основі Концепції були розроблені:

– Путівники (дорожні мапи) для забезпечення успішної протидії захворюванню на ТБ на основі комплексного міжвідомчого та міжсекторального підходу в умовах переходу на моделі його лікування, орієнтовані на пацієнта (конкретно для кожної із пілотних областей).

– Стратегії Міжвідомчої та міжсекторальної протидії захворюванню на ТБ в Сумській, Херсонській та Київській областях.

Путівники були розроблені на основі опрацювання міжнародних рекомендацій щодо подолання ТБ, чинного законодавства України у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, «Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз», положень про обласні органи державної влади Сумської, Херсонської та Київської областей, а також наукової та науково-популярної літератури з ТБ.

Путівник вміщує в собі наступні розділи:

ЗНАННЯ ПРО ТУБЕРКУЛЬОЗ
ЗАКОНОДАВСТВО ПРО БОРОТЬБУ ІЗ ТУБЕРКУЛЬОЗОМ
СПІЛЬНИМИ ЗУСИЛЛЯМИ ПРОТИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
СОЦІАЛЬНА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
САНІТАРНА ПРОФІЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ІНФОРМАЦІЙНО-ПРОСВІТНИЦЬКА РОБОТА З ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ВИЯВЛЕННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ДІАГНОСТИКА ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ПРАВА І ОБОВ’ЯЗКИ ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
ВИБІР МОДЕЛІ ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
СОЦІАЛЬНИЙ СУПРОВІД І СОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА ХВОРИХ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ ТУБЕРКУЛЬОЗ
МЕДИЧНА ПІДТРИМКА

Стратегії міжвідомчої та міжсекторальної протидії захворюванню на ТБ представляють собою перелік вже наявних вимог чинних обласних нормативних баз та діючого законодавства, що прямо уповноважують різні органи державної виконавчої влади згаданих областей брати участь (або вказують на можливість цього) в реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на ТБ та дозволяє скоординувати її.

Це ще не конкретний план – поки лише стратегічний напрямок міжвідомчої та міжсекторальної протидії захворюванню на ТБ, але який, в ідеалі, може бути реалізований в традиційних додатках до обласних цільових соціальних програм протидії захворюванню на ТБ до 2021 року.

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

Путівник і Стратегія дозволять всім заінтересованим органам державної влади області, іншим сторонам і особам знайти своє місце у загальнодержавній справі подолання тягаря ТБ в Україні, допоможуть окремим групам населення, які мають високий ризик захворювання на туберкульоз, зорієнтуватися із ситуацією із туберкульозом в Україні та дізнатися як уберегтися від захворювання, а тим, хто захворів на ТБ , дасть змогу зрозуміти свої права і обов‘язки та основні правила поведінки на шляху «від кашлю до одужання».

Для цього мають бути чітко визначені сфери відповідальності різних органів виконавчої влади області за дотримання епідемічного благополуччя населення та протидію захворюванню на ТБ, про що йшлося вище.

В цих умовах суттєво підвищується значення участі різних профільних (не медичних) органів державної влади в розробці та реалізації державної політики у сфері протидії захворюванню на ТБ на місцевому рівні, зокрема в сфері:

соціального захисту населення;
освіти і науки;
молоді та спорту;
культури;
у справах дітей;
житлово-комунального господарства;
економічного розвитку і торгівлі;
фінансів;
соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді;
праці;
зайнятості населення;
міграційної служби;
юстиції тощо.

1 листопада 2018 року відбулося засідання Сумської обласної координаційної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД на якому обговорювалося питання про затвердження Путівника (дорожньої мапи) для забезпечення успішної протидії захворюванню на туберкульоз на основі комплексного міжвідомчого та між секторального підходу в умовах переходу на моделі його лікування, орієнтовані на пацієнта в Сумській області. Координаційна рада прийняла рішення затвердити зазначений документ і зобов'язала районні та міські ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД затвердити відповідні Дорожні мапи до 31 грудня 2018 року.

04 грудня 2018 року відбулося засідання Херсонської обласної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД. За підсумками засідання Херсонська обласна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІД рекомендувала Департаменту охорони здоров'я обласної державної адміністрації розробити на основі розробленої БО «Українці проти туберкульозу» Комплексної стратегії міжвідомчої та між секторальної протидії захворюванню на туберкульоз Обласний план міжвідомчої та міжсекторальної протидії захворюванню на туберкульоз в Херсонській області з подальшим його затвердженням.

Також Радою було прийняте рішення щодо затвердження Путівника (дорожньої мапи) для забезпечення успішної протидії захворюванню на туберкульоз для подальшого використання Радами з ТБ/ВІЛ.

Таким чином, в Україні вперше розпочалося запровадження рекомендованого ВООЗ багатовідомчого та багатосекторального підходу до протидії епідемії туберкульозу.

Основні висновки

1. Попри певні тенденції до скорочення рівня захворюваності та смертності від туберкульозу, при все ще високому рівні поширеності, епідемія продовжує загрожувати життю і здоров'ю населення України.

2. 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.

3. Особливо загрозливим є несвоєчасне звернення хворих за медичною допомогою, пізнє виявлення туберкульозу та поєднаних форм ВІЛ/ТБ, що обумовлює високий рівень смертності від туберкульозу та є результатом відсутності комплексного підходу до поєднання профілактичних та лікувальних програм на державному і регіональному рівнях в єдину дієву систему протидії.

4. Виявлення туберкульозу в Україні відбувається переважно за зверненням громадян, тобто пасивно. 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.

5. В Україні щороку своєчасно не виявляється близько 22,5% випадків захворювання на туберкульоз, що сприяє подальшому поширенню туберкульозу серед населення.

6. Існують незадовільні наслідки виконання Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз, як на рівні програмних заходів, так і на рівні фінансового забезпечення.

7. Фінансування заходів з боротьби з туберкульозом в основному залежить від волі і можливостей місцевих органів влади.

8. Лабораторний потенціал є обмеженим, і зусилля для виявлення туберкульозу спрямовуються в основному на масовий скринінг загального населення.

9. Пріоритет віддається лікуванню в стаціонарах і відповідне лікування залежить від здатності отримати препарати на місцевому рівні.

10. Принцип лікування під безпосереднім наглядом (ДОТ) виконується незадовільно, а підтримка, що надається пацієнтам, – обмежена.

11. Існує необхідність скоротити терміни госпіталізації хворих на туберкульоз, та одночасно підвищити якість наданих послуг на первинному рівні охорони здоров'я, а також стандарти з інфекційного контролю, і реструктурувати систему фінансування.

12. Заходи з контролю МР туберкульозом є неадекватними, як і зусилля у боротьбі з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ.

13. Існує нестача протитуберкульозних препаратів в країні через неналежне управління їх поставками і проблеми із закупівлею лікарських препаратів гарантованої якості.

14. Тягар соціально-економічних труднощів посилюється політичною кризою і війною на сході України.

15. 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.

16. 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.

17. 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.

18. Державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань. Але сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невпинне зростання темпів його поширення серед населення України.

19. 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.

20. Державна політика протидії захворюванню на туберкульоз не може бути успішною, якщо спрямована на долання 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.

21. 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.

22. Мова йде про розбудову системи первинної (не медичної) профілактики туберкульозу, або ж про комплекс соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, праці, навколишнього середовища, виховання тощо.

23. Профілактика туберкульозу як різновиду соціально небезпечної хвороби є окремим випадком загально-профілактичної діяльності суспільства і являє собою діяльність, спрямовану на створення умов, що унеможливлюють 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 здійснюється шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин та умов, що підтримують персистенцію її біологічного збудника серед представників окремих соціальних груп та серед широких верств населення.

24. Для забезпечення успішності і тривалості заходів боротьби із туберкульозом в Україні важливо створити в країні певну сприятливу для цього суспільно-політичну атмосферу, а отже – змінити ставлення як влади, так і самих громадян до проблеми туберкульозу взагалі та сформувати відповідну небезпеці туберкульозу їхню державницьку, індивідуальну та суспільну поведінку, спрямовану на протидію захворюванню на туберкульоз.

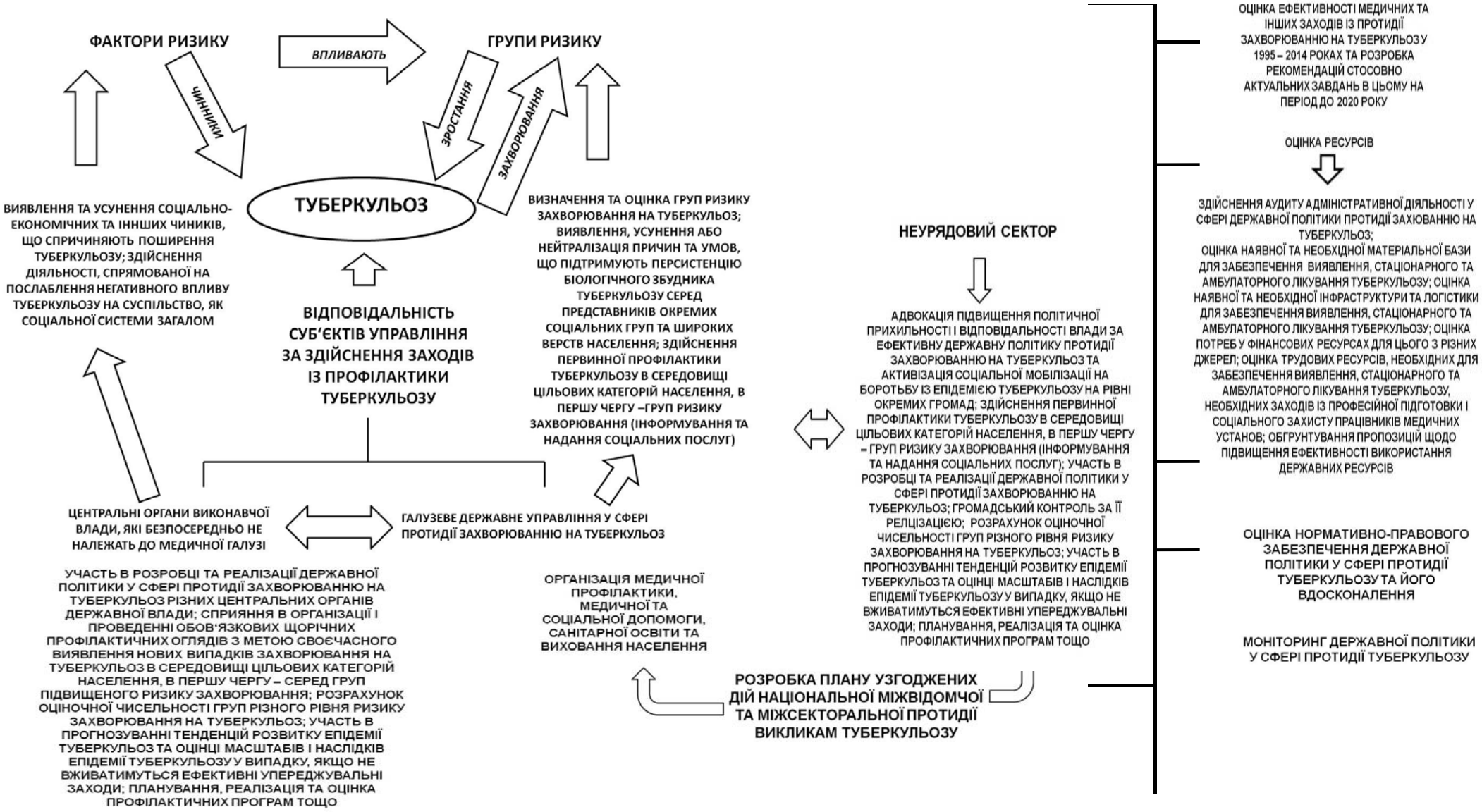
25. Галузеве державне управління у сфері протидії захворюванню на туберкульоз повинно продовжувати здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання.

26. 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.

27. Переформатування державного управління в сфері протидії туберкульозу.

28. Зміни до порядку та процедури розробки державних та регіональних цільових соціальних програм протидії туберкульозу, їх змісту та структури.

МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
(«НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ДО 2020 РОКУ»)
Ця схема готувалася раніше, отже коригування потребують лише часові проміжки



Джерела

1. Основи законодавства України про охорону здоров'я. http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/2801-12

2. Про захист населення від інфекційних хвороб. http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/1645-14
3. Про протидію захворюванню на туберкульоз. http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2586-14

4. Про державні цільові програми. http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/1621-15

5. Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки. http://zakon1.rada.gov.ua/laws/show/5451-17

6. Про схвалення Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018–2021 роки. https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/pro-shvalennya-koncepciyi-zagalnoderzhavnoyi-cilovoyi-socialnoyi-programi-protidiyi-zahvoryuvannyu-na-tuberkuloz-na-20182021-roki

7. План дій по боротьбі з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016–2020рр https://phc.org.ua/news/show/plan-dii-po-borotbi-z-tuberkulozom-dlya-jevropeiskogo-regionu-vooz-na-2016-2020rr

8. Цілі розвитку Тисячоліття. Україна: 2000–2015. http://un.org.ua/images/stories/docs/2015_MDGs_Ukraine_Report_ukr.pdf

9. Глобальна стратегія «Покласти край ТБ» на період 2016–2035 рр. http://www.who.int/tb/strategy/ru/

10. Туберкульоз. https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis

11. Накази Міністерства охорони здоров’я України. https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/guiding_documents

12. Єдиний збірник нормативно-правових та нормативних актів у сфері протидії туберкульозу в Україні // Благодійна організація «Фундація «Громадський рух «Українці проти туберкульозу». http://www.stoptb.org.ua/index.php/normatyvna-baza-tb.

13. Туберкульоз в Україні». Інформаційно-статистичний довідник. – К, 2017.
https://phc.org.ua/pages/diseases/tuberculosis/surveillance/statistical-information

14. Населення України.
https://index.minfin.com.ua/reference/people/2017

15. Державна політика протидії захворюванню на туберкульоз: загальнодержавний та регіональний виміри». Інформаційно-аналітичний вісник ВСГО «Коаліція організацій «Зупинимо туберкульоз разом». – К., 2013 – 25 с.

16. Ю. І. Фещенко. «Ситуація з туберкульозом в Україні: проблеми та шляхи їх вирішення».
http://www.ifp.kiev.ua/doc/staff/tubukr2012-MOZ.pdf

17. Р. Слободян. Основні висновки звіту Рахункової палати про результати аудиту ефективності використання коштів державного бюджету для протидії захворюванню на туберкульоз / Офіс з фінансового та економічного аналізу у ВРУ.
https://feao.org.ua/news/accounting-chamber-tuberculosis/

18. І. Хожило. Виклики соціально небезпечних хвороб як сфера державно-управлінської діяльності.
http://academy.gov.ua/ej/ej3/txts/GALUZEVE/12-XOJILO.pdf

19. Я. Радиш. Рівень здоров'я громадян України як інтегральний показник соціальної політики та державного управління в галузі охорони здоров'я.
// Вісник Академії державного управління при Президентові України. – 2003. – № 3.

20. С. Борткевич. Що має бути змінено у державній політиці протидії захворюванню на туберкульоз в Україні?
http://euinfocenter.rada.gov.ua/uploads/documents/28839.pdf