

КОНЦЕПЦІЯ загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2017—2021 роки

Визначення проблеми, на розв'язання якої вона спрямована

Питання протидії туберкульозу (далі — ТБ) в Україні є одним із пріоритетних напрямів державної політики в сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. Боротьба з ТБ є предметом міжнародних зобов'язань України в частині виконання положень Угоди про асоціацію між Україною та Європейським Союзом, Європейським співтовариством з атомної енергії і їхніми державами-членами.

Україна є активним членом Всесвітньої організації охорони здоров'я, яка в 2015 році схвалила нову глобальну стратегію ВООЗ «Покласти край ТБ» та План дій щодо боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016—2020 рр.

Зростання захворюваності на ТБ серед нових випадків, що спостерігалось в країні з 1998 р., було зупинено в 2004 р. і, починаючи від 2007 р., реєструється її зниження. За даними ВООЗ, в Україні поширеність і захворюваність на ТБ від 2007 р. мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4 і 3,3 % відповідно.

Розрахункова захворюваність на ТБ становила у 2015 р. 91,0 на 100 тис. населення, проте, за даними рутинного епіднадзора, захворюваність на ТБ становить 70,5 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляють приблизно 22,5 % випадків захворювання на ТБ, що сприяє поширенню ТБ серед населення. Загалом поширеність ТБ становить 114,0 на 100 тис. населення, проте поточний показник поширеності ТБ становить 90,2 на 100 тис. населення, що майже в 3 рази перевищує цільові завдання партнерства «Зупинити ТБ».

У 2014 р. Україна вперше увійшла до п'ятірки країн світу з найвищим тягарем мультирезистентного ТБ (далі — МРТБ). Протягом останніх років спостерігається зростання кількості випад-

ків МРТБ з 3482 у 2009 р. до 8440 у 2015 р. Це частково пов'язано з впровадженням сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики та значною мірою зумовлено неналежною організацією лікування хворих на ТБ з переважним лікуванням в умовах стаціонару. Останнє сприяло внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на ТБ резистентними до протитуберкульозних препаратів (далі — ПТП) штамами МБТ, дефіцитом у забезпеченні ПТП для хворих на МРТБ/ТБ із розширеною резистентністю (далі — РРТБ), недостатнім безпосереднім контролем за лікуванням, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на ПТП.

За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного ТБ в Україні рівень МРТБ серед хворих, яким уперше в житті встановлено діагноз ТБ, становить 24,1 та 58,1 % — серед хворих з повторними випадками ТБ. Проте в рамках рутинного епіднадзора рівень МРТБ помітно нижчий порівняно з результатами аналізу медикаментозної стійкості, що вказує на недостатній рівень доступності для хворих на ТБ сучасних методів діагностики та потребує забезпечення 100 % охоплення діагностикою з допомогою сучасних молекулярно-генетичних методів (становить 84 % від потреби за 2015 р.).

Також зростає кількість випадків майже невиліковного ТБ з розширеною резистентністю (далі — РРТБ) до ПТП, їхня частка становить 14,0 % загальної кількості хворих на МРТБ у 2015 р.

Однією з основних причин високого тягаря ТБ/МРТБ в Україні є низька ефективність лікування серед нових випадків і рецидивів в Україні, що становить 70,4 % та є другим найнижчим результатом лікування в Європейському регіоні. Результат

успішного лікування МРТБ також є одним з найнижчих в Європейському регіоні та становить 38 %. Це зумовлено насамперед дефіцитом у забезпеченні ПТП для хворих на МРТБ/РРТБ, неналежним рівнем виявлення та лікування побічних реакцій на ПТП, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування ТБ.

Одночасно з поширенням епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу спостерігається високий рівень захворюваності на ТБ у поєднанні з ВІЛ-інфекцією, що становить 13,0 на 100 тис. населення у 2015 році при розрахунковому показнику 20 на 100 тис. Це свідчить про низький рівень діагностики ТБ у ВІЛ-інфікованих. Спостерігається низький рівень охоплення пацієнтів з ко-інфекцією антиретровірусною терапією та профілактичним лікуванням ко-тримоксазолом — 61 та 65 % відповідно.

Аналіз соціальної структури вперше виявлених хворих на ТБ у 2015 р. демонструє, що серед пацієнтів, які вперше захворіли на ТБ, приблизно 75 % становлять представники соціально незахищених верств населення (58,4 % — безробітні особи працездатного віку, 5,0 % — особи без постійного місця проживання; 1,0 % — особи, які повернулись з місць позбавлення волі). Серед уперше зареєстрованих хворих на ТБ 12,1 % становили хворі, які зловживають алкоголем та 7,0 % — споживачі ін'єкційних наркотиків, що свідчить про нагальну потребу в подальшому розвитку в країні програм соціальної підтримки пацієнтів за умови активної участі інститутів громадського суспільства.

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

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

Національні та міжнародні експерти зазначають порівняно низьку ефективність докладених зусиль за доволі серйозних економічних витрат. Через неефективне використання значних державних асигнувань на протидію ТБ виявляється недостатньо для забезпечення належних умов

перебування в протитуберкульозних закладах та вимог інфекційного контролю (ІК).

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

Реалізація заходів Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на ТБ (далі — Програма) на 2012–2016 рр. значною мірою залежала від зовнішнього фінансування. Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, ТБ та малярією (далі — Глобальний фонд) забезпечував приблизно 40 % загального фінансування. Глобальний фонд затвердив нове фінансування програми ТБ/ВІЛ до 2018 р. в межах нової моделі фінансування, після чого очікується, що Уряд України візьме на себе повне фінансування програм ТБ та ВІЛ.

За згаданих обставин державна політика протидії ТБ не може бути визнана такою, що забезпечує ефективний спротив епідемії, а отже, вимагає суттєвого трансформування.

Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування необхідності в її розв'язанні програмним методом

Сьогодні проблема ТБ вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного масштабу. Слід врахувати, що ТБ є соціально небезпечною інфекційною хворобою, основними чинниками якої є політичні, соціальні, економічні аспекти, а наслідки несуть у собі загрозу економіці і національній безпеці нашої держави.

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

Сприяють поширенню ТБ в Україні низка нерозв'язаних соціально-економічних проблем протягом тривалого часу та передача туберкульозної інфекції серед окремих верств населення, які належать до групи підвищеного ризику щодо захворювання на ТБ.

Високий рівень захворюваності на ТБ в Україні спричинений такими причинами політичного та соціально-економічного характеру:

- занепад промислового та сільськогосподарського виробництва, соціальна дезадаптація

ність, бідність (приблизно 11,2 % населення живе на межі бідності), неякісне і незбалансоване харчування та незадовільні життєво-побутові умови значних прошарків населення, масове безробіття та посилення міграційних процесів як усередині держави, в зв'язку із військовими діями на сході країни, так і зовні, недостатня ефективність системи соціального захисту та забезпечення, наявність шкідливих виробництв і небезпечних професій, недосконалість системи охорони здоров'я, низький культурний та освітній рівень широких верств населення та низка інших;

- недостатня політична підтримка заходів із подолання епідемії на національному та регіональному рівнях;
- недостатня координація заходів для подолання медичних, медико-соціальних, економічних, соціальних, культурних та інших чинників епідемії ТБ, які реалізуються різними органами виконавчої влади.

Високий рівень захворюваності на ТБ та поширення МРТБ спричинені також низкою причин медичного і медико-соціального характеру, серед яких:

- нераціональне та недостатньо ефективне використання коштів для фінансування заходів із протидії ТБ, що витрачаються на утримання мережі протитуберкульозних закладів із надмірною кількістю ліжок, що перебувають у незадовільному стані (30 % будівель відповідають санітарним нормам і правилам, решта потребує значних фінансових витрат на їхню реконструкцію, ремонт або нове будівництво) без належного дотримання принципів ІК за ТБ, що сприяє внутрішньолікарняному поширенню хіміорезистентних форм ТБ;
- недостатній кадровий потенціал у сфері протидії ТБ та недосконалість системи навчання з питань ТБ;
- не повною мірою впроваджено комплекс заходів із профілактики туберкульозу;
- недостатнє та несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу через недосконалість системи охорони здоров'я щодо діагностування чутливого ТБ, МРТБ та ко-інфекції ТБ/ВІЛ, неналежне функціонування лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ, обмежений доступ до методів швидкої діагностики МРТБ, низька мотивація населення до своєчасного звернення по медичну допомогу та недостатній доступ до її отримання уразливих до захворювання на ТБ груп населення;
- низька ефективність лікування вперше виявлених хворих на ТБ з позитивним мазком

(62 %), а серед хворих на МРТБ — 34 %, у зв'язку із неякісним проведенням контролюваного лікування (особливо на амбулаторному етапі), відсутністю системи формування прихильності до лікування та високим рівнем стигми, безвідповідальним ставленням хворих до лікування, недостатньою кількістю ПТП 5-ї групи та відсутнім доступом до нових ПТП;

- високий рівень перерви в лікуванні серед хворих на чутливий (9,4 %) та хіміорезистентний ТБ (14,7 %) у зв'язку із обмеженим доступом до соціального супроводу хворих під час лікування, який на сьогодні здійснюються переважно за рахунок коштів міжнародної технічної допомоги;
- недостатній рівень охоплення антиретровірусними препаратами (далі — АРВП), що протягом останніх років незначно збільшився і становить 61 %;
- неналежний рівень впровадження в протитуберкульозних та інших закладах охорони здоров'я заходів ІК, спрямованого на запобігання поширенню інфекції: недостатнє виконання адміністративних заходів щодо адекватного розподілу потоків хворих, недостатнє забезпечення сучасними інженерними та індивідуальними засобами, низька поінформованість медичних працівників щодо дотримання вимог ІК;
- наявність умов, що призводять до поширення ТБ серед ув'язнених;
- низький рівень доступу до паліативної медичної допомоги для хворих на МРТБ і ТБ із розширеною резистентністю до ПТП;
- недостатній рівень обізнаності різних верств населення з питань, пов'язаних із профілактикою та протидією захворюванню на ТБ, висока стигматизація суспільства та медичної галузі щодо ТБ.

За результатами виконання Програми у 2012–2016 рр. рівень захворюваності на ТБ серед населення знизився на 9 %, рівень поширеності всіх форм активного ТБ у поєднанні з ВІЛ знизився на 11,6 %, а рівень смертності від ТБ — на 19 %. Набувають надзвичайної актуальності проблеми поширення МРТБ.

Розв'язання зазначених проблем можливе шляхом розроблення, затвердження та виконання Концепції Програми на 2017–2021 рр. за умови її 100 % фінансування.

Мета Програми

Метою Програми є подальше поліпшення епідемічної ситуації з ТБ за рахунок стабілізації рівня захворюваності, зменшення рівня смертності та підвищення ефективності лікування

хворих на чутливий ТБ, хіміорезистентний ТБ, ко-інфекцію ТБ/ВІЛ шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на мультидисциплінарних пацієнт-орієнтованих, гендерних, економічно ефективних принципах забезпечення загального та однакового доступу населення до якісних послуг з профілактики, діагностики й лікування ТБ, що спрямовано на ефективне використання наявних ресурсів.

Визначення оптимального варіанта розв'язання проблеми на основі порівняльного аналізу можливих варіантів

На сьогодні існує кілька варіантів розв'язання проблеми.

Перший варіант передбачає продовження застосування комплексного підходу до протидії ТБ з розвитком системи фтизіатричної допомоги, який є основою Загальнодержавної програми протидії захворюванню на ТБ у 2012–2016 рр., що дасть змогу без формування нових елементів системи досягти розв'язання проблеми.

Другий, оптимальний варіант передбачає швидке реформування підходів до надання протитуберкульозної допомоги населенню в Україні шляхом розвитку системи амбулаторної допомоги хворим на ТБ з дотриманням сучасних принципів ІК, забезпечення соціального супроводу пацієнтів, впровадження та розширення застосування інноваційних методів діагностики та лікування ТБ з урахуванням наявного в країні та передового світового досвіду, принципів доказової медицини за умови зміни моделей фінансування та координації зусиль медичної спільноти і громади з формуванням відповідального ставлення держави та суспільства.

Впровадження другого варіанта передбачає адаптацію Плану боротьби з ТБ для країн Європейського регіону на 2016–2020 рр., який розроблений на основі глобальної стратегії ВООЗ «Покласти край ТБ» та узгоджується з європейською політикою охорони здоров'я «Здоров'я-2020: український вимір», рекомендацій місії з оцінки впровадження заходів протидії ТБ в Україні за 2012–2014 рр.

Можливими ризиками, негативними наслідками та потенційними складнощами, що можуть виникнути під час розв'язання визначених завдань, є:

- брак інноваційних моделей фінансування та використання наявних коштів з акцентом на розбудові системи надання амбулаторної допомоги хворим на ТБ;
- фінансування заходів Програми не в повному обсязі та без урахування інфляції;
- опір впровадженню реформ з боку представників органів місцевого самоврядування,

протитуберкульозної служби, пацієнтів, хворих на ТБ;

- опір працівників закладів первинної медико-санітарної допомоги, що виникає через брак механізму мотиваційної оплати праці відповідно до її ефективності та отриманих результатів;
- неефективне використання кадрових ресурсів та неналежна система їхньої підготовки;
- нестача ресурсів для здійснення належної інформаційно-просвітницької роботи з питань реформування підходів до надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню (інформування, навчання, роз'яснення як для медичних працівників, так і для широких верств населення та пацієнтів).

Зазначену стратегію розроблено Всесвітньою організацією охорони здоров'я і вона реалізується в країнах із зареєстрованим високим рівнем захворюваності на туберкульоз (країни Східної Європи, Південно-Східної Азії, Африки, Західно-Тихоокеанського регіону).

Результати реалізації зазначеної стратегії в країнах Балтії, Республіці Білорусь, Республіці Казахстан, Румунії підтвердили її ефективність і значне зниження рівня захворюваності та смертності від туберкульозу. Так, рівень захворюваності на туберкульоз в Латвійській Республіці з 2010 до 2015 р. знизився з 45 випадків на 100 тис. населення до 37 випадків, в Республіці Казахстан за відповідний період – з 123 до 88 випадків, в Республіці Білорусь – з 53 до 40 випадків, в Румунії – з 86 до 76 випадків, в Азербайджані – з 70 до 60 і Республіці Молдова – з 115 до 100 на 100 тис. населення.

Шляхи та способи розв'язання проблеми, строки виконання

Розв'язання проблем здійснюють шляхом виконання таких завдань та заходів:

I. Комплексне та орієнтоване на пацієнта лікування і профілактика ТБ

1. Систематичний скринінг груп високого ризику щодо захворювання на ТБ:

- здійснення систематичного скринінгу, що включає активне виявлення випадків ТБ, МРТБ та відстеження осіб, які перебувають у контакт з хворими на ТБ, зокрема серед груп високого ризику щодо 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, ТБ/ВІЛ) та забезпечення їхнього повного охоплення діагностикою ТБ

із залученням організацій громадянського суспільства.

2. Рання діагностика всіх форм ТБ та всеохопний доступ до тестування на чутливість до ліків, зокрема шляхом використання швидких тестів:

- зміцнення лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики ТБ для якісної діагностики всіх форм ТБ;
- впровадження системи управління якістю виконання лабораторних досліджень з мікробіологічної діагностики ТБ.

3. Всеохопний доступ до якісного лікування та всього комплексу послуг для всіх хворих на ТБ, включно з його хіміорезистентними формами, а також надання підтримки пацієнтам з метою формування прихильності до лікування:

- впровадження пацієнт-орієнтованого підходу, включно з дітьми та соціально дезадаптованими верствами 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 туберкульоз, включно з первинною медико-санітарною допомогою, а також профілактику та лікування ТБ із залученням громад шляхом широкого застосування сучасних інформаційних та комунікаційних технологій;
- забезпечення соціальної підтримки пацієнтів з ТБ, МРТБ, орієнтованої на потреби пацієнта та членів їхніх родин, з метою забезпечення прихильності до лікування та завершення повного курсу із залученням громадянського суспільства;
- забезпечення безперервності надання послуг ВПО, мігрантам, особам без громадянства шляхом впровадження механізму транскордонного контролю;
- забезпечення надання паліативної допомоги хворим на ТБ відповідно до міжнародних рекомендацій.

4. Спільні заходи боротьби з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ та ведення поєднаних патологій:

- забезпечення ефективної діяльності координаційних механізмів на національному та регіональному рівнях для сприяння наданню комплексних послуг хворим з ко-інфекцією та поєднаними патологіями, що найчастіше зустрічаються та асоціюються з ТБ (цукровий діабет, вживання та зловживан-

ня психотропними речовинами, порушення імунної системи та ін.);

- забезпечення належного доступу до консультивання та тестування на ВІЛ;
- забезпечення двічі на рік скринінгу в людей, які живуть з ВІЛ, на латентний та активний ТБ і проведення профілактичного лікування за наявності відповідних показань;
- забезпечення належного доступу хворих на ТБ/ВІЛ до раннього та контрольованого лікування АРВП і профілактичного лікування котримоксазолом.

5. Лікування латентної туберкульозної інфекції та профілактичне лікування осіб із груп високого ризику, а також проведення вакцинації проти ТБ:

- забезпечення вакцинацією БЦЖ новонароджених та припинення ревакцинації БЦЖ відповідно до рекомендацій ВООЗ;
- забезпечення отримання профілактичної протитуберкульозної терапії особам, які отримують послуги зі зниження шкоди від зловживання психотропними речовинами.

II. Рішучі політичні заходи та системи підтримки

1. Політична відданість протидії ТБ:

- здійснення заходів з протидії туберкульозу за рахунок коштів державного та місцевих бюджетів, залучення відповідно до потреб донорських коштів та їхнє раціональне використання;
- всебічне охоплення високоякісними безплатними послугами охорони здоров'я щодо профілактики, діагностики, лікування та соціального супроводу для загального населення і пацієнтів, хворих на ТБ, з дотриманням принципів соціальної справедливості.

2. Удосконалення системи охорони здоров'я в сфері протидії захворюванню на ТБ, зокрема хіміорезистентний:

- раціональне управління необхідними ресурсами для забезпечення ефективного всебічного доступу до послуг охорони здоров'я;
- впровадження узгоджених механізмів фінансування заходів Програми з урахуванням оцінки економічної ефективності та результативності заходів;
- розробка та реалізація Національного плану з реорганізації мережі протитуберкульозних закладів на основі рекомендованих стандартів і критеріїв для планування і прогнозування кількості протитуберкульозних ліжок, чітко затверджених критеріїв госпіталізації та виписки;
- проведення оптимізації ліжкового фонду протитуберкульозних закладів та приведення його у відповідність до вимог ІК;

- перегляд та впровадження стратегічного плану розвитку кадрових ресурсів на підставі рекомендацій ВООЗ;
- організація безперервного навчання працівників системи охорони здоров'я всіх рівнів щодо надання мультидисциплінарних пацієнт-орієнтованих медичних послуг з питань виявлення, діагностики та лікування випадків МРТБ і РРТБ, моніторингу та оцінки, ІК тощо.

3. *Епіднагляд та управління даними:*

- розбудова єдиної системи моніторингу та оцінки ефективності заходів, спрямованих на протидію ТБ (далі — МіО) з метою удосконалення процесу стратегічного планування, виконання державної та регіональних програм протидії ТБ, благодійних програм, проектів міжнародної технічної допомоги;
- забезпечення удосконалення обліково-звітної документації та належного функціонування електронної бази даних ТБ (далі — Реєстр) незалежно від форм власності та підпорядкування, використання даних Реєстру під час формування оперативної інформації щодо ТБ та епідеміологічних показників;
- розробка мінімального переліку змінних показників соціальних детермінант;
- забезпечення взаємного обміну інформацією між різними джерелами даних, що використовують для епіднагляду за ТБ.

4. *Безперервне постачання якісних ліків та їхнє раціональне використання:*

- забезпечення використання ПТП гарантованої якості із впровадженням нової методики розрахунку потреби в ПТП, що базується на міжнародних підходах;
- безперебійне забезпечення закладів охорони здоров'я, що здійснюють лікування хворих на туберкульоз у стаціонарних та амбулаторних умовах, протитуберкульозними лікарськими засобами, зокрема із широким застосуванням препаратів із фіксованими дозами, в тому числі дитячих лікарських форм;
- аналіз причин виникнення прогалин у фармзаконодавстві та нормативних документах, їхнє оновлення, перегляд та удосконалення;
- посилення контролю з метою припинення практики безрецептурного продажу ПТП;
- удосконалення фармаконагляду та контролю за побічними реакціями на основі наявних в Україні інструментів, технічних та кадрових ресурсів.

5. *ІК з ТБ:*

- запровадження сучасних заходів з ІК за ТБ, спрямованих на запобігання поширенню за-

хворювання на ТБ у закладах охорони здоров'я, місцях тривалого перебування осіб і проживання хворих на ТБ та зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозних закладів після проведення їхньої оптимізації.

6. *Залучення громадянського суспільства в сфері протидії ТБ:*

- впровадження державного соціального замовлення щодо забезпечення захисту населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення рівня громадської обізнаності, розв'язання проблеми щодо негативного ставлення суспільства до хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфікованих осіб та їхньої дискримінації в системі охорони здоров'я із залученням організацій громадянського суспільства до активної участі в протидії туберкульозу;
- розробка та впровадження стратегії адвокаційної, комунікаційної роботи та соціальної мобілізації;
- сприяння створенню об'єднань осіб, які постраждали від ТБ, та залучення їх до діяльності у сфері протидії ТБ.

7. *Соціальний захист хворих на ТБ:*

- розробка та впровадження ефективних регіональних заходів соціального захисту хворих на ТБ та забезпечення їхнього фінансування;
- захист прав пацієнтів на основі чинного законодавства та Хартії прав пацієнтів;
- сприяння наданню транскордонної допомоги мігрантам.

III. *Активізація досліджень та інноваційної діяльності*

- забезпечення стандартизації виконання операційних досліджень в Україні та використання їхніх результатів з метою формування політики щодо внесення змін до нормативно-правових актів;
- проведення аналізу ефективності виконання проектів та програм технічної допомоги, зокрема шляхом проведення прозорих операційних досліджень;
- забезпечення координації під час планування, виконання наукових, зокрема операційних, досліджень в Україні та забезпечення практичного використання наукової продукції;
- розробка та впровадження інноваційних методів діагностики та лікування ТБ.

Очікувані результати виконання Програми, визначення її ефективності

Виконання Програми дасть змогу досягти цілей Плану дій з боротьби з ТБ для Європейського регіону ВООЗ на 2016—2020 рр., сприяючи тим

Таблиця. Цільові показники на 100 тис. населення

Показник (індикатор)	Базове значення	Цільові значення				
		2017	2018	2019	2020	2021
Захворюваність на ТБ	70,5 (2014)	73,0 (2016)	75,0 (2017)	75,0 (2018)	73,0 (2019)	70,0 (2020)
Смертність від ТБ	12,2 (2014)	11,0 (2016)	10,0 (2017)	9,5 (2018)	9,0 (2019)	8,5 (2020)
Ефективність лікування хворих на МРТБ, %	34,0 (2012)	45,0 (2014)	55,0 (2015)	65,0 (2016)	70,0 (2017)	75,0 (2018)

самим досягненню мети глобальної стратегії «Покласти край ТБ» — зупинити епідемію ТБ:

- до 2035 р.: на 95 % зменшити смертність від ТБ порівняно з 2015 р., досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тис. та з нульовим рівнем страждань від ТБ;
- до 2050 р.: досягти нульового рівня смертності від ТБ, нульового рівня захворюваності на ТБ та нульового рівня страждань від ТБ. Кінцева ціль глобальної стратегії — зупинити глобальну епідемію ТБ та домогтися, аби жодна із сімей хворих на ТБ, не зазнавала катастрофічних витрат, пов'язаних з цією хворобою.

Цільові показники на 100 тис. населення (таблиця).

Виконання Програми також дасть змогу забезпечити:

- 100 % доступ до безперервної діагностики ТБ шляхом закупівлі витратних матеріалів, у тому числі для молекулярно-генетичних методів;
- тестування на медикаментозну чутливість до ПТП 100 % хворих на легеневий ТБ;
- 100 % доступ до лікування всіх хворих на ТБ шляхом впровадження пацієнт-орієнтованого

підходу, включно з дітьми та соціально дезадаптованими верствами населення, впровадження короткострокових режимів лікування та нових препаратів відповідно до рекомендацій ВООЗ;

- 100 % доступ до консультування та тестування на ВІЛ;
- 100 % доступ хворих на ТБ/ВІЛ до раннього й контрольованого лікування АРВП та профілактичного лікування ко-тримоксазолом.

Оцінка фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів, необхідних для виконання Програми

Фінансування Програми здійснюватимуть у межах видатків, що передбачені в державному бюджеті головним розпорядником бюджетних коштів, відповідальним за її виконання, та за рахунок коштів бюджетів Автономної Республіки Крим, областей, м. Києва і Севастополя.

Необхідний обсяг фінансування Програми, зокрема з державного бюджету, визначають щороку, виходячи з конкретних завдань та можливостей фінансового забезпечення у відповідний бюджетний період.

*В. о. міністра
У. Супрун*