

**ЩО МАЄ БУТИ ЗМІНЕНО У
ДЕРЖАВНІЙ ПОЛІТИЦІ ПРОТИДІЇ
ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ
В УКРАЇНІ?
(Policy Paper)**

Автор
Сергій Борткевич

Європейський інформаційно-дослідницький центр створено з метою надання народним депутатам України інформації, яка може бути використана ними у законотворчій діяльності. Центр здійснює пошукову, аналітичну і дослідницьку роботу щодо галузевих політик та права інших держав (насамперед країн ЄС) і міжнародних організацій.

Адреса: 01008, м. Київ, вул. Садова, 3 А, каб. 434.

Тел.: +38 (044) 255-36-69

E-mail: euinfocenter@rada.gov.ua

Веб-сторінка: euinfocenter.rada.gov.ua

Години прийому: з понеділка по п'ятницю, з 10.00 до 15.00.

Діяльність Центру є частиною проекту, що реалізує ГО «Лабораторія законодавчих ініціатив» у рамках програми USAID «РАДА: підзвітність, відповідальність, демократичне парламентське представництво». Програма USAID «РАДА», що виконується Фондом Східна Європа, сприяє становленню підзвітного, відповідального і демократичного парламентського органу. Більше на www.radaprogram.org.

Думки, викладені в цій публікації, є винятковою відповідальністю авторів дослідження та не обов'язково відображають точку зору USAID, Фонду Східна Європа та Лабораторії законодавчих ініціатив.

ЗМІСТ

Визначення.....	4
Опис проблеми: масштаб, гострота.....	5
Чим не задовольняє нинішня політика?	8
Чиї інтереси заторкнуті / стейкхолдери?	12
Варіанти вирішення проблеми.....	17
Пропонований підхід до вирішення проблеми.....	18
Що має бути зроблено для вирішення проблеми?	22
Додаток	31

Визначення

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

Опис проблеми: масштаб, гострота

Епідемію туберкульозу оголошено в 1995 році. Відтоді минуло 20 років, але не тільки не досягнуто доепідемічного рівня захворюваності, а й за усіма епідемічними показниками ситуація значно погіршилася. Незважаючи на складну епідемічну ситуацію та особливу соціальну небезпеку туберкульозу, правові, організаційні та фінансові засади діяльності держави, спрямованої на протидію виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз були визначені відповідним Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» тільки 5 липня 2001 року. За 6 років, що минули тоді від часу оголошення епідемії, чисельність населення в Україні скоротилася із 51 млн. 728 тис. до 48 млн. 923 тис., або майже на 3 млн. осіб, в той час як показник захворюваності на туберкульоз невпинно зростає і піднявся із позначки 41,6 випадків до 68,6 випадків на 100 тис. населення, тобто збільшився у 1,6 рази, а поширеність і смертність від туберкульозу – майже в 1,3 рази. Найвищого рівня захворюваність на туберкульоз сягнула у 2005 році і становила 84,1 випадок на 100 тис. населення. Тоді ж і смертність від туберкульозу встановила свій найвищий рівень із позначкою 25,3 на 100 тис. населення. За таких обставин неконтрольованого поширення захворюваності на туберкульоз, **Україна не спромоглася виконати свої зобов'язання, взяті нею у 2000 році щодо досягнення Цілей Розвитку Тисячоліття, однією з яких є Ціль Розвитку № 6 «Зменшення та уповільнення поширення ВІЛ/СНІД та туберкульозу».** Україна встановила для себе амбіційну ціль зменшити до 2015 року кількість нових випадків туберкульозу на 42,0%. Станом на 2000 рік в Україні було 60,2 випадків захворювання на туберкульоз на 100 тис. населення. Це означає, що до 2015 року захворюваність на туберкульоз повинна була скоротитися на 25,3 випадків і досягти показника у 35 випадків на 100 тис. населення. Навпаки, станом на початок 2014 року захворюваність на туберкульоз становила 67,9 випадків на 100 тис. населення. Цей показник на 43,2% вищий, аніж у 1995 році.

Водночас, за період, що минув від початку епідемії туберкульозу, населення України зменшилося на 6,3 млн. чоловік, в той же час суттєво погіршився показник, що вказує на кількість хворих на туберкульоз, що припадає на загальну кількість населення. Якщо у 1995 році 1 особа, що захворіла на туберкульоз, припадала на 2104 особи при загальній чисельності населення у 51,7 млн. чоловік, то у 2013 році цей показник погіршився на 631 пункт і становив 1 хворий на 1473 осіб при загальній чисельності населення у 45,4 млн. чоловік.

Нинішню епідемію туберкульозу називають триединою епідемією. Це означає, що сьогодні реєструється три різновиди туберкульозу. Перший різновид туберкульозу такого, який був ще до відкриття протитуберкульоз-

них 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. На жаль, особливого загострення в Україні набули дві останні складові.

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

Серед вперше виявлених хворих на туберкульоз близько 65,0% становлять особи малозабезпечені, непрацюючі працездатного віку, мігранти, особи, що повернулися із місць позбавлення волі, і ті, хто не має постійного місця проживання. Це значно погіршує виявлення хворих і організацію їх лікування внаслідок відсутності оптимальних соціальних та медичних заходів з боку держави. Водночас, щороку в Україні виліковується менше 60,0% хворих з новими випадками туберкульозу з бактеріовиділенням, частина вмирає, проте більше 20,0% хворих із невдалим або перерваним лікуванням поповнюють вогнище інфекції серед популяції населення. **Зазначені результати лікування хворих на туберкульоз є найгіршими серед країн Східної Європи.** За критерієм ВООЗ, відсоток виявлення нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком, повинен становити не менше 70,0%, а ефективність лікування нових випадків туберкульозу, позитивних за мазком, – не менше 85,0%, адже лише за таких обставин переривається ланцюг передачі інфекції, що призводить до зниження захворюваності і смертності від туберкульозу. За експертними оцінками фахівців Національного інституту фтизіатрії і пульмонології ім. Яновського, така ситуація призведе в найближчому майбутньому до підвищення рівня захворюваності на туберкульоз за рахунок мультирезистентного туберкульозу. Хворий на відкриту форму туберкульозу активно виділяє

бактерії і заражає оточуючих. За наявною медичною статистикою, такий хворий за один рік встигає інфікувати близько 100 осіб, з яких 10 потім захворіють на туберкульоз.

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

- a) за існуючих соціально-економічних умов в країні, впродовж наступних 10 років захворюваність на туберкульоз може збільшитися в 1,5 рази, а смертність – стабілізується і повільно почне знижуватися на 2,0–3,0 % щороку;
- b) в разі погіршення соціально-економічних умов і/або неприборкання епідемії ВІЛ-інфекції та збільшення хіміорезистентного туберкульозу, захворюваність на туберкульоз через 10 років може збільшитися вдвічі, а смертність – у 2,5 рази;
- c) при соціально-економічних умовах в Україні, кращих за сьогоднішні, і/або приборканні епідемії ВІЛ-інфекції та контролю за хіміорезистентним туберкульозом, захворюваність може зменшуватися на 5,0 – 7,0% щороку, а смертність – на 10,0%.

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

Чим не задовольняє нинішня політика?

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

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

Групи ризику за версією МОЗ	Групи ризику за версією Коаліції «Зупинимо туберкульоз разом»
<ul style="list-style-type: none"> • ВІЛ-інфіковані особи. • Особи, які контактують з хворими на туберкульоз (сімейні чи професійні контакти). • Особи із захворюваннями, що призводять до послаблення імунітету. • Курці, особи, що зловживають алкоголем чи вживають наркотики. • Імігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз. • Особи, що перебувають за межею бідності, безробітні. • Особи без визначеного місця проживання. • Пацієнти психіатричних закладів. • Затримані та особи, які перебувають під вартою при відправленні їх до ізоляторів тимчасового тримання, особи, які утримуються або звільнилися з установ виконання покарань, а також особи, щодо яких встановлено адміністративний нагляд. • Працівники пенітенціарних установ, психіатричних закладів та працівники закладів охорони здоров'я, які мають часті контакти з хворими на туберкульоз особами, проводять відповідні дослідження та аналізи. 	<ul style="list-style-type: none"> • Особи, які згідно з критеріями оцінки бідності віднесені до бідного населення • Багатодітні сім'ї • Діти-сироти • Діти, позбавлені батьківського піклування • Безпритульні діти • Бездомні особи • Пенсіонери • Безробітні, що стоять на обліку більше 1 року • Непрацюючі особи працездатного віку • Самозайняте населення • Інваліди • Наркозалежні • Алкоголіки • ВІЛ-інфіковані • Мігранти, біженці, переселенці • Ромське населення • Працівники на шкідливих виробництвах • Особи, які знаходяться під слідством, та особи, які відбувають покарання • Особи, які звільнилися з місць позбавлення волі • Військовослужбовці строкової служби • Працівники органів внутрішніх справ • Медичні працівники • Соціальні працівники • Населення депресивних регіонів та місцевостей, в яких закриті бюджетотворюючі підприємства • Населення регіонів та місцевостей із складними екологічними проблемами • Сільське населення • Особи, які проживають у вогнищах інфекції та контактні із хворими • Особи, які проживають у приміщеннях, які не відповідають санітарним нормам • Інші категорії, які віднесені до медичних груп ризику

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

Водночас, державна політика у сфері протидії захворюванню на туберкульоз традиційно реалізовується в Україні шляхом вирішення низки вузькогалузевих медичних завдань. Центральним органом виконавчої влади, відповідальним за реалізацію державної політики у сфері боротьби із туберкульозом, є Міністерство охорони здоров'я України. Але сьогодні проблема туберкульозу вийшла за рамки суто медичної галузі та набула статусу проблеми загальнодержавного значення через невідповідне зростання темпів його поширення серед населення України. Принцип галузевого управління складним соціальним об'єктом, яким є епідемія туберкульозу, зокрема суто медичний підхід до аналізу епідеміологічних показників перешкоджає своєчасному прогнозуванню перспектив розвитку епідемії туберкульозу та розробці відповідного плану національної міжвідомчої протидії його викликам, внаслідок чого епідемія туберкульозу залишається надзвичайно загрозливою не тільки для життя та здоров'я наших громадян, а, за великим рахунком, надає підстави вважати цю ситуацію загрозою національній безпеці української держави, що **становить перешкоду на шляху до європейської інтеграції України.** Ось чому **державна політика протидії захворюванню на туберкульоз не може бути успішною, якщо спрямована на додання викликів туберкульозу виключно медичними засобами, не передбачаючи, в основі своїй, комплексний підхід, який сприятиме усуненню докорінних соціально-економічних причин та наслідків поширення в Україні епідемії туберкульозу.**

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

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

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

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

Чиї інтереси заторкнуті / стейкхолдери?

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

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

1. *Органи влади та ключові особи, які приймають рішення*, не достатньо вмотивовані та не повною мірою заінтересовані у системному вирішенні проблеми туберкульозу внаслідок її складності, комплексності та фінансової ємності. Тому державні заходи обмежуються епізодичними втручаннями, які в цілому на ситуацію не впливають. «Нетипові» для цієї діяльності органи влади не хочуть добровільно брати на себе додаткові повноваження. Водночас, Міністерство охорони здоров'я України не зацікавлене в тому, щоб розділяти сфери впливу на епідемію туберкульозу із іншими органами державної виконавчої влади, оскільки це призведе, зрештою, до «розпорошення» фінансових потоків, в першу чергу – за рахунок міжнародної фінансової допомоги, які тепер концентруються в МОЗ. Вплив – *високий*, заінтересованість – *низька*.
2. *Державні та муніципальні службовці* є тією категорією осіб, які бажають кар'єрного зростання, позитивного іміджу, але, в більшості своїй, немотивовані розробляти та приймати ефективні рішення, які можуть покращити ситуацію у сфері туберкульозу, в тому числі, боячись брати

відповідальність на себе. З іншого боку, вони не достатньо інформовані щодо небезпеки туберкульозу. Вплив – *достатньо високий*, заінтересованість – *низька*.

3. *Політичні партії і політики* в більшості своїй недостатньо розуміються на проблемі туберкульозу, що пояснює другорядний характер для них рішень, що приймаються на користь заходів боротьби із туберкульозом. Політики та особи на виборних посадах використовують проблеми туберкульозу переважно у своїх виборчих інтересах, тож вони не мають системного характеру і, по суті, є популістськими. Вплив – *високий*, заінтересованість – *низька*.
4. *Підприємництво*. Підтримка бізнесом заходів протидії захворюванню на туберкульоз може ґрунтуватися на самій природі підприємництва, а саме на можливості отримання більших прибутків за рахунок зменшення податків, у випадку надання відповідної благодійної допомоги, створення нових робочих місць тощо. Втім, держава не стимулює заінтересованість бізнесу щодо його участі у вирішенні проблеми туберкульозу внаслідок обмеженого характеру самої державної політики у цій сфері. Вплив – *достатньо високий*, заінтересованість – *низька*.
5. *Фармацевтичний бізнес* може бути напряму заінтересований у розвитку медичних послуг та лікуванні туберкульозу, оскільки це розширює ринок протитуберкульозних препаратів, а державна підтримка забезпечуватиме доступність якісних вітчизняних протитуберкульозних препаратів, сприятиме підвищенню їх конкурентоспроможності на внутрішньому та міжнародному ринках. Наразі держава не стимулює таку заінтересованість фармбізнесу. Вплив – *достатньо високий*, заінтересованість – *низька*.
6. Джерелом соціальної мобілізації у сфері протидії туберкульозу та її рушійною силою є *спеціалізовані протитуберкульозні неурядові організації*. Вони генерують суспільно-значимі ідеї, формують громадську думку, здійснюють роз'яснювальну роботу та забезпечують розуміння в суспільстві стану вирішення проблеми, проводять первинну інформаційну профілактику захворювання на туберкульоз. Втім, НУО залежать від державного та зовнішнього фінансування, що обмежує їх діяльність вимогами, що висуваються донорами. Вплив – *недостатньо високий*, заінтересованість – *висока*.
7. *Міжнародні неурядові організації* заінтересовані у просуванні в Україні своїх стратегій подолання туберкульозу, що призводить до надмірного тиску в цьому на державні органи та руйнування існуючої структури надання фтизіатричної допомоги. Реформа системи управління

у сфері протидії туберкульозу може суттєво зашкодити такому впливові, тому вони можуть бути не зацікавлені у радикальній зміні ситуації щодо державної політики України у сфері протидії туберкульозу, що зменшить тут їх вплив на систему охорони здоров'я, особливо в частині соціальних інфекційних захворювань, за якими в Україні міцно закріпився лідерський статус. Вплив – *високий*, зацікавленість – *низька*.

8. **Приватні благодійні фонди та донори**, як правило, переслідують свої власні корпоративні інтереси або інтереси своїх засновників, тому зацікавлені у відповідному суспільному резонансі. Їхня діяльність у сфері протидії захворюванню на туберкульоз, переважно, обмежується цілим рядом корпоративних пріоритетів та інтересів, що робить таку діяльність дещо односторонньою та заангажованою. Вплив – *достатньо високий*, зацікавленість – *низька*.
9. **ЗМІ** мають значний потенціал для забезпечення сприятливої суспільно-політичної ситуації для подолання епідемії туберкульозу. Водночас, більшість впливових ЗМІ знаходяться під контролем або у власності певних політичних та економічних кіл, отже проблема туберкульозу не знаходить тут необхідного висвітлення, або певним чином заангажована. Вплив – *високий*, зацікавленість – *достатньо низька*.
10. **Загальне населення**. Соціально-адаптовані верстви поки що не зацікавлені у вирішенні проблеми внаслідок поганої поінформованості та традиційної соціальної апатії. Активна роз'яснювальна робота може сприяти соціальній мобілізації загального населення на протидію туберкульозу. Вплив – *низький*, зацікавленість – *низька*.
11. **Групи ризику** захворювання на туберкульоз, серед яких виділяються ті, кого торкнулася проблема, а також ті особи, самий спосіб життя яких несе в собі потенційну небезпеку захворювання на туберкульоз (бездомні, мігранти, наркозалежні, алкоголіки, ВІЛ-інфіковані, особи, які звільнилися з місць позбавлення волі тощо). Перша група в цій категорії більш ознайомена із проблемою і зацікавлена у її вирішенні, щоб не захворіти та уберегти від захворювання своїх рідних та близьких. Друга група в цій категорії менш інформована та мотивована на охорону власного здоров'я, втім, за умов підвищення інформованості та забезпечення вільного доступу до безоплатних медичних послуг, може бути включена в систему заходів із протидії туберкульозу. Водночас, цьому може заважати традиційна стигма цієї категорії громадян в суспільстві та спротив обов'язковому контролю. Вплив – *низький*, зацікавленість – *низька*.

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

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

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

Виходячи із передбачення, що в Україні немає іншого шляху подолання епідемії туберкульозу, як здійснення радикальної реформи державної полі-

тики у зазначеній сфері, *особливого значення набувають заходи адвокаційної та соціально-мобілізаційної комунікації на рівні влади і громад, роз'яснювальна робота в середовищі заінтересованих сторін, політична підтримка та воля з боку вищих посадових осіб держави, прогресивних політиків, політичних партій.*

Варіанти вирішення проблеми

На сьогодні існує кілька варіантів розв'язання проблеми.

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

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

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

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

Ось чому пропонується **четвертий, оптимальний варіант** – формування нових елементів системи протидії туберкульозу, що передбачає пріоритет первинної (соціальної) профілактики туберкульозу, або ж комплексу соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо, спрямованого на створення умов, що унеможливають появу нових випадків інфікування туберкульозом, а також передбачають здійснення діяльності, спрямованої на послаблення негативного впливу цієї інфекційної хвороби на суспільство як соціальної системи загалом. За умов такого комплексного підходу, профілактика у сфері запобігання поширенню туберкульозу повинна здійснюватися шляхом виявлення, усунення або нейтралізації причин та умов, що підтримують персистенцію її біологічного збудника серед представників окремих соціальних груп та серед широких верств населення.

Пропонований підхід до вирішення проблеми

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

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

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

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

У сфері державного управління:

- розбудова системи первинної профілактики туберкульозу як комплексу політичних і соціально-економічних заходів держави щодо покращення умов та способу життя, навколишнього середовища, виховання тощо та як сфери державно-управлінської діяльності;
- посилення відповідальності різних суб'єктів державного управління та місцевого самоврядування за здійснення заходів первинної профілактики туберкульозу шляхом визначення сфери їх відповідальності за

дотримання епідемічного благополуччя населення і протидію захворюванню на туберкульоз та внесення відповідних змін та доповнень в положення про них;

- внесення змін і доповнень до галузевих законів, державних цільових програм, підзаконних актів та іншої діючої нормативно-правової бази в частині, що спрямована на забезпечення комплексного міжгалузевого вирішення проблеми туберкульозу;
- створення в країні сприятливої для цього суспільно-політичної ситуації, зміни ставлення влади і громадян до проблеми туберкульозу взагалі та формування відповідної небезпеці туберкульозу державної політики та індивідуальної і суспільної поведінки, спрямованої на протидію захворюванню на туберкульоз.

У соціально-економічній сфері:

- подолання бідності;
- скорочення рівня безробіття;
- контроль за міграційними процесами;
- протидія бездомності та бездоглядності;
- забезпечення гідної якості життя та соціальних гарантій;
- реформа системи охорони здоров'я.

У медичній та медико-соціальній сфері:

- впровадження обов'язкових щорічних профілактичних медичних оглядів всього населення з метою своєчасного виявлення нових випадків захворювання на туберкульоз та інших захворювань;
- оцінка, визначення чисельності та профілактична роботи із громадянами та їх специфічними групами, які мають ризик захворювання на туберкульоз, як важливий стратегічний ресурс для подальшого прийняття рішень щодо відповіді на епідемію туберкульозу;
- реформування системи надання протитуберкульозної допомоги шляхом максимального наближення медичних послуг до хворого, інтеграції надання медичної допомоги, що забезпечить підвищення рівня доступу населення до діагностики, лікування туберкульозу та догляду;
- підвищення ефективності лікування занедбаних, важких, поширених та ускладнених форм туберкульозу; забезпечення фінансової підтримки інфекційного контролю, необхідної техніки та засобів безпеки для медичного персоналу у фтизіатричних та пульмонологічних закладах;
- розширення можливостей лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу для діагностики всіх випадків захворювання;
- приведення стандартів лікування хворих на туберкульоз у відповідність до міжнародних стандартів;

- безперервне забезпечення закладів охорони здоров'я, що здійснюють лікування хворих на туберкульоз у стаціонарних та амбулаторних умовах, протитуберкульозними лікарськими засобами, зокрема із широким застосуванням препаратів із фіксованими дозами;
- підвищення якості контрольованого лікування туберкульозу через розширення мережі кабінетів контрольованого лікування в закладах охорони здоров'я та введення елементів контрольованого лікування в систему первинної медичної допомоги;
- посилення узгодженості систем протидії туберкульозу та протидії ВІЛ/СНІД стосовно виявлення випадків захворювання на туберкульоз, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу, розширення профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції для людей, що живуть з ВІЛ/СНІД;
- забезпечення поступового та ефективного переходу на амбулаторну форму лікування туберкульозу на основі передбачуваного чинним законодавством повного захисту прав та інтересів всіх громадян України в умовах епідемії туберкульозу;
- надання державної підтримки та стимулювання розвитку вітчизняного виробництва якісних та конкурентоздатних протитуберкульозних лікарських засобів та впорядкування системи закупівель протитуберкульозних препаратів;
- удосконалення системи моніторингу та оцінки виконання Програми, роботи закладів охорони здоров'я на центральному та регіональному рівнях та прогнозування ситуації щодо туберкульозу шляхом підготовки та проведення навчання відповідних фахівців, удосконалення звітно-облікових форм та індикаторів ефективності роботи, забезпечення функціонування електронного реєстру хворих на туберкульоз.

У сфері посилення впливу громадянського суспільства:

- залучення громадських організацій до активної участі у протидії туберкульозу, забезпечення захисту населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення рівня громадської обізнаності, розв'язання проблеми, пов'язаної з негативним ставленням суспільства до хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфікованих осіб та їх дискримінації у системі охорони здоров'я; сприяння створенню належних умов для ефективної реалізації потенціалу та розвитку об'єднань громадян, які провадять діяльність у сфері протидії туберкульозу;
- удосконалення системи післядипломної освіти з питань фтизіатрії, обміну досвідом на національному та міжнародному рівнях шляхом створення ресурсних центрів та оновлення програм навчання;

- підвищення рівня обізнаності населення шляхом проведення лекцій, бесід, телепередач, розповсюдження соціальної реклами з питання запобігання захворюванню на туберкульоз;
- розбудова сталої національної системи заходів з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації, забезпечення в повному обсязі та гарантування фінансування з державного та місцевих бюджетів заходів, спрямованих на підвищення ефективності суспільної комунікації (зміни ставлення, політики, поведінки тощо) у сфері протидії туберкульозу на рівні влади та громад.

Що має бути зроблено для вирішення проблеми?

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

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

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

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

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

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

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

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

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 гірничого нагляду та промислової безпеки України Державна інспекція України з питань праці Державна санітарно-епідеміологічна служба України
1. Внутрішні біженці із зони АТО та тимчасово окупованих територій АР Крим. 2. Іноземні мігранти із сумнівним статусом. 3. Внутрішні мігранти (бездомні).	1 – близько 340 тис. осіб. 2 – близько 5 млн. осіб. 3 – близько 1 млн. осіб.	Державна міграційна служба України Міністерство внутрішніх справ України Державна служба України з надзвичайних ситуацій
1. Особи, які знаходяться за межею бідності. 2. Безробітні. 3. Непрацюючі працездатного віку. 4. Пенсіонери. 5. Бездомні. 6. Малозабезпечені сім'ї. 7. Соціальні працівники.	1 – близько 42,0% населення. 2 – більше 2 млн. осіб (близько 5,0% всього населення України, або 10,0% від загальної чисельності зайнятого населення України). 3 – немає відомостей. 4 – близько 30,0% населення. 5 – близько 1 млн. осіб. 6 – близько 200 тис. сімей, що отримують державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям та майже 150 тис. сімей, що отримують державну допомогу сім'ям з дітьми. 7 – відомості відсутні.	Міністерство соціальної політики України Державна служба зайнятості
1. Особи, які знаходяться під вартою. 2. Особи, які звільнилися з місць позбавлення волі впродовж 2-х років.	1 – близько 180 тис. осіб. 2 – немає відомостей.	Державна пенітенціарна служба України/ Кримінально-виконавча інспекція
1. Учніська 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 Державна санітарно-епідеміологічна служба 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 алкоголем чи вживають наркотики. 5. Працівники закладів охорони здоров'я.	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
1. Населення депресивних регіонів та місцевостей, в яких закриті бюджетотворюючі підприємства. 2. Населення регіонів та місцевостей із складними екологічними проблемами. 3. Особи, які проживають у приміщеннях, що не відповідають санітарним нормам.	відомості відсутні	Державна санітарно-епідеміологічна служба України 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

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

- прогнозування тенденцій розвитку епідемії туберкульозу в межах визначених повноважень;
- оцінка масштабів та наслідків епідемії туберкульозу у випадку, якщо не вживатимуться ефективні упереджувальні заходи;
- планування, реалізація та оцінка профілактичних програм тощо.

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

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

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

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

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

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

1. Відсутній аналіз успіхів і невдач виконання мети та завдань попередніх Загальнодержавних програм протидії захворюванню на туберкульоз, з чого повинно бути зрозумілим, чому саме має бути прийнята наступна програма та визначена мета її виконання.
2. Відсутній аналіз можливих тенденцій розвитку епідемічної ситуації та не зроблений аналіз можливих ризиків при виконанні наступної програми.
3. Відсутній повний аналіз причин виникнення проблеми. В концепції програми увага концентрується не на основоположних та першорядних причинах, які породжують епідемію туберкульозу та сприяють її загостренню, а, здебільшого, на їх наслідках.
4. Відсутній аналіз соціально-економічних чинників епідемії туберкульозу та проблем, пов'язаних із групами ризику захворювання на туберкульоз, не наданий їх перелік та характеристика, не визначені особливості профілактичної роботи із ними тощо.
5. Відсутня оцінка повних фінансових, матеріально-технічних, трудових ресурсів, необхідних для виконання програми. Для забезпечення виконання заходів та досягнення результативних показників Загальнодержавної програми у повному обсязі, ще на етапі їх планування треба чітко визначити повний обсяг коштів з Державного та місцевих бюджетів України, міжнародної допомоги, які протягом планових років повинні бути скеровані на відповідні цілі. Однак традиційно визначаються лише обсяги видатків за кошти Державного бюджету та міжнародної допомоги. Державні цільові програми протидії захворюванню

на туберкульоз передбачають лише централізовану закупівлю медичних препаратів, обладнання, витратних матеріалів за кошти Державного бюджету України, а решта витрат на виконання їх заходів традиційно відноситься до місцевих бюджетів, які, в силу ряду причин, не можуть забезпечити їх виконання в повному обсязі. При цьому, обсяги видатків з місцевих бюджетів визначаються окремо і пізніше, коли Загальнодержавна програма вже затверджена, в процесі розробки вже регіональних програм. Таким чином, одночасно не формується алгоритм оптимального фінансового забезпечення заходів Загальнодержавної програми на всіх рівнях та за рахунок всіх джерел фінансування. Водночас, поза увагою державного фінансування залишаються такі складні завдання, які віднесені до фінансування з місцевих бюджетів, як, наприклад, покращення стану будівель та інженерний контроль у протитуберкульозних установах (80,0% з яких не відповідають вимогам), створення палат та відділень у протитуберкульозних закладах, вдосконалення управління системою надання фтизіатричної допомоги, посилення кадрового потенціалу фтизіатричної служби, організація лікування та соціальна підтримка хворих, робота із групами ризику захворювання, створення сприятливого для протидії туберкульозу суспільного середовища тощо. Відсутність в Загальнодержавній програмі відомостей щодо обсягів видатків за кошти місцевих бюджетів свідчить про те, що бачення цілісної картини виконання її завдань і заходів та їх ресурсного забезпечення на загальнодержавному, регіональному та місцевому рівнях в принципі не існує. Таким чином, **не задовольняється одна з найважливіших умов розроблення цільових програм, визначена статтею 2 Закону України «Про державні цільові програми», а саме, що має існувати «наявність реальної можливості ресурсного забезпечення виконання програми».**

6. Мета Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки практично аналогічна меті попередньої Загальнодержавної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007 – 2011 роках. Очевидно, що мета кожної наступної державної цільової програми повинна визначати досягнення нових цілей та виконання нових завдань на основі аналізу виконання попередніх. Діючою загальнодержавною програмою передбачено скорочення в Україні захворюваності на туберкульоз впродовж 2012 – 2016 років лише на 4,6%, що у 4,2 рази менше від рівня, досягнутого у попередньому періоді (19,3%).
7. В чинній загальнодержавній програмі відсутній аналіз проблеми на міжгалузевому рівні та не ставиться завдання внаслідок взаємодії і ко-

ординації діяльності всіх заінтересованих сторін сприяти усуненню докорінних соціально-економічних причин поширення епідемії туберкульозу.

8. Загальнодержавна програма не містить в собі алгоритму (або конкретних рекомендацій) щодо форм, методів та шляхів досягнення завдань, заходів та індикаторів для кожного з виконавців.
9. Значну перешкоду успішному виконанню заходів загальнодержавної програми створює також та обставина, що, з-поміж усіх визначених її виконавців, розпорядниками коштів державного бюджету України, що надаються на виконання програми, виступають тільки МОЗ України, Державна пенітенціарна служба України та АМН України. Решті виконавців видатки з державного бюджету України на виконання ними своїх функцій в рамках програми не передбачені.
10. Державою не виконуються навіть ті зобов'язання по фінансовому забезпеченню загальнодержавних програм, які передбачені в ній. На фоні тотальної інфляції щороку відбувається скорочення видатків з державного та місцевих бюджетів на протитуберкульозні заходи.

Аналогічні проблеми характерні і для регіональних програм:

1. Вони є вузькоспеціалізованими соціальними програмами, спрямованими на вирішення проблеми туберкульозу на відповідній території виключно медичними засобами.
2. В них не дається аналіз специфічних для відповідної області економічних, соціальних, культурних, екологічних та інших чинників поширення туберкульозу та не ставляться завдання щодо їх подолання комплексним шляхом.
3. В них відсутній аналіз груп ризику захворювання на туберкульоз, які є специфічними для даної області, не дається прогноз розвитку захворюваності серед них та не визначаються основні напрями профілактичної роботи із ними.
4. В них не здійснюється оцінка фінансових, матеріальних та людських ресурсів, необхідних для протидії епідемії туберкульозу на території відповідної області. Такий висновок нами зроблений на основі аналізу регіональних програм протидії захворюванню на туберкульоз. Так, наприклад, в 15 діючих наразі обласних програмах відсутня оцінка потреб щодо фінансування заходів протидії захворюванню на туберкульоз за кошти районних та міських бюджетів. В 22 обласних програмах відсутнє визначення, на які конкретно витрати передбачається спрямування видатків, виділених на їх виконання з відповідних бюджетів. Зокрема, в таких програмах лише зазначається, що обсяги фінансування

визначатимуться у межах видатків місцевих бюджетів. Це свідчить на користь того, що відсутня наявність реальної можливості ресурсного забезпечення виконання протитуберкульозних програм в переважній більшості регіонів України.

5. В частині мети та завдань обласні програми копіюють Загальнодержавну програму, не відображаючи специфіку того чи іншого регіону, де вони приймаються.
6. Вони не містять в собі алгоритму (або конкретних рекомендацій) щодо форм, методів та шляхів досягнення завдань, заходів та індикаторів для всіх виконавців, що унеможлиблює досягнення мети кожної з них з причин відсутності реальної координації діяльності місцевих органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування в тій чи іншій області.
7. Місцеві фінансові органи та органи охорони здоров'я при складанні бюджетів за програмно-цільовим методом не забезпечують фінансування програм і централізованих заходів боротьби з туберкульозом окремою бюджетною програмою «Програми і централізовані заходи боротьби з туберкульозом» за КТКВК 081007.
8. За нашими підрахунками, в 33,3% регіонів України цільові програми протидії захворюванню на туберкульоз «генетично» пов'язані із Загальнодержавною цільовою соціальною програмою протидії захворюванню на туберкульоз на 2012 – 2016 роки та не ґрунтуються на її вимогах, адже були прийняті на місцях ще до її затвердження Верховною Радою України.

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

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

1. Визначення поняття «туберкульоз в Україні».
2. Оцінку того, що було зроблено для подолання епідемії туберкульозу в Україні, починаючи із 1995 року, включаючи попередній звітний період.
3. Характеристику соціально-економічних чинників епідемії туберкульозу в Україні, в тому числі – оцінку груп ризику захворювання на туберкульоз.

4. Визначення медичних чинників (недоліків у профілактиці, лікуванні, забезпеченні протитуберкульозних установ, підготовці кадрів тощо) туберкульозу в Україні.
5. Загальну характеристику чинної державної політики у сфері протидії епідемії туберкульозу в Україні, її досягнень та недоліків.
6. Загальну оцінку регіональних політик у сфері протидії туберкульозу, їх досягнень та недоліків.
7. Визначення масштабів проблеми у випадку її неналежного вирішення; оцінку викликів, перспектив розвитку ситуації та ризиків, що її супроводжують.
8. Визначення новизни та інноваційності проблеми, на вирішення якої спрямовано програму, та шляхів її вирішення.
9. Обґрунтування мети держави у протидії туберкульозу на визначений термін.
10. Постановку загальних завдань у подоланні епідемії туберкульозу на визначений термін:
 - 10.1. На загальнодержавному рівні.
 - 10.2. На місцевому рівні.
11. Оцінку наявних фінансових, матеріальних та людських ресурсів, необхідних для досягнення мети та завдань.
12. Визначення кола центральних органів державної влади та їх завдань у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.
13. Визначення завдань місцевих органів державної влади у сфері протидії захворюванню на туберкульоз на визначений термін.
14. Характеристику механізму фінансового забезпечення заходів із протидії захворюванню на туберкульоз:
 - 14.1. Центральним органам державної влади за кошти Державного бюджету України.
 - 14.2. Місцевим органам державної влади за кошти Державного бюджету України.
 - 14.3. Місцевим органам державної влади за кошти обласних та інших місцевих бюджетів України.
 - 14.4. За кошти міжнародної допомоги.
15. Визначення очікуваних результатів.
16. Додатки.

Для забезпечення всеохоплюючого та комплексного характеру її виконання після розробки та затвердження Концепції, саму програму необхідно формувати на основі повної оцінки всіх наявних ресурсів, чіткого визначення алгоритму її впровадження та надання чітких рекомендацій всім її

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

ДОДАТОК

МЕХАНІЗМ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ В СФЕРІ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ
 («НАЦІОНАЛЬНА СТРАТЕГІЯ ПРОТИДІЇ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ДО 2020 РОКУ»)



