



Public Health as an Object of Public Administration. Public Policy in the Field of Combating Tuberculosis: Global Experience

UDC: 351.773:616-002.5

DOI: 10.15421/152222

Borodin YevgeniyDr.Sc., Full Prof., <https://orcid.org/0000-0002-7331-5981>, borodin.ye.i@nmu.one**Moiseyeva Lyubov**Ph.D. Student, moiseieva.l.v@nmu.one*Dnipro University of Technology (Dnipro, Ukraine)***Abstract**

The article examines the public health system as an object of public administration. The inconsistency of the problem of public health in the culture of society is emphasized. It is shown that a significant reflection of the social significance of health in its individual and social plans is the relationship of health with the socio-labor capabilities of a person, with the position of individual social groups in the structure of social production.

It is justified that in modern society the development of such values as health care and health preservation is far from the same for different groups and strata of the population. It largely depends on the position of individuals and groups in one or another system of social inequality. It has been proven that health serves as a serious basis for the identification and self-identification of people in the system of social inequality and, therefore, a prerequisite for their social interactions, social cohesion or disunity, and in addition, an essential factor of the socio-psychological climate of social groups and society in general.

According to the authors, if public health is prioritized in the context of its social conditioning at the level of population and community, the scale of responsibility of social subjects changes qualitatively. At the same time, public administration discourse can pose very relevant tasks, including: social mechanisms for making political decisions in the field of public health, typology and effectiveness of various political systems - organizations, states in terms of preserving the health of the population, social and political responsibility of the state and leading subjects of political life for the preservation, effective protection of the health of the population as a fundamental potential of social groups, the nation, the country as a whole, the theoretical model (concept) and effectiveness of the state's social policy from the point of view of the interrelationship of individual directions of this policy (health care, social protection of the population, education, etc.).

Keywords: public health, public management of the public health system, health care, health culture

Citation: Borodin, Ye., & Moiseyeva, L. (2022). Public Health as an Object of Public Administration. Public Policy in the Field of Combating Tuberculosis: Global Experience. *Public Administration Aspects*, 10(4), 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід

Бородін Євгеній, Моїсеєва Любов*Національний технічний університет «Дніпровська політехніка» (Дніпро, Україна)***Анотація**

У статті розглянуто світовий досвід державної політики у сфері боротьби з туберкульозом. Підкреслено неузгодженість проблеми громадського здоров'я в культурі суспільства. Показано, що істотним відображенням соціальної значущості здоров'я в його індивідуальних і соціальних планах є взаємозв'язок здоров'я з соціально-трудовами можливостями людини, з положенням окремих соціальних груп в структурі суспільного виробництва.

Обґрунтовано, що у сучасному суспільстві розвиток таких цінностей, як охорона здоров'я та збереження здоров'я, далеко не однаковий для різних груп і верств населення. Це значною мірою залежить від положення індивідів і груп в тій чи іншій системі соціальної нерівності. Доведено, що здоров'я служить серйозною основою для виявлення і самоідентифікації людей в системі соціальної нерівності і, отже, передумовою їх соціальних взаємодій, соціальної згуртованості або роз'єднаності, а крім того, істотним фактором соціально-психологічного клімату соціальних груп і суспільства взагалі.

На думку авторів, у разі пріоритетності громадського здоров'я в контексті його соціальної обумовленості на рівні населення і спільності якісно змінюється шкала відповідальності соціальних суб'єктів. При цьому державноуправлінський дискурс може ставити дуже актуальні завдання, серед яких: соціальні механізми вироблення політичних рішень у сфері громадського здоров'я, типологія і ефективність різних політичних систем – організацій, держав в плані збереження здоров'я населення, соціальна і політична відповідальність держави та провідних суб'єктів політичного життя за збереження, ефективну охорону здоров'я населення як фундаментального потенціалу соціальних груп, нації, країни в цілому, теоретична модель (концепція) та ефективність соціальної політики держави з точки зору взаємозв'язку окремих напрямів цієї політики (охорона здоров'я, соціальний захист населення, освіта тощо).

Ключові слова: громадське здоров'я, публічне управління системою громадського здоров'я, культура здоров'я, охорона здоров'я

Цитування: Бородін Є., Моїсеєва Л. Охорона громадського здоров'я як об'єкт державного управління. Державна політика у сфері боротьби з туберкульозом: світовий досвід. *Аспекти публічного управління*. 2022. Том 10. №4. С. 13-22. <https://doi.org/10.15421/152222>

Стаття надійшла / Article arrived: 15.07.2022

Схвалено до друку / Accepted: 29.08.2022



Вступ.

За оцінками, 1,7 мільярда (23%) населення світу інфіковано *Mycobacterium tuberculosis*, що призводить до понад 10 мільйонів нових випадків туберкульозу щороку [1]. У 1993 році рішенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) туберкульоз був визнаний глобальною надзвичайною проблемою. Через два роки (1995) ВООЗ зареєструвала епідемію туберкульозу в Україні.

19 липня 1995 року Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) видало наказ №133 «Про затвердження Переліку особливо небезпечних, небезпечних інфекційних та паразитарних хвороб людини і носійства збудників цих хвороб», згідно із яким туберкульоз було віднесений до категорії «особливо небезпечні інфекційні хвороби» [2].

Туберкульоз є однією з 10 основних причин смерті в усьому світі та є головною причиною смерті від одного збудника інфекційного захворювання. Амбітна стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я «Покінчити з туберкульозом» спрямована на досягнення 95% зниження смертності від туберкульозу та 90% зниження рівня захворюваності на туберкульоз до 2035 року.

Небагато хвороб вплинули на історію людства так сильно, як туберкульоз. *Mycobacterium tuberculosis* (МТВ) спричиняє захворювання у людей протягом понад 4000 років [3]. З моменту його наукового відкриття в 1882 році понад 1 мільярд людей померли від туберкульозу – кількість смертей перевищує кількість смертей від малярії, віспи, ВІЛ/СНІДу, холери, чуми та грипу разом узятих. Сьогодні понад 2 мільярди людей є латентно інфікованими, 10 мільйонів людей мають туберкульоз, і туберкульоз є основною інфекційною причиною смерті в усьому світі, окрім COVID-19.

Хоча прогрес у дослідженні туберкульозу історично був дуже повільним, нещодавні зусилля, підкріплені збільшенням фінансування досліджень і політичною рішучістю, принесли значні успіхи. Зараз у стадії клінічних розробок є майже 20 нових препаратів, багато нових вакцин-кандидатів, низка нових діагностичних засобів і численні клінічні випробування, що характеризують ефективність цих нових засобів.

Незважаючи на ці успіхи, багато ще належить зробити. Лише у 2019 році туберкульоз спричинив 1,5 мільйона смертей, у тому числі 251 000 смертей серед ВІЛ-інфікованих [4]. Мільйони випадків залишилися недиагностованими, і лише кожна третя людина з лікарсько-стійким туберкульозом отримала належне лікування. Поширеність лікарсько-стійкого туберкульозу продовжує зростати. Інструменти та стратегії, необхідні для того, щоб покласти край пандемії туберкульозу, хоча на горизонті, ще недоступні. Ефективні вакцини, справжня діагностика на місці лікування, простіші схеми лікування та стратегії для покращення виявлення випадків та збереження лікування є досяжними. Однак для досягнення успіху необхідно подвоїти інвестиції в дослідження та дослідницьку інфраструктуру за підтримки політичної підтримки, щоб гарантувати, що досягнуті на сьогодні досягнення не будуть втрачені.

Мета дослідження: розглянути світовий досвід державної політики у сфері боротьби з туберкульозом.

Аналіз останніх досліджень і публікацій.

Оцінка ризикових факторів, що впливають на формування і розвиток соціально небезпечних хвороб, таких як туберкульоз, ВІЛ/СНІД, наркоманія та публічна політика щодо їх запобігання привертала увагу З. Надюка [5], Я. Радиша [6], І. Хожило [7] та інших дослідників.

Викладення основного матеріалу.

Через високу смертність і захворюваність, пов'язану з туберкульозом, ВООЗ розгорнула стратегії, спрямовані на контроль і остаточне викорінення захворювання. Як вже зазначалося, у 1993 році туберкульоз був оголошений надзвичайною ситуацією у сфері охорони здоров'я.

Протидія виникненню і поширенню захворювання на туберкульоз, забезпечення медичної допомоги хворим на туберкульоз були визначені відповідним Законом України «Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз» 5 липня 2001 року.

Зростання захворюваності на туберкульоз з 2009 року стало ознакою глобальної кризи в галузі охорони здоров'я. Особливо постраждав Європейський регіон: дев'ять із 30 країн світу з високим рівнем навантаження на всі форми туберкульозу [8] та найвища частка нових та відступаючих випадків з



мультирезистентного туберкульозу [9, 10]. Усі держави-члени взяли на себе зобов'язання у 2007 році терміново відреагувати на відновлення туберкульозу в Європейському регіоні та належним чином вирішити проблему туберкульозу шляхом схвалення Берлінської декларації про туберкульоз [11]. Згодом міністри 27 країн світу з високим тягарем туберкульозу зустрілися в Пекіні 1–3 квітня 2009 року, щоб відповісти на тривожну загрозу туберкульозу. Це знайшло своє відображення в заклику до дій, спрямованих на зміцнення порядку денного в галузі охорони здоров'я і забезпечення того, щоб були взяті термінові і необхідні зобов'язання щодо дій і фінансування для запобігання епідемії туберкульозу, що насувається. Шістдесят друга Всесвітня асамблея охорони здоров'я в травні 2009 року закликала всі держави-члени резолюцією ВНА 62.15 досягти загального доступу до діагностики та лікування туберкульозу в рамках переходу до універсального охоплення послугами охорони здоров'я, тим самим рятуючи життя і захищаючи громади.

Спираючись на ці зобов'язання та для вирішення ситуації з туберкульозом в Європейському регіоні, у 2010 році було розроблено план дій для всіх 53 держав-членів [10]. План був розроблений у широких консультаціях з менеджерами Національної програми протидії туберкульозу, ключовими партнерами та організаціями громадянського суспільства. За підсумками цих консультацій на 61-й сесії було схвалено зведений план дій щодо запобігання та боротьби з туберкульозом в регіоні на 2011–2015 роки та резолюцію Регіонального комітету ВООЗ з питань Європи EUR/R61/R7 в Баку у вересні 2011 року. Метою плану було стримування поширення резистентного до лікарських засобів туберкульозу шляхом досягнення загального доступу до профілактики, діагностики та лікування мультирезистентного туберкульозу у всіх державах-членах до 2015 року [10]. Шість стратегічних напрямків та сім напрямків втручання були узгоджені з Глобальним планом припинення туберкульозу на 2011–2015 роки [12] за допомогою таких конкретних цілей: зменшення на 20% частки мультирезистентного туберкульозу серед пацієнтів з повторним лікуванням; діагностувати не менше 85% усіх передбачуваних хворих на

мультирезистентний туберкульоз; успішно лікувати не менше 75% від усіх випадків); Ініціатива Європейської лабораторії туберкульозу, яка спрямована на покращення та розширення діагностики, гарантованої якістю, з особливою увагою до переходу на літній час та швидких молекулярних тестів; та Регіональний комітет зі співробітництва з контролю та догляду за туберкульозом, який працює над покращенням партнерських відносин та посиленням координації між партнерами [8].

З того часу було досягнуто значного прогресу в профілактиці та боротьбі з туберкульозом у Європі, а також досягнуто Цілі розвитку тисячоліття щодо скасування захворюваності на туберкульоз. Захворюваність на туберкульоз в Європі падає в середньому на 5,5% на рік з моменту реалізації зведеного плану дій, що є найшвидшим зниженням показників туберкульозу у будь-якому регіоні ВООЗ.

У 2014 році в Європейському регіоні було зареєстровано 73 000 випадків мультирезистентного туберкульозу. Тоді ж на засіданні Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я було прийнято Стратегію подолання туберкульозу, яка поставила перед собою завдання скоротити смертність на 95% і рівень захворюваності на 90% до 2035 року [13]. Стратегія спрямована на припинення епідемії туберкульозу та включає чотири принципи, три основні стовпи, 10 компонентів, віхи на 2020, 2025 та 2030 роки та цілі на 2035 рік. Резолюція закликає всі держави-члени адаптувати використання стратегії до свого національного контексту і запрошує ВООЗ і регіональних партнерів підтримати імплементацію. Перехід від Цілей розвитку тисячоліття до Цілей сталого розвитку ще більше підкреслює важливість зв'язку профілактики та догляду за туберкульозом з іншими питаннями розвитку.

План дій узгоджується з Європейською політикою ВООЗ у сфері охорони здоров'я та благополуччя, Health 2030, Рамковим планом дій Європейського центру профілактики та контролю захворювань для боротьби з туберкульозом в Європейському Союзі та рамковими діями щодо ліквідації туберкульозу при низькій захворюваності країн. Він також розглядає Міністерську конференцію Східного партнерства з туберкульозу, на якій держави-члени



взяли на себе зобов'язання покласти край туберкульозу в Європейському регіоні за допомогою Спільної Ризької декларації про туберкульоз та його множинну лікарську стійкість у 2015 році.

Усі країни регіону з високим рівнем навантаження на туберкульоз розробили національні плани реагування на туберкульоз у консультації з ВООЗ. Плани базуються на національних дослідженнях стійкості до туберкульозу та інших національних контекстах. Також були створені технічні консультативні механізми для досягнення комплексних цілей плану дій та національних планів реагування на туберкульоз, включаючи: регіональний Комітет зеленого світла для Європи, який є технічним консультативним органом ВООЗ, розробленим для підтримки країн сучасними клінічними консультаціями та розширенням програмного управління; Європейське респіраторне товариство та консилиум ВООЗ з туберкульозу (мультидисциплінарна команда фахівців, організована для надання експертних клінічних консультацій щодо туберкульозу).

Довгострокове бачення полягає в тому, щоб покласти край епідемії туберкульозу, при цьому нульові постраждали сім'ї стикаються з катастрофічними витратами через туберкульоз. План дій визначає регіональну мету та цілі щодо профілактики та догляду за туберкульозом та резистентним до лікарських засобів з 2016 по 2020 рік за шістьма стратегічними напрямками та п'ятьма напрямками втручання, які мають здійснювати держави-члени, Регіональне бюро та партнери. Він служить основою для негайних дій та довгострокових рішень для зміцнення систем охорони здоров'я, спрямування адекватної допомоги при туберкульозі на вразливі групи населення та вирішення соціальних детермінант та факторів ризику туберкульозу.

Реалізація державної політики у сфері боротьби з туберкульозом потребує застосування механізмів державно-приватного партнерства. З 2001 року партнерство «Зупинимо туберкульоз» об'єднує неурядові організації, громади, приватні актори, держави та міжнародні інституції (1700 партнерів у понад 100 країнах) з метою ліквідації туберкульозу, хвороби, якій можна запобігти тавилікувати. Його визнають унікальним міжнародним

органом, який має повноваження мобілізувати учасників з усього світу для спільної мети [14].

Регіональне бюро працювало з консультативним комітетом, до складу якого увійшли представники штаб-квартири ВООЗ, семи держав-членів (Вірменія, Австрія, Білорусь, Німеччина, Казахстан, Нідерланди та Великобританія), технічних та фінансових агентств, організацій громадянського суспільства та колишніх пацієнтів з мультирезистентним туберкульозом.

Цільові групи під керівництвом Регіонального офісу розробили комплексну систему моніторингу та оцінки для документування прогресу у виконанні та фінансового аналізу витрат та вигод від впровадження.

Ще однією серйозною проблемою для контролю туберкульозу є охоплення вразливих груп населення, таких як діти, мігранти, ув'язнені та ВІЛ-інфіковані, які піддаються більшому ризику зараження та розвитку мультирезистентного туберкульозу. Значні зусилля були докладені на цьому фронті з 2011 року, з розробкою мінімального пакету транскордонного контролю та догляду за туберкульозом у 2012 році та офіційною заявою про 12 пунктів дій щодо покращення профілактики та контролю за туберкульозом у в'язницях, виданої у 2013 році Міжнародним союзом боротьби з туберкульозом та хворобами легенів, ВООЗ та інші міжнародними зацікавленими сторонами. Крім того, обізнаність про етичні та правозахисні виміри лікування туберкульозу була підвищена завдяки конкретному аналізу та допомозі в окремих країнах, хоча багато країн Східної Європи ще не виконали рекомендації.

Фактори ризику туберкульозу, такі як цукровий діабет, вживання алкоголю та куріння тютюну, визначені як такі, що впливають на епідемію туберкульозу, але все ще не розглядаються належним чином. Керівні принципи ВООЗ щодо дитячого туберкульозу, включаючи дитячу діагностику та рецептури лікарських засобів, нещодавно були оновлені, але повинні бути прийняті в національних стратегічних планах та практиках боротьби з туберкульозом.

Мігранти часто стикаються з безліччю викликів, включаючи дискримінацію, економічні негаразди, мовні бар'єри,



стигму і страх депортації. Ці виклики в поєднанні з міграційним характером населення створюють величезні бар'єри та труднощі у доступі до послуг з діагностики та безперервного лікування туберкульозу. Внутрішня та транскордонна міграція є чинниками передачі туберкульозу. Багато мігрантів також живуть в безпосередній близькості з членами сім'ї або іншими особами, як у випадку з біженцями або сезонними міграційними працівниками, які проживають у тимчасовому житлі. Всі ці фактори сприяють підвищенню ризику розвитку, зараження і передачі лікарсько-стійких форм туберкульозу. Ускладнюючи ситуацію, деякі країни Східної та Західної Європи депортують мігрантів з туберкульозом без розгляду питань охорони здоров'я та прав людини або без вжиття адекватних заходів інфекційного контролю, що, як наслідок, підвищує ризик транскордонної передачі. Рівні міграції суттєво різняться у Східній Європі, як і зареєстровані показники туберкульозу серед мігрантів.

Подібно до мігрантів, ув'язнені мають набагато вищий ризик розвитку або зараження резистентним до ліків туберкульозом порівняно із загальною популяцією. В'язниці східної Європи часто погано провітрюються і переповнені, при цьому ув'язнені проводять в цих умовах тривалий період часу. Інші детермінанти включають високий рівень ВІЛ-інфекції, вживання ін'єкційних наркотиків та поганий харчовий статус. Людські та фінансові ресурси для профілактики та контролю туберкульозу у в'язницях часто є недостатніми у Східній Європі, а прогалини в координації між цивільними та пенітенціарними протитуберкульозними службами зберігаються. Приклади належної практики боротьби з туберкульозом в азербайджанському тюремному секторі та ефективної безперервності догляду за туберкульозом для звільнених ув'язнених в Азербайджані та Республіці Молдова нещодавно з'явилися, однак, і вони повинні бути масштабовані в регіоні.

ВІЛ-інфіковані дуже сприйнятливі до туберкульозу. У Східній Європі існує одна з найбільш швидкозростаючих епідемій ВІЛ у світі, але в більшості країн відсутній функціонуючий координаційний механізм з туберкульозу/ВІЛ для полегшення надання

інтегрованих послуг з туберкульозу та ВІЛ, включаючи ті, що пов'язані з наркологічними послугами для людей з наркотичною або алкогольною залежністю.

Відсутність стійких людських ресурсів та надійних механізмів фінансування охорони здоров'я є важливими проблемами, які впливають на всі рівні профілактики, контролю та догляду за туберкульозом. Особливо необхідні спеціалізовані людські ресурси для управління випадками резистентного туберкульозу у дітей та дорослих, надання адекватних послуг з виявлення випадків та розширення діагностичних та лабораторних можливостей.

Україна ще знаходиться серед країн, де це захворювання досить поширене і потужні заходи протидії туберкульозу актуальні. В середньому щороку діагноз туберкульоз чують 20-25 тисяч жителів України [15]. За часи незалежності вдалося впровадити низку сучасних перетворень для подолання туберкульозу – інноваційні методи діагностики, короткі режими лікування, пріоритезація амбулаторної моделі лікування з можливістю для пацієнтів продовжувати наповнене життя без ізоляції.

Нові методи діагностики і лікування вже закріплені в оновлених Стандартах охорони здоров'я при туберкульозі [16]. Цей документ було розроблено на основі нових рекомендацій ВООЗ. Відтепер українського пацієнта мають лікувати так, як лікують туберкульоз в будь-якій країні Європи.

Стосується це і наближення медичного обслуговування до пацієнта. А саме – розповсюдження практики амбулаторного лікування туберкульозу. Свою роль в цьому відіграє Програма медичних гарантій, яка забезпечує механізм рівного доступу людей до якісної допомоги без катастрофічних витрат з власної кишені. Особливий фокус Програми медичних гарантій це саме діагностика і лікування інфекційних захворювань, в тому числі туберкульозу.

«Ми вже бачимо перші результати, що цей інструмент працює. При застарілій системі, орієнтованій на переважне лікування в умовах стаціонарів із фінансуванням «ліжок» зростала кількість резистентних випадків туберкульозу, адже перебуваючи тривалий час у стаціонарі без належного інфекційного контролю людина могла повторно інфікуватися. Ми почали



впроваджувати сучасні підходи у лікуванні і зменшувати час перебування пацієнта в стаціонарі, що є людиноорієнтованим європейським підходом. Це приклад того, як ми наближаємо допомогу до пацієнта і пришвидшуємо його повернення до сім'ї, роботи, навчання» [17].

За пакетом послуг «Супровід та лікування дорослих та дітей, хворих на туберкульоз, на первинному рівні медичної допомоги», майже 500 закладів уклали договір з НСЗУ, з них 5 приватні і окремо 5 лікарів ФОП.

Проте боротьба з туберкульозом це не тільки про ліки і медичне обслуговування – це і боротьба з бідністю та дискримінацією людей, яких торкнувся туберкульоз. Тільки все це у комплексі створить підґрунтя для подолання туберкульозу, адже здоров'я це не розкіш, а пряме право людини.

В Україні застосовуватимуть кращі міжнародні підходи у сфері надання медичної допомоги хворим на туберкульоз. Міністерство охорони здоров'я України оприлюднило наказ №2161 «Про внесення змін до стандартів охорони здоров'я при туберкульозі». Активну участь в розробці Стандартів взяли фахівці Центру громадського здоров'я.

Головна мета документу – закріпити на всіх рівнях доказові методики лікування туберкульозу відповідно до Європейських стандартів ВООЗ. Українського пацієнта лікуватимуть так, як його лікували б у будь-якій іншій країні Європи. І мова йде не тільки про суто терапевтичний супровід, а й про індивідуальний, орієнтований на людину підхід у лікуванні. Наприклад, у Стандартах прописані умови повернення людини, яка хворіє на туберкульоз, до роботи і навчання. Мова йде про випадки, в яких пацієнт більше 3-х тижнів приймає ефективне лікування, має можливість безперервно приймати ліки в амбулаторних умовах, є безпечним для оточуючих та за результатами обстеження немає перешкод, щоб повернутися до активного життя.

Оновлені Стандарти також визначають:

- критерії якості профілактики та раннього виявлення туберкульозу;
- новітні алгоритми скринінгу та діагностики туберкульозу, в тому числі з використанням інноваційних генетично-молекулярних методів — тесту Xpert MTB/RIF®(Ultra), який дозволяє проводити швидко і точну діагностику туберкульозу;

- питання застосування сучасних протитуберкульозних препаратів та новітніх схем лікування туберкульозу із лікарською стійкістю;

- критерії якості щодо ведення випадків ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, туберкульоз/вірусний гепатит С та інших супутніх захворювань.

Загальна мета лікування туберкульозу полягає не тільки у досягненні одужання без рецидивів для всіх пацієнтів, а й припиненні передачі інфекції та запобіганні набуття (або розширення) додаткової медикаментозної стійкості. Втілення положень наказу дозволить підвищити показник ефективності та якості лікування туберкульозу, зменшити розповсюдження інфекції, а також сприятиме зниженню невиправданих витрат та ризиків для пацієнтів.

З появою пандемії COVID-19 світ втратив деякі досягнення, досягнуті раніше в боротьбі з туберкульозом. Глобальна кількість смертей від туберкульозу зростає вперше за більш ніж десятиліття з 1,4 мільйона до 1,5 мільйона.

Це пов'язано із соціально-економічними наслідками пандемії, серед яких, зокрема, погіршення бідності, недоїдання та перенаправлення ресурсів охорони здоров'я, які спочатку використовувалися для лікування туберкульозу, на боротьбу з COVID-19. Іншими наслідками, які постраждали в усьому світі, були зменшення кількості діагнозів туберкульозу через карантин, погана прихильність до лікування та зростання захворюваності на туберкульоз, стійкий до ліків якщо 2 останні роки головним бар'єром по виявленню і ліквідації захворювання була пандемія COVID-19, то сьогодні – ворожі злочинні дії російської армії

Через обстріли, бомбардування, атаки українські пацієнти залишаються без доступу до обстежень і лікування, піддається нищенню медична інфраструктура. В таких умовах медична спільнота швидко підлаштовується під нові реалії і робить все необхідне, щоб жоден з пацієнтів не був позбавлений перспектив одужання.

Сьогодні активовано принцип екстериторіальності – пацієнти з туберкульозом можуть отримати лікування в будь-якому куточку країни, в який вони евакуювалися з небезпечних регіонів, а якщо будь-хто підозрює в себе симптоми



туберкульозу – може отримати консультацію в найближчому протитуберкульозному закладі.

Міграція в Європі залишається глобальною тенденцією. У зв'язку з війною в Україні цей процес став ще більш актуальним. Закономірно, він викликає низку проблемних питань, які мають вирішуватись шляхом політичної співпраці між країнами. Цьому і була присвячена зустріч парламентарів регіону Східної та Центральної Європи, а також представників Глобального фонду, єврофісу ВООЗ, Центру громадського здоров'я, організації «ТВreople» та інших – Форум з туберкульозу та міграції.

Модератором зустрічі стала голова правління ТВreopleUkraine Оля Клименко.

«Це велика честь модерувати цю зустріч, адже увага зараз зосереджена навколо України, проте подолання туберкульозу є спільним завданням всього світу. Виключно медичного підходу або лише роботи систем охорони здоров'я недостатньо для боротьби з туберкульозом. Потрібен комплексний підхід до профілактики, діагностики, лікування, догляду та підтримки як невід'ємний компонент загального охоплення послугами охорони здоров'я. На даному етапі ми робимо все можливе для створення умов рівного доступу до лікування серед найуразливіших груп, в тому числі і серед мігрантів. Це має найважливіше значення для ліквідації туберкульозу. Ми сподіваємося на підвищення політичної прихильності через спільні дії. Дякуємо організаторам і всім партнерам за запропоновані шляхи подолання нових викликів», – прокоментувала очільниця ТВreopleUkraine Оля Клименко.

Несприятливі умови життя, тісний контакт, погане харчування, психічний і фізичний стрес, – те, з чим стикаються біженці та мігранти. І через це вони піддаються підвищеному ризику зараження цілим рядом інфекційних захворювань: діареї, гепатиту, паразитарним захворюванням, що передаються через воду, та інфекціям дихальних шляхів, включаючи туберкульоз.

Поєднання цих факторів ризику та поганий доступ до медичних послуг підвищує вразливість біженців до туберкульозної інфекції. Крім того, затримка в діагностиці призводить до поганих результатів лікування та продовження передачі інфекції іншим людям.

Про те, з наскільки масштабними міграційними процесами зіткнулася Україна внаслідок повномасштабного вторгнення росії та як це вплинуло на доступ людей до медичної допомоги, доповідала завідувач відділу управління та протидії туберкульозу ЦГЗ Яна Терлеєва. Вона в черговий раз привернула увагу європейської аудиторії до необхідності у рішучих та швидких діях на акт терору з боку росії, одним з наслідків яких може стати зростання захворюваності на туберкульоз. В якості прикладу Яна Терлеєва навела заходи, проведені всередині України для того, щоб внутрішньо переміщені особи, серед яких є і пацієнти з туберкульозом, мали доступ до лікування. Окремо вона зупинилась на інноваційних підходах, які впроваджуються у боротьбі з цим захворюванням в умовах війни. Враховуючи те, що наша країна навіть в такий складний період демонструє прихильність до прогресивного підходу з людино центричним фокусом супроводу пацієнтів, готовність європейських країн забезпечити біженців з туберкульозом гідним рівнем медичної допомоги та підтримки є важливим для збереження епідблагополуччя регіону.

У зв'язку з цим учасники форуму обговорювали необхідність змін в законодавстві, щоб забезпечити стійкий захист біженців, які хворіють на туберкульоз. В тому числі, питання конфіденційності, відстеження контактів, стигми, доступу до нових технологій охорони здоров'я, доступу до правового захисту тощо.

Учасники заходу акцентували на тому, що саме потрібно зробити для підтримки тих, хто потребує лікування туберкульозу в умовах гуманітарної кризи у Східній Європі. Одним з рішень, до яких мають вдатися, є кампанія комплексних заходів – розроблення стратегії співпраці між парламентарями для пом'якшення впливу COVID-19 на мігрантів з туберкульозом, обмін світовими стандартами та передовими практиками діагностики, клінічним досвідом. Кампанія включатиме регіональні обговорення цих питань, а потім фіналізацію кроків на глобальному рівні.

У липні 2022 року в Україні зареєстровано 1 647 випадків туберкульозу:

- 1 274 нові випадки захворювання;
- 292 пацієнти з рецидивом;
- 30 пацієнтів, які відновили лікування після перерви;



– 36 пацієнтів, які розпочали повторне лікування після невдалого;

– 15 інших випадків.

Загалом у липні 2022 року від туберкульозу лікувалася 12 801 людина.

Проте хороша новина полягає в тому, що технологічні інновації та інші уроки, отримані в боротьбі з COVID-19, можуть бути використані як джерело інформації для боротьби з туберкульозом, відновлення втрачених позицій і подолання глобального лиха туберкульозу.

Технології в галузі охорони здоров'я стосуються практики охорони здоров'я, що підтримується електронними процесами, і включає такі технології, як електронні медичні записи, системи адміністрування пацієнтів і лабораторні системи, якими можна керувати за допомогою мобільних додатків для охорони здоров'я.

Інновації та технології відіграють ключову роль у боротьбі з туберкульозом, особливо після пандемії COVID-19. Однак використання цих інструментів має також враховувати складність систем охорони здоров'я та взаємодію різноманітних факторів, особливо в країнах, що розвиваються, де все ще спостерігається високий рівень захворюваності. Одним із значних успіхів інновацій та використання технологій у боротьбі з туберкульозом можна побачити використання неформальних постачальників медичних послуг (IPs) у СНСД, де 65-90% сільських жителів використовують медичних працівників, таких як сільські лікарі, виробники ліків, традиційні акушерки та невідготовлених алопатичних практиків як їхню перше місце звернення щодо проблем зі здоров'ям.

Наприклад, у районах Колар і Тумкур індійського штату Карнатака показники завершення лікування тавилікування були значно вищими за використання ІІ, ніж у офіційних постачальників медичних послуг. Технологія також дозволила проводити одночасне тестування на туберкульоз і COVID-19 за допомогою тестів ампліфікації нуклеїнової кислоти (NAATs), що рекомендовано в країнах із високим тягарем туберкульозу, особливо в світлі пандемії COVID-19.

Мобільна технологія також була ефективно використана в Індії для моніторингу тих, у кого діагностовано туберкульоз, у режимі реального часу, коли вони приймають ліки,

таким чином розширюючи можливості пацієнта та зменшуючи фізичні зусилля для медичного обслуговування.

Технологія може бути використана для забезпечення того, щоб більше людей отримували вакцини проти туберкульозу та виробництва ліків, які є більш ефективними. Він також відіграє важливу роль в оцінці рівня охоплення туберкульозом і створенні мереж між державними та приватними закладами охорони здоров'я в країнах із високим тягарем захворювання.

Тим часом такі інтерфейси, як чат-боти або системи на основі SMS, які використовуються для відповідей на основні запити та дозволяють вводити основні дані хворих на туберкульоз, можна використовувати для зв'язку між медичними працівниками в межах географічного розташування, створення мереж перенаправлення та керівництва щодо національної боротьби з туберкульозом. протоколи.

Платформи та додатки соціальних медіа, доступні через мобільні пристрої, також можна використовувати для підвищення обізнаності про туберкульоз серед молодих людей, які становлять значний відсоток хворих на туберкульоз у країнах із високим тягарем захворювання.

Загальне охоплення медичними послугами має важливе значення для боротьби з туберкульозом

У 2005 році ВООЗ заохочувала країни рухатися до досягнення загального охоплення медичними послугами (УНС), що дозволить усім особам і громадам отримувати необхідні їм медичні послуги, не стикаючись з фінансовими труднощами. Це включає в себе повний спектр основних медичних послуг і гарантує, що навіть після COVID-19 вони є децентралізованими зі зменшенням витрат тих, хто страждає на туберкульоз.

Незважаючи на те, що глобальне фінансування має важливе значення для надання допомоги бідним на ресурси країнам у фінансуванні надання послуг, необхідних для боротьби з туберкульозом, національні програми боротьби з туберкульозом повинні почати брати на себе відповідальність. Такі схеми мають бути включені до існуючих програм охорони здоров'я разом із внеском приватного сектору охорони здоров'я.

Загальний доступ до медичної допомоги має стати глобальним пріоритетом для



охоплення лікуванням туберкульозу в багатьох бідніших країнах, щоб відновити втрачені позиції після пандемії. Охоплення туберкульозом є ключовим показником загального охоплення УЗЗ у порівнянні з іншими показниками надання послуг, пов'язаними з конкретними захворюваннями, особливо в СНСД.

«Солідарність і рішучість» необхідні, щоб покласти край туберкульозу.

За словами доктора Тедроса Аданом Гебрейесуса, Генерального директора ВООЗ, боротьба за подолання туберкульозу — це не просто боротьба з однією хворобою. Це також боротьба за подолання бідності, нерівності та небезпечного житла, дискримінації та стигматизації, а також розширити соціальний захист і загальне охоплення медичними послугами. Якщо пандемія чогось навчила нас, так це те, що здоров'я є правом людини, а не розкішшю для тих, хто може собі це дозволити.

Висновки.

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 сфера відповідальності держави за дотримання епідемічного благополуччя населення може бути 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 туберкульоз повинно здійснюватися виключно в рамках організації медичної профілактики, медичної та соціальної допомоги, організації санітарної освіти та виховання. Як варіант, при центральному органі виконавчої влади, що забезпечує формування та реалізує державну політику у сфері охорони здоров'я може бути створений спеціальний постійно діючий підрозділ для координації діяльності, нормативно-правового та методичного забезпечення зв'язків між різними органами державної влади і представниками громадянського суспільства у сфері протидії захворюванню на туберкульоз.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генеза і перспективи розвитку: кол. моногр. / за заг. ред. проф. М. М. Білинської, проф. Я. Ф. Радиша; кол. авт. : упоряд. проф. Я. Ф. Радиш, передм. Т. Д. Бахтеевої. Київ : НАДУ, 2013. 424 с.
2. Долгих М.В. Проблеми формування механізмів публічного управління системою охорони здоров'я: огляд дискусійного поля. Аспекти публічного управління. 2019. Том 7. № 12. С. 16-27.
3. Карамішев Д. В. Стратегічне управління інноваційними процесами в системі охорони здоров'я: державні механізми : монографія. Харків : Вид-во ХарПІ НАДУ «Магістр», 2006. 401 с.
4. Лобас В. М., Шутов М. М., Вовк С. М. Методологія реформування систем охорони здоров'я, за кластерними підходами. Україна. Здоров'я нації. 2013. № 2 (26). С. 84-88.
5. Надюк З. Механізми державного управління національною системою охорони здоров'я. URL: <http://ur.edu.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>
6. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування: монографія / Я.Ф. Радиш; Передм., заг. ред. Н.Р. Нижник. К: Вид-во УАДУ, 2001. 359 с.
7. Khozhylo I., et al. Local self-government in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers / Khozhylo I., Nadyuk Z., Antonova O., Tarasenko T., Serohina T. URL: [Theoretical and Empirical Researches in Urban Management//TERUM.Vol.15, Issue 2, May, 2020.URL: http://um.ase.ro/no152/2.pdf](http://um.ase.ro/no152/2.pdf)
8. Ярош Н.П., Лупей-Ткач С.І. Сучасний стан, проблеми стандартизації медичної допомоги та шляхи їх вирішення в умовах реформування системи охорони здоров'я України. Україна. Здоров'я нації. 2012. №1(21). С.95-100.
9. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 Про утворення Національної служби здоров'я України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>
10. Реформа системи охорони здоров'я. Урядовий портал. URL: <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi-rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>

REFERENCES

Derzhavne upravlinnia okhoronoiu zdorov'ia v Ukraini: heneza i perspektyvy rozvytku. (2013) : kol. monohr. / za zah. red. prof. M. M. Bilynskoï, prof. Ya. F. Radysha; kol. avt. : uporiad. prof. Ya. F. Radysh, peredm. T. D. Bakhteïvoi. Kyiv : NADU.



- Dolhykh, M. V. (2019). Problemy formuvannia mekhanizmiv publichnoho upravlinnia systemoiu okhorony zdorov'ia: ohliad diskusiihnoho polia. *Aspekty publichnoho upravlinnia*. 7. № 12. S. 16-27.
- Karamyshev, D. V. (2006). Stratehichne upravlinnia innovatsiinymi protsesamy v systemi okhorony zdorov'ia: derzhavni mekhanizmy : monohrafiia. Kharkiv : Vyd-vo KharRI NADU «Mahistr».
- Lobas, V. M., Shutov, M. M., & Vovk, S. M. (2013). Metodolohiia reformuvannia system okhorony zdorov'ia, za klasternymi pidkhodamy. *Ukraina. Zdorovia natsii*. № 2 (26). S. 84-88.
- Nadiuk, Z. (2019). Mekhanizmy derzhavnoho upravlinnia natsionalnoi systemoiu okhorony zdorov'ia. URL: <http://ur.edu.pl/pliki/Zeszyt14/40.pdf>
- Nyzhnyk, N. (Ed.). (2001)/ *Derzhavne upravlinnia okhoronoiu zdorov'ia v Ukraini: henezys, problemy ta shliakhy reformuvannia: monohrafiia*.(2001). Ya.F. Radysh; Peredm., zah. red. N.R. Nyzhnyk. K: Vyd-vo UADU,.
- Khozhylo, I., Nadyuk, Z., Antonova, O., Tarasenko, T., & Serohina, T. (2020).Local self-government in the focus of the medical reform in Ukraine: analysis of powers. In *Theoretical and Empirical Researches in Urban Management// TERUM*. Vol.15, Issue 2, May, 2020. Retrieved from <http://um.ase.ro/no152/2.pdf>
- Iarosh, N. P., & Lupei-Tkach, S. I. (2012). Suchasnyi stan, problemy standartyzatsii medychnoi dopomohy ta shliakhy yikh vyrishennia v umovakh reformuvannia systemy okhorony zdorov'ia Ukrainy. *Ukraina. Zdorovia natsii*. 21(1). S.95–100.
- Pro utvorennia Natsionalnoi sluzhby zdorov'ia Ukrainy. Postanova KMU vid 27 hrudnia 2017 r. № 1101 Retrieved from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-%D0%BF>
- Reforma systemy okhorony zdorov'ia. Uriadovi portal. Retrieved from <https://www.kmu.gov.ua/diyalnist/reformi/rozvitok-lyudskogo-kapitalu/reforma-sistemi-ohoroni-zdorovya>