



**World Health
Organization**

European Region

Огляд Національної програми протидії туберкульозу

Україна

Серпень – листопад 2025 року

Анотація

У цьому звіті представлено результати Огляду Національної програми протидії туберкульозу (НППТ) в Україні, який проводився з серпня по листопад 2025 року. Огляд здійснювався у надзвичайних операційних умовах, зумовлених війною, що триває, масовим переміщенням населення, руйнуванням медичної інфраструктури та значним тиском на кадрові й фінансові ресурси. Попри ці виклики, Україна продемонструвала високий рівень стійкості у забезпеченні безперервності надання основних послуг із протидії туберкульозу (ТБ) та впровадженні ключових реформ відповідно до Стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу» (End TB) та принципів загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ).

У межах Огляду було оцінено прогрес за всіма компонентами континууму протитуберкульозної допомоги, включно з профілактикою, систематичним скринінгом, діагностикою, лікуванням чутливого та лікарсько-стійкого ТБ, послугами у сфері протидії ТБ/ВІЛ, дитячого ТБ, інфекційним контролем, орієнтованим на людину підходом, залученням громадськості, врядуванням, фінансуванням, управлінням лікарськими засобами, системами даних та дослідженнями. Особливу увагу було приділено розширенню застосування рекомендованих ВООЗ інновацій, зокрема, швидких молекулярно-генетичних методів діагностики, цифрової рентгенографії з використанням систем автоматизованого виявлення, повністю пероральних скорочених режимів лікування та децентралізованих амбулаторних моделей надання допомоги.

Огляд підтверджує значні покращення результатів лікування, особливо у випадках ТБ із резистентністю до рифампіцину та пре-широкою лікарською стійкістю, а також підкреслює лідерство України у своєчасному впровадженні рекомендацій ВООЗ. Разом із тим, Огляд визначає й наявні виклики, зокрема, пізнє виявлення захворювання, смертність, пов'язану з ТБ, недостатнє охоплення профілактичним лікуванням, брак кадрових ресурсів та залежність важливих компонентів програми від зовнішнього фінансування.

Результати та рекомендації цього Огляду покликані надати підтримку національним органам влади та партнерам у підтриманні та посиленні заходів із протидії ТБ, забезпечити інформаційну основу для стратегічного планування та спрямувати мобілізацію ресурсів, зокрема, для майбутніх заявок до Глобального фонду, в умовах, що швидко змінюються та характеризуються обмеженістю ресурсів.

Подяки

Від імені Європейського регіонального бюро ВООЗ та Представництва ВООЗ в Україні моніторингова група хотіла б висловити подяку Міністерству охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України (ЦГЗ) за лідерство, координацію та рішучу відданість справі реагування на епідемію ТБ у країні. Їхня відкритість, співпраця та фахове залучення стали необхідною умовою успішного проведення цього Огляду.

Моніторингова група також відзначає внесок національних установ у цивільному та пенітенціарному секторах, регіональних протитуберкульозних служб та медичних працівників, а також пацієнтів, партнерів, неурядових організацій та організацій громадянського суспільства, чия участь у консультаціях, інтерв'ю та виїздах на місця та чий досвід і бачення лягли в основу висновків і рекомендацій цього звіту.

Окрім того, моніторингова група висловлює вдячність людям, яких торкнулася проблема ТБ. Їхній досвід, знання та активна участь продовжують формувати зусилля, спрямовані на підвищення якості, доступності та орієнтованості на потреби людини у сфері профілактики, діагностики та лікування ТБ.

Ми також дякуємо міжнародним партнерам і донорам, зокрема, Глобальному фонду для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією, за їхню постійну підтримку заходів із профілактики, діагностики та лікування ТБ в Україні.

Ключові слова:

Громадське здоров'я Національна програма протидії туберкульозу
Туберкульоз Туберкульоз із множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ)
Україна

**Авторський
колектив:**

Редактори:

Натаван Аліханова
Андреа Кабіббе
Дато Чорголіані
Ана Чобану
Андрей Даду
Суде Ехсані
Ельміра Гурбанова
Сайохат Хасанова

Армен Айрапетян
Араксія Оганнесян
Андрей Моснеага
Крістіан Попа
Оксана Рукшіняну
Охана Ручиняну
Саро Цатурян
Аскар Єділбаєв

Аскар Єділбаєв
Андрей Моснеага

Зміст

Скорочення -----	5
Перелік таблиць -----	7
Перелік рисунків -----	7
Резюме -----	8
Систематичний скринінг на ТБ та профілактичне лікування ТБ -----	14
Лабораторна діагностика ТБ -----	24
Лікування людей, які хворіють на ТБ -----	28
ТБ у дітей -----	35
Ведення випадків ТБ/ВІЛ та інших супутніх захворювань -----	39
ТБ серед мігрантів та осіб, позбавлених волі -----	50
Профілактика ТБ та інфекційний контроль -----	57
Орієнтована на потреби людини допомога та комплексний підхід до лікування ТБ -----	62
Врядування, організаційна структура та спроможність Національної програми протидії ТБ -----	79
Загальне охоплення послугами охорони здоров'я та фінансування послуг у сфері протидії ТБ -----	86
Кадрове забезпечення у сфері протидії ТБ -----	94
Управління обігом лікарських засобів та інших медичних виробів -----	98
Інформаційні системи у сфері протидії ТБ -----	106
Дослідження у сфері протидії ТБ -----	112
Додатки -----	119

Скорочення

КПО	Кратність повітрообміну
аМБЛЗ	Активний моніторинг безпеки лікарських засобів
СТП	Середня тривалість перебування
ПрДЛ	Програма «Доступні ліки»
АМР	Антимікробна резистентність
АГЗ	Альянс громадського здоров'я
АРТ	Антиретровірусна терапія
БЦЖ	Вакцина БЦЖ (бацила Кальметта-Герена)
ВРаLM	Режим лікування, що включає бедаквілін, претоманід, лінезолід, моксифлоксацин
САD	Автоматизована (комп'ютерна) діагностика
КМК	Координаційний механізм країни
ЦКПХ	(Обласний) центр контролю та профілактики хвороб
МКСС	Моніторинг під керівництвом та силами спільнот
COVID-19	Коронавірусна хвороба 2019 року
ЦГЗ	Центр громадського здоров'я
СРБ	С-реактивний білок
ОГС	Організація громадянського суспільства
ЛС-ТБ	Лікарсько-стійкий туберкульоз
ТМЧ	Тест на медикаментозну чутливість
ЧТБ	Туберкульоз, чутливий до лікарських засобів
ECDC	Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності
СЕЦА	Східна Європа та Центральна Азія
ЗКЯ	Зовнішній контроль якості
СРП	Система раннього попередження
GDF	Фонд «Глобальний механізм із забезпечення лікарськими засобами»
ВВП	Валовий внутрішній продукт
ВІЛ	Вірус імунодефіциту людини
ВІК	Відділ інфекційного контролю
ВПО	Внутрішньо переміщені особи
ТВГІ	Тест вивільнення гамма-інтерферону
ПІК	Профілактика інфекцій та інфекційний контроль
ISO	Міжнародна організація зі стандартизації
IC СЗХ	Інформаційна система «Соціально значущі хвороби»
LF-LAM	Ліпоарабіноманановий тест бокового зсуву (тест сечі LM-LAM)
ЛІМС	Лабораторна інформаційна менеджмент-система
ІСУЛ	Інформаційна система управління логістикою
МіО	Моніторинг і оцінювання
МЛС-ТБ	Туберкульоз із множинною лікарською стійкістю
МДК	Мультидисциплінарна команда
MGIT	Пробірка-індикатор росту мікобактерій
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
Мін'юст	Міністерство юстиції
МПСП	Послуги з медико-психосоціального супроводу
МЗУ	ДП «Медичні закупівлі України»
MSF	«Лікарі без кордонів»
мСКЛ	Модифікований скорочений режим лікування (для Риф-ТБ)
мШДТ	Молекулярні швидкі діагностичні тести, рекомендовані ВООЗ
НАМНУ	Національна академія медичних наук України

НУО	Неурядова організація
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ЧОС	Число осіб, що підлягають скринінгу
НІФП	Національний інститут фізіотрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського
НРЛ	Національна референс-лабораторія
НППТ	Національна програма протидії туберкульозу
ЗПТ	Замісна підтримувальна терапія
ПМД	Первинна медична допомога
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
ПМГ	Програма медичних гарантій
ППМД	Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПСПЛТ	Програмний супровід профілактичного лікування туберкульозу
ЗІЗ	Засоби індивідуального захисту
ОР	Основний реципієнт
УЗП	Управління закупівлями та поставками
Риф-ТБ	Рифампіцин-резистентний туберкульоз
ЮП	Індекс охоплення послугами
ЦСР	Ціль сталого розвитку
СМС	Служба коротких повідомлень
СОП	Стандартні операційні процедури
СППГ-ТБ	Стандартизований пакет послуг з лікування туберкульозу на рівні громад
ІПСШ	Інфекція, що передається статевим шляхом
ТБ	Туберкульоз
ЛТБІ	Латентна туберкульозна інфекція
ГФ	Глобальний фонд
ФНП-α	Фактор некрозу пухлини-альфа
тСНП	Таргетне секвенування нового покоління
ПЛТ	Профілактичне лікування туберкульозу
ПУЛ	Показник успішності лікування
ТШП	Туберкулінова шкірна проба
Грн	Українська гривня
ЗОПОЗ	Загальне охоплення послугами охорони здоров'я
ООН	Організація Об'єднаних Націй
УВКБ ООН	Управління Верховного комісара ООН у справах біженців
УСША	Уряд Сполучених Штатів Америки
УФБО	Ультрафіолетове бактерицидне опромінення
ВКЛ	Відео-контрольоване лікування / лікування під відео-наглядом
СЧС ВООЗ	Скринінг за чотирма симптомами, рекомендований ВООЗ
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЄРБ ВООЗ	Європейське регіональне бюро ВООЗ
ШЛС-ТБ	Туберкульоз із широкою лікарською стійкістю

Протитуберкульозні препарати

Bdq (B) – бедаквілін	FQ – фторхінолони	P – рифапентин
Cfz – клофазимін	H – ізоніазид	Pa – претоманід
Cs – циклосерин	Lfx – левофлоксацин	R – рифампіцин
Dlm – деламанід	L – лінезолід	Z – піразинамід
E – етамбутол	Mfx – моксифлоксацин	

Перелік таблиць

Таблиця 1. Каскад надання послуг із ПЛТ серед контактних осіб у домогосподарствах із розподілом за ВІЛ-статусом та віковою групою, 2024 рік.....	19
Таблиця 2. Зареєстровані нові випадки ТБ серед дітей віком 0–15 років.....	35
Таблиця 3. Обстеження контактних осіб на ТБ та охоплення профілактичним лікуванням за віковими групами, 2024 рік	36
Таблиця 4. Кількість діагностованих випадків ТБ та кількість осіб, яких необхідно обстежити для виявлення одного випадку (КОНО), у межах проєктів АГЗ у 2021–2023 роках	51
Таблиця 5. Кількість випадків ЧТБ та ЛС-ТБ у пенітенціарній системі у 2020–2024 роках.....	53
Таблиця 6. Результати лікування нових випадків та рецидивів ЧТБ у пацієнтів, зареєстрованих у пенітенціарній системі, когорти 2013-2023 років.....	54
Таблиця 7. Послуги та втручання, що надаються в Україні, порівняно з рекомендованим ВООЗ Стандартизованим пакетом послуг супроводу	69
Таблиця 8. Індекс охоплення послугами ЗОПОЗ, 2000–2023 роки	86
Таблиця 9. Зведений бюджет на охорону здоров'я в Україні, 2022–2026 роки (млрд грн)*	90
Таблиця 10. Фінансування Національної програми протидії ТБ в Україні у 2021–2024 роках	90
Таблиця 11. Фінансування послуг з протидії ТБ з боку НСЗУ, 2021–2024 роки.....	92

Перелік рисунків

Рис. 1. Динаміка кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ (усі вікові групи) та показник захворюваності на 100 000 населення	39
Рис. 2. Кількість та відсоток випадків ВІЛ серед зареєстрованих пацієнтів із ТБ, Україна, 2017–2024 роки.....	40
Рис. 3. Кількість та відсоток зареєстрованих випадків ТБ серед ЛЖВ, вперше взятих під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ, 2020–2024 роки.....	40
Рис. 4. Охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із вперше діагностованим ТБ, 2017–2024 роки	40
Рис. 5. Охоплення АРТ серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ, 2017–2024 роки	40
Рис. 6. Кількість ЛЖВ, вперше включених до програми АРТ, за статусом діагностики ТБ, початком ПЛТ та показником охоплення ПЛТ, 2018–2024 роки.....	41
Рис. 7. Кількість ЛЖВ, які розпочали ПЛТ, за статусом завершення курсу та показником завершення ПЛТ, 2021–2023 роки.....	41
Рис. 8. Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ у людей з ВІЛ, 2018–2023 роки (%)	41
Рис. 9. Кількість смертей серед ЛЖВ та смертність від ТБ/ВІЛ у 2020–2024 роках.....	42
Рис. 10. Бар'єри та труднощі, зареєстровані через систему OnImpactUkraine, серпень 2024 – серпень 2025 року	71

Резюме

Загальна інформація

В Україні зберігається високий рівень захворюваності на туберкульоз (ТБ) у контексті надзвичайних умов діяльності, зумовлених тривалою війною, масовим переміщенням населення, руйнуванням медичної інфраструктури, нестачею кадрів та постійним фінансовим тиском на систему охорони здоров'я. Попри ці виклики, країна виявляє високу стійкість, забезпечуючи безперервність надання основних послуг із протидії ТБ і послідовно впроваджуючи ключові реформи відповідно до Стратегії ВООЗ «Покласти край туберкульозу» (End TB) та принципів загального охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ).

Національна програма протидії туберкульозу (НППТ) діє в умовах мінливого нормативно-правового та політичного середовища. Від часу попереднього Огляду Програми у 2022 році Україна й надалі зміцнює законодавчу базу у сферах профілактики, діагностики та лікування ТБ, інтегруючи відповідні заходи в загальні реформи системи охорони здоров'я. Ухвалення нового профільного закону, оновлення національних стратегій та перегляд національних стандартів щодо ТБ згідно з рекомендаціями ВООЗ сприяли швидкому впровадженню інновацій, зокрема, у діагностиці, застосуванню скорочених режимів лікування, розвитку моделей медичної допомоги, орієнтованих на потреби людини, а також подальшій інтеграції протитуберкульозних послуг у систему первинної медичної допомоги.

Огляд Національної програми протидії ТБ проводився з серпня по листопад 2025 року. У межах Огляду було оцінено прогрес у досягненні національних і глобальних цілей у сфері протидії ТБ в умовах війни; проаналізовано результативність, охоплення та підсумки програми; розглянуто вплив скорочення фінансування та вжиті адаптаційні заходи; оцінено систему врядування, організаційну структуру та міжсекторальну координацію; а також визначено пріоритетні кроки для підтримки та прискорення заходів з протидії ТБ у мінливому операційному та фінансовому середовищі. Огляд ґрунтувався на кабінетному аналізі національних документів і рутинних даних, який був доповнений візитом місії до країни 15–20 вересня 2025 року. Візит включав поїздки до Чернігівської, Житомирської, Львівської областей та міста Києва, відвідування закладів цивільного й пенітенціарного секторів, установ первинної медичної допомоги, а також консультації з представниками державних органів, надавачів послуг, організацій громадянського суспільства (ОГС) та партнерів.

Цілі Огляду:

- оцінити прогрес Національної програми протидії ТБ у досягненні цільових показників НСП та глобальних цілей в умовах війни;
- проаналізувати досягнення програмних результатів і показників охоплення;
- оцінити вплив скорочення фінансування на НППТ, розглянути вжиті адаптаційні заходи, наявні виклики та надати рекомендації на майбутнє;
- визначити та пріоритезувати конкретні заходи, необхідні для створення стійких механізмів фінансування у відповідь на зміни у фінансовому середовищі;
- оцінити структуру, організацію та управлінські засади політики у сфері протидії ТБ і розвитку програми в системі охорони здоров'я та в межах національного порядку денного;
- оцінити рівень залучення інших відповідних секторів і зацікавлених сторін до скоординованих заходів з протидії ТБ;
- встановити релевантні та амбітні цільові показники для національних індикаторів з урахуванням наслідків війни;
- оцінити стійкість та безперервність надання протитуберкульозних послуг в умовах війни, що триває;

- проаналізувати регіональні відмінності у впровадженні, наданні послуг та відповідних результатах;
- запропонувати рекомендації для прискорення реагування на ТБ у нових операційних умовах.

Основні висновки

Загальна ефективність та стійкість заходів із протидії ТБ

Огляд свідчить, що Україні вдалося зберегти безперервність та якість протитуберкульозної допомоги в усіх регіонах, зокрема, у прифронтових зонах та на територіях із високою мобільністю населення й обмеженими ресурсами. Ефективне державне управління, а також конструктивна взаємодія з неурядовими організаціями та міжнародними партнерами, відіграли центральну роль у підтримці надання послуг. Національні стандарти у сфері протидії ТБ цілком відповідають рекомендаціям ВООЗ. Водночас програма продемонструвала здатність оперативного впроваджувати та масштабувати схвалені ВООЗ підходи на всіх етапах надання протитуберкульозної допомоги.

Епідеміологія, виявлення та діагностика ТБ

Рівень реєстрації нових випадків ТБ в Україні й надалі знижується. Проте розбіжність між офіційними даними та розрахунковими показниками ВООЗ зберігається, тому цю статистику слід тлумачити обачно, зважаючи на міграційні процеси та демографічну невизначеність. Адресні підходи до скринінгу за сприяння мобільних бригад, неурядових організацій та громадських ініціатив допомогли поліпшити виявлення захворювання серед ключових груп ризику. Водночас загальна дієвість обстежень різниться залежно від умов, а чинний перелік груп ризику є надто широким, що зумовлює потребу в чіткішому визначенні пріоритетів.

Україна має розгалужену багаторівневу лабораторну мережу для діагностики ТБ. Від часу останнього огляду в країні зросло охоплення рекомендованими ВООЗ експрес-тестами та загальним тестуванням на медикаментозну чутливість. За підтримки Глобального фонду НППТ активніше впроваджує мобільні методи скринінгу, зокрема, цифрові рентген-апарати із системою комп'ютерної діагностики.

Однак під час Огляду було виявлено низку невирішених проблем, пов'язаних із технічним обслуговуванням обладнання, перебоями із постачанням витратних матеріалів у деяких регіонах та браком кадрів, особливо на місцях. Для збереження якості лабораторних послуг і стабільної роботи системи у складних умовах необхідні подальші інвестиції.

Профілактичне лікування ТБ

Україна зміцнила нормативно-правове та програмне підґрунтя для профілактичного лікування туберкульозу (ПЛТ), зокрема, завдяки ширшому впровадженню скорочених схем лікування. Охоплення ПЛТ серед контактних осіб із сімейного оточення та людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), зросло, хоча певні прогалини залишаються. Найбільше це стосується моніторингу лікування та забезпечення високих показників його завершення в умовах переміщення населення та безпекових викликів.

В Огляді наголошено, що зниження показників завершення ПЛТ упродовж останніх років, ймовірно, зумовлене перебоями через війну, а не браком прихильності до лікування. Це підтверджує потребу впроваджувати адаптивні механізми подальшого супроводу та підтримки пацієнтів.

Лікування ТБ та ЛС-ТБ

Україна досягла значних успіхів у результатах лікування, особливо це стосується випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ та пре-ШЛС-ТБ. У період між 2017 та 2022 роками показник успішності лікування зріс:

для Риф-ТБ/МЛС-ТБ – з 51% до 67%, а для пре-ШЛС-ТБ – з 34% до 68%. Україна першою в Європейському регіоні ВООЗ затвердила повністю оновлені національні стандарти у сфері протидії ТБ, які відповідають рекомендаціям ВООЗ.

На інституційному рівні було закріплено орієнтований на потреби людини підхід, який реалізується через децентралізоване амбулаторне лікування, цифрові інструменти контролю прихильності та посилений клінічний моніторинг. Завдяки національним стандартним операційним процедурам, розробленим у 2025 році, вдалося оперативного впровадити рекомендації ВООЗ від квітня 2025 року, зокрема, нові 6- та 9-місячні режими лікування ЛС-ТБ.

Показники охоплення короткими повністю пероральними схемами є високими: 4-місячний режим лікування ЧТБ отримують близько 40% пацієнтів – це один із найвищих показників у світі. Водночас режими на основі ВРАL(M) застосовують для 80% осіб із ЛС-ТБ, які мають відповідні показання. Якість медичної допомоги також поліпшилася завдяки інтегрованому веденню пацієнтів з ЛС-ТБ та гепатитом С.

Попри ці досягнення, смертність від ТБ залишається ключовою причиною несприятливих наслідків лікування, особливо серед пацієнтів із несвоєчасною діагностикою та ЛЖВ. Питання сталого забезпечення якості – від вибору режиму лікування до моніторингу безпеки та підтримки прихильності – залишається надзвичайно актуальним. Систематичне спостереження за пацієнтами після завершення коротких курсів лікування потребує подальшого зміцнення та послідовного впровадження в масштабах усієї країни.

ТБ у пріоритетних групах населення

Протитуберкульозна допомога дітям загалом відповідає міжнародним стандартам. У 2024 році захворюваність на ТБ серед дітей та підлітків продовжувала знижуватися. Охоплення обстеженням контактних осіб є високим, і близько 90% дітей, які потребують профілактики, розпочинають ПЛТ, причому у 2025 році очікується швидке поширення схем лікування на основі рифапентину.

Дітей рідко госпіталізують, застосовується відео-контрольоване лікування, а результати лікування як ЧТБ, так і ЛС-ТБ у дітей є переважно сприятливими. Як позитивну практику було відзначено політику, що сприяє ранньому поверненню до навчання та поєднанню медичної допомоги із соціальною підтримкою. Водночас відносно висока частка захворювань на ТБ серед контактних осіб свідчить про наявні ризики подальшої передачі інфекції, що вимагає постійної уваги до профілактики та раннього виявлення.

ТБ/ВІЛ та інші супутні захворювання. Інтеграція послуг з протидії ТБ та ВІЛ покращилася: спостерігається високий рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ та зростання охоплення антиретровірусною терапією. Розширилося застосування профілактичного лікування ТБ серед ЛЖВ, хоча залишаються проблеми з охопленням та завершенням повного курсу лікування. Смертність переважно спостерігається серед пацієнтів, які помирають невдовзі після встановлення діагнозу, що підкреслює потребу в більш ранньому виявленні захворювання та швидкому направленні на лікування.

Ведення інших супутніх захворювань, зокрема, вірусних гепатитів та діабету, все активніше інтегрується у протитуберкульозну допомогу. У кількох регіонах було успішно запроваджено інтегроване ведення пацієнтів з ЛС-ТБ та гепатитом С.

Ув'язнені та мігранти. У межах пенітенціарної системи скринінг під час прибуття, заходи з профілактики та інфекційного контролю, а також режими лікування значною мірою відповідають рекомендаціям ВООЗ. Співпраця з громадянським суспільством забезпечує безперервність надання допомоги після звільнення. Водночас нормативні перешкоди, що затримують початок лікування в деяких установах виконання покарань, створюють ризики, яких можна уникнути, та потребують відповідних коригувальних дій. Для мігрантів існують налагоджені механізми

скринінгу та лікування, що діють за підтримки ОГС, однак обмежене фінансування не дозволяє забезпечити повне охоплення.

Орієнтована на людину підтримка та залучення громадськості

Організації громадянського суспільства відіграють ключову роль у скринінгу на ТБ, підтримці прихильності до лікування, наданні психосоціальної допомоги та здійсненні моніторингу під керівництвом та силами спільнот, особливо на територіях, що постраждали від війни, та у важкодоступних регіонах. Цифрові технології контролю за прийомом ліків, мобільні амбулаторії та мультидисциплінарні команди підвищили доступність і безперервність надання послуг під час війни. Проте багато заходів з орієнтованої на людину підтримки все ще значною мірою залежать від донорського фінансування, що викликає занепокоєння щодо їхньої сталості на тлі скорочення зовнішньої допомоги.

Врядування, ЗОПОЗ та фінансування

В Україні створено надійну систему врядування та координації у сфері протидії ТБ. Вона спирається на міцну законодавчу базу, оновлені національні стратегії та узгодженість із ширшими реформами системи охорони здоров'я. Міністерство охорони здоров'я та Центр громадського здоров'я забезпечують чітке державне управління й технічний нагляд, тоді як регіональні структури відповідають за впровадження та безперервність надання послуг, у тому числі в умовах воєнного стану. Водночас зберігаються проблеми з кадровим та інституційним потенціалом, зокрема, обмеженість персоналу й ресурсів для координації протитуберкульозних заходів на національному рівні, а також залежність від донорського фінансування для виконання таких ключових функцій, як моніторинг, супервізія та залучення громад.

Україна досягла значного прогресу в інтеграції послуг із протидії ТБ у реформи фінансування охорони здоров'я, орієнтовані на загальне охоплення. Послуги із протидії ТБ включені до Програми медичних гарантій та контрактуються Національною службою здоров'я України. Однак у поточних умовах внутрішнє фінансування протитуберкульозних заходів є обмеженим, і програма частково залежить від зовнішніх джерел для забезпечення деяких основних функцій, зокрема, закупівлі життєво необхідних лікарських засобів і діагностичних тестів, роботи мобільних бригад та програмної супервізії.

Управління лікарськими засобами та медичними виробами

В Україні діє централізована та функціональна система закупівлі й розподілу протитуберкульозних препаратів та основних медичних виробів. Ця система забезпечує доступ до якісних препаратів першого та другого ряду, включно з тими, що необхідні для рекомендованих ВООЗ короткострокових курсів лікування. Механізми перерозподілу та співпраця з міжнародними закупівельними платформами допомогли зберегти безперервність постачання під час війни.

Проте залишаються виклики, пов'язані з точністю прогнозування, управлінням запасами на периферійному рівні, а також координацією між процесами закупівлі, складування та надання послуг, особливо на територіях, що постраждали від війни. Для зменшення ризиків у постачанні та забезпечення безперервного лікування критично важливим є посилення систем управління логістикою та забезпечення сталого внутрішнього фінансування протитуберкульозних препаратів і супутніх товарів.

Інформаційні системи та дослідження

Системи епідеміологічного нагляду за ТБ функціонують та все більше інтегруються в загальні інформаційні платформи системи охорони здоров'я. Водночас якість даних, їхня сумісність (інтероперабельність) та аналітичні спроможності потребують подальшого вдосконалення.

В Україні розроблено Національний план досліджень у сфері протидії ТБ та розширено обсяг наукових публікацій. Однак фінансування та інституційна координація залишаються обмеженими, що стримує вплив досліджень на політику та практичну діяльність.

Ключові рекомендації

1. Переглянути та оптимізувати перелік груп ризику для систематичного скринінгу на ТБ з урахуванням актуальних епідеміологічних даних та з метою оптимізації розподілу ресурсів, відповідно до рекомендацій ВООЗ.
2. Збільшити охоплення ПЛТ серед усіх контактних осіб, які його потребують, та ЛЖВ на АРТ, шляхом усунення прогалин у наданні послуг, забезпечення систематичного подальшого супроводу та своєчасного початку лікування.
3. Удосконалювати та підтримувати цифрові лабораторні інформаційні та звітні системи (наприклад, ЛІМС) для забезпечення їх повної функціональності, сумісності та зв'язку в режимі реального часу з метою повної та своєчасної передачі результатів діагностики та ТМЧ, включно з ШЛС-ТБ, на всіх рівнях лабораторної мережі.
4. Підтримувати та розширювати використання коротких повністю пероральних схем лікування ЛС-ТБ (BPaLM, BDLLfxCfz) для більшості пацієнтів, у тому числі з підтвердженою або непідтвердженою резистентністю до фторхінолонів. Застосування довших (18-місячних) схем лікування має залишатися обмеженим випадками, коли короткі схеми є неприйнятними.
5. Продовжувати надання психосоціальної підтримки дітям та підліткам із ТБ та включити цей компонент до заявки на отримання наступного гранту Глобального фонду (2027–2029 роки).
6. Посилювати та надалі консолідувати заходи з ранньої діагностики ВІЛ, швидкого початку АРТ та своєчасного виявлення ТБ для зниження смертності серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ, зокрема, шляхом більш раннього звернення за медичною допомогою та покращення зв'язку з системою охорони здоров'я.
7. Продовжувати посилювати процедури скринінгу на ТБ серед ВПО, в тому числі шляхом залучення НУО до цієї діяльності в рамках нового циклу фінансування Глобального фонду.
8. Розглянути можливість децентралізації початку лікування ТБ у пенітенціарних установах, розпочавши з пілотних проєктів.
9. Розглянути можливість включення закупівлі засобів скринінгу (рентгенівських систем із функцією автоматизованої діагностики (CAD) та штучного інтелекту (ШІ), а також апаратів Xpert) до нової заявки до Глобального фонду для забезпечення ефективного масового скринінгу в пенітенціарних закладах.
10. Розширити використання цифрових технологій контролю за прихильністю до лікування для забезпечення безперервності лікування ТБ, особливо в умовах, коли надання послуг порушено через війну.
11. Продовжувати боротьбу зі стигмою, пов'язаною з ТБ, та вирішувати проблеми психічного здоров'я шляхом систематичного навчання, пацієнтоорієнтованої комунікації та залучення громад.
12. Визначити ролі та обов'язки ОГС та переглянути відповідне законодавство, зокрема, в частині переддіагностичної діяльності (активне виявлення випадків ТБ та профілактика), відео-контрольованого лікування та амбулаторної допомоги, з метою доповнення послуг ПМД.
13. Підтримати моніторинг у сфері протидії ТБ під керівництвом та силами спільнот (проєкт OneImpact) з метою його подальшого розвитку та інтеграції з ініціативами з підвищення правової

обізнаності, доступу до правосуддя, інформаційно-роз'яснювальною діяльністю та програмами надання послуг, виділивши на це цільове фінансування.

14. Посилити залучення ПМД та розширити амбулаторне лікування ТБ, визначивши амбулаторну допомогу пацієнтам із ТБ як обов'язкову функцію ПМД у пакетах послуг НСЗУ, та переглянути механізми оплати надавачам послуг, запровадивши стимули за результатами роботи, зокрема, за профілактичні послуги.

15. Зміцнити операційну спроможність відділу управління у сфері протидії ТБ в Центрі громадського здоров'я шляхом збільшення штату та виділення цільового фінансування на пріоритетні функції, такі як нагляд за виконанням програми, її моніторинг та оцінювання.

16. Регулярно оновлювати національний реєстр кадрових ресурсів у сфері протидії ТБ, враховуючи потреби системи та територіальну доступність.

17. Прискорити розробку та впровадження інформаційної системи управління логістикою в межах Інформаційної системи «Соціально значущі хвороби» (ІС СЗХ) для забезпечення своєчасного електронного відстеження руху лікарських засобів.

18. Оновити національну методологію кількісного визначення потреби у протитуберкульозних препаратах, запровадивши QuanTB як стандартний підхід до прогнозування.

19. Вдосконалити автоматизовані механізми контролю якості даних на платформі ІС СЗХ.

20. Посилити координацію та мобілізацію ресурсів для досліджень у сфері протидії ТБ через національний механізм, що залучатиме державні бюджети, міжнародних донорів, приватний сектор та академічні установи, з метою узгодження фінансування та підтримки збільшення державних інвестицій у реалізацію Національного плану досліджень у сфері протидії ТБ.

*

*

*

Систематичний скринінг на ТБ та профілактичне лікування ТБ

Нормативно-правова база для систематичного скринінгу на ТБ та ПЛТ

Попри виклики, спричинені воєнною кризою, з 2022 року Україна посилила нормативно-правову базу щодо систематичного скринінгу на активний ТБ, латентну туберкульозну інфекцію (ЛТБІ) та впровадження профілактичного лікування ТБ (ПЛТ). Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз» (липень 2023 року)¹ вимагає проведення регулярних обстежень осіб із груп підвищеного ризику з використанням таких методів, як рентгенографія органів грудної клітки та швидкі молекулярно-генетичні тести. Щодо ЛТБІ, закон регулює проведення імунологічних тестів (туберкулінова шкірна проба або ТВГІ) та профілактичного лікування для запобігання переходу захворювання в активну фазу.

«Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки» (серпень 2024 р.)² наголошує на ранньому виявленні та покращенні доступу до медичної допомоги, включно з впровадженням скринінгу на ТБ серед груп підвищеного ризику, а також діагностикою та веденням випадків ТБ. «Операційний план реалізації державної Стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2026 року» (червень 2024 р.)³ містить конкретні цільові показники щодо скринінгу на ТБ серед груп підвищеного ризику, а також діагностики та профілактичного лікування ЛТБІ.

Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) № 102 (січень 2023 р.)⁴ затверджує Стандарти медичної допомоги у сфері протидії ТБ, у яких зазначено, що скринінг на ТБ має бути пріоритетним для осіб із найвищим ризиком, зокрема, для медично вразливих груп населення та спільнот із високим рівнем поширеності ТБ. Постанова Кабінету Міністрів України № 802 (липень 2024 р.)⁵ зобов'язує проводити систематичний скринінг на ТБ, включно з тестуванням на ТБІ, серед ув'язнених.

Наказ МОЗ № 302 (зі змінами від травня 2024 року)⁶ регулює порядок скринінгу на ТБ та ЛТБІ. Документ визначає чіткі обов'язки для закладів охорони здоров'я державної та приватної форм власності, зокрема, й для установ пенітенціарної системи. До цих обов'язків належать: виявлення осіб з груп ризику, проведення щорічного скринінгу, діагностика ТБ та ЛТБІ відповідно до Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз», призначення профілактичного лікування та моніторинг його безпеки. Змінами, внесеними у 2024 році, було запроваджено декілька оновлень: 1) переглянуто термінологію: термін «групи ризику» замінено на «ключові групи та групи підвищеного ризику»; 2) розширено повноваження установ, зокрема, обласних центрів громадського здоров'я, центрів контролю та профілактики хвороб, а також пенітенціарних установ; 3) запроваджено використання ТВГІ для діагностики ЛТБІ, що проводяться у спеціалізованих лабораторіях. Наказ також посилює механізми епідеміологічного нагляду та надає детальні алгоритми для активного й пасивного скринінгу.

На початку 2024 року в межах ініціативи PASS⁷ за координації Міністерства охорони здоров'я та технічної підтримки ВООЗ/Європа було розроблено проєкт національної настанови щодо систематичного скринінгу на ТБ та профілактичного лікування. Документ узагальнює оновлені рекомендації щодо алгоритмів скринінгу для ключових груп населення, методів діагностики з високою чутливістю та специфічністю, а також аналіз економічної ефективності, адаптований до епідеміологічного контексту України.

¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#Text>

² <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-skhvalennia-stratehii-rozvytku-systemy-protytuberkuloznoi-medychnoi-dopomohy-s72620824>

³ <https://ips.ligazakon.net/document/KR240564?an=1>

⁴ <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-19012023--102-pro-zatverdzhennja-standartiv--medichnoi-dopomogi-tuberkuloz>

⁵ <https://www.kmu.gov.ua/npas/pro-zatverdzhennia-poriadku-nadannia-medychnoi-dopomohy-liudiam-iaki-khvoriiut-na-tuberkuloz-z-chysla-osib-vziatykh-pid-vartu-chy-iaki-trymaiutsia-v-ustanovakh-vykonannia-pokaran-i090724-802>

⁶ <https://ips.ligazakon.net/document/RE37702?an=1>

⁷ Систематичний скринінг та превентивне лікування туберкульозу в Україні: пропозиція від ініціативи PASS

Хоча ця настанова залишається у формі проекту та ще не була офіційно затверджена МОЗ, її ключові рекомендації, узгоджені з ВООЗ, вже знайшли відображення у проекті змін до чинного Національного стандарту «Туберкульоз». Очікується, що ці зміни будуть схвалені найближчим часом, що дозволить впроваджувати оновлені практики, не чекаючи на офіційне ухвалення окремої настанови. У цьому контексті проект настанови слугує технічним довідником для обґрунтування поточних оновлень політики та для підтримки стратегічного планування цільових скринінгових заходів.

Раннє виявлення та систематичний скринінг на ТБ

До офіційного ухвалення нової настанови діяльність зі скринінгу на ТБ продовжує регулюватися чинною нормативно-правовою базою, зокрема Національним стандартом «Туберкульоз»⁸ та Стандартом III, які залишаються основою для операційних процедур. На практиці систематичний скринінг спрямований на єдиний зведений перелік із 23 категорій, визначених у Національному стандарті «Туберкульоз» (Додаток 7), і всі ці категорії вважаються обов'язковими згідно з чинними Стандартами:

- 1) особи, які мали близький або осередковий контакт із людьми, які хворіють на активний туберкульоз;
- 2) люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ);
- 3) особи, які контактують із діоксидом кремнію (кремнеземом), зокрема, шахтарі;
- 4) особи, які перебувають в ізоляторах тимчасового тримання; особи, взяті під варту або засуджені до позбавлення волі, які перебувають у слідчих ізоляторах/установах виконання покарань; особи, які звільнилися із місць позбавлення волі; персонал, у тому числі медичний, слідчих ізоляторів та установ виконання покарань;
- 5) медичні працівники;
- 6) особи з залишковими фіброзними змінами в легенях, які не отримували лікування від ТБ;
- 7) особи із захворюваннями, що призводять до ослаблення імунітету (злоякісні новоутворення, цукровий діабет, отримання імуносупресивної терапії, отримання терапії інгібітором ФНП- α);
- 8) особи, які зловживають алкоголем чи вживають наркотики;
- 9) мігранти, в тому числі внутрішньо переміщені особи;
- 10) військовослужбовці;
- 11) особи, які перебувають за межею бідності (зокрема, особи, які перебувають на обліку як малозабезпечені);
- 12) особи без визначеного місця проживання;
- 13) особи, які раніше лікувалися від ТБ;
- 14) особи з хронічними респіраторними захворюваннями;
- 15) особи із захворюванням на пневмонію;
- 16) курці;
- 17) особи з дефіцитом харчування або особи з індексом маси тіла ≤ 18 ;
- 18) особи з гастректомією або шлунково-кишковим шунтуванням;
- 19) особи із хронічною нирковою недостатністю;
- 20) особи старше 60 років;
- 21) вагітні (а також жінки у післяпологовому періоді протягом 3 місяців після пологів);
- 22) особи, які перебувають у закладах охорони здоров'я психоневрологічного профілю;
- 23) особи, які живуть у притулках.

За останніми оцінками ВООЗ, опублікованими у «Глобальному звіті про туберкульоз – 2025», у 2024 році показник захворюваності на нові випадки та рецидиви ТБ становив 33 000 в

⁸ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_standarty_dodatky.pdf

абсолютному вираженні (діапазон: 26 000–40 000)⁹. Однак офіційно було зареєстровано лише 18 311 випадків, через що показник виявлення становить 55,5%, що значно нижче за цільовий показник Європейського регіону ВООЗ у 95%.

Виявлення випадків ТБ в Україні здійснюється двома основними способами:

- пасивне виявлення, коли люди із симптомами, що вказують на ТБ, звертаються до державних або приватних закладів охорони здоров'я. У таких випадках діагностичне обстеження є обов'язковим;
- активне виявлення, або систематичний скринінг, що проводиться щорічно надавачами первинної медичної допомоги та спрямований на людей із груп підвищеного ризику, зокрема, ризику інфікування ЛТБІ. Ця послуга входить до гарантованого державою пакета медичних послуг і надається безоплатно в державних закладах охорони здоров'я за кошти державного бюджету.

Раннє виявлення ТБ здійснюється медичними працівниками під час звернення пацієнтів до закладів ПМД чи лікарень, під час обов'язкових профілактичних медичних оглядів та в рамках заходів з імунізації проти ТБ. У разі підозри на ТБ медичні працівники зобов'язані забезпечити своєчасне направлення на діагностичне обстеження відповідно до Стандарту III Національних стандартів «Туберкульоз».¹⁰

Окрім офіційної системи охорони здоров'я, неурядові організації (НУО), що займаються діяльністю з протидії ТБ, відіграють надзвичайно важливу роль в охопленні ключових груп населення, які можуть стикатися з бар'єрами в доступі до основних послуг – як-от люди, що вживають наркотики, особи без визначеного місця проживання та, за певних обставин, військовослужбовці. НУО проводять цільовий скринінг на ТБ та сприяють подальшому скеруванню пацієнтів, часто у співпраці із закладами ПМД та на основі списків ключових груп, сформованих на рівні ПМД, тим самим посилюючи раннє виявлення та сприяючи рівності в наданні послуг.

Усі ці заходи є частиною національної програми протидії ТБ, яка гарантує безкоштовний доступ до послуг з діагностики та лікування для всіх пацієнтів, включно з внутрішньо переміщеними особами, у межах Програми медичних гарантій.

В Україні застосовується мультимодальний підхід до систематичного скринінгу на ТБ. Скринінг проводиться шляхом поєднання анкетування на основі симптомів, рентгенографії органів грудної клітки (яку дедалі частіше доповнюють системи автоматизованого виявлення) та рекомендованих ВООЗ молекулярно-генетичних діагностичних експрес-тестів (мДЕТ), таких як GeneXpert.

- Скринінг за чотирма симптомами (СЧС ВООЗ)¹¹ використовується як початковий етап скринінгу на ТБ, особливо серед ЛЖВ та інших груп підвищеного ризику. Цей інструмент дозволяє оцінити наявність чотирьох ключових симптомів – кашлю, гарячки, нічної пітливості та втрати ваги. Скринінг проводиться під час кожного звернення пацієнта до медичного закладу, незалежно від причини візиту. Такий підхід сприяє ранньому виявленню осіб, які потребують подальшої діагностики, та інтеграції скринінгу на ТБ у систему надання планової медичної допомоги.
- Рентгенографія органів грудної клітки та системи комп'ютерної діагностики (CAD) широко застосовуються для систематичного скринінгу на ТБ як у стаціонарних, так і в мобільних рентген-кабінетах, зокрема, під час виїзної роботи та обстеження груп підвищеного ризику. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) сприяє використанню цифрової рентгенографії та

⁹ <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/data>

¹⁰ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/MOZ_nakaz_19.01.2023_102_standarty_dodatky.pdf

¹¹ Рекомендований ВООЗ скринінг за чотирма симптомами: оцінювання наявності кашлю, гарячки, нічної пітливості та втрати ваги.

реалізує пілотні проекти із впровадження програмного забезпечення CAD для покращення інтерпретації зображень та ефективності первинного сортування пацієнтів. У межах реалізації гранту Глобального фонду ЦГЗ планує подальше розширення доступу до технологій штучного інтелекту (ШІ) через посилення спроможності закладів охорони здоров'я, залучених до скринінгу на ТБ. Зокрема, передбачається закупівля систем ШІ для аналізу рентгенологічних знімків. Планується оголосити міжнародний тендер для 12 обласних фтизіопульмонологічних центрів (що забезпечить доступ до ШІ для всіх протитуберкульозних закладів) та для 23 багатопрофільних лікарень із високим навантаженням на радіологічні служби. Ці заходи спрямовані на зменшення кількості пропущених випадків ТБ, підвищення ефективності скринінгу та якості й своєчасності виявлення захворювання, а також на оптимізацію навантаження на рентгенологів та посилення загальної ефективності системи скринінгу. У період з 2020 по 2024 рік кількість дорослих, які щорічно проходили скринінг за допомогою рентгенографії органів грудної клітки, становила понад 8 мільйонів осіб, із незначною тенденцією до зниження – з 10,8 млн у 2020 році до 8,1 млн у 2024 році. Попри це зменшення, поширеність ТБ серед обстежених зросла з 43,7 на 100 000 населення у 2020 році до 82,7 на 100 000 у 2024 році, що свідчить про більш точне таргетування груп підвищеного ризику та, ймовірно, ефективніші стратегії скринінгу. Протягом січня-серпня 2025 року мобільний скринінг на ТБ охопив 17 областей, у межах якого було обстежено 57 732 особи з груп підвищеного ризику. За результатами було виявлено 137 нових випадків ТБ (0,24%), а у 2,4% обстежених виявлено зміни в легенях, які можуть свідчити про наявність ТБ. Серед інших знахідок – підозри на новоутворення (0,36%), пневмонія (0,72%) та інші патології органів грудної клітки (3,16%), що підтверджує ефективність мобільного скринінгу для раннього виявлення захворювань серед уразливих груп населення.

- Лабораторна діагностика. Молекулярно-генетичні експрес-тести (GeneXpert) широко застосовуються в Україні як інструмент діагностики після первинного скринінгу на ТБ. Хоча GeneXpert зазвичай не використовується як основний метод скринінгу, він відіграє центральну роль у підтвердженні ТБ в осіб, виявлених за допомогою скринінгу за симптомами та рентгенографії. З 2013 року мережа обладнання розширилася з 15 до 287 апаратів по всій країні. У 2024 році регіональний аналіз виявив відмінності в показниках виявлення ТБ за допомогою GeneXpert: середній показник по країні становив 13%. Вищі показники спостерігалися в Миколаївській (21%), Херсонській (21%) та Волинській (18%) областях, тоді як нижчі – у Хмельницькій (8,0%) та Черкаській (7,3%) областях. З 2018 року значно зросло використання мДЕТ, рекомендованих ВООЗ, як початкового методу діагностики. У 2024 році 98% усіх діагностованих випадків ТБ було перевірено за допомогою мДЕТ, що свідчить про високий рівень дотримання рекомендацій ВООЗ. Водночас частка випадків ТБ із бактеріологічним підтвердженням серед нових та повторних випадків захворювання у 2018–2024 роках залишалася нижчою за 70%, що вказує на необхідність удосконалення застосування тестів та інтерпретації їхніх результатів.
- Туберкулінова шкірна проба (ТШП) використовується для скринінгу на туберкульозну інфекцію серед дітей та дорослих із груп ризику, що відповідає чинному державному Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» та рекомендаціям ВООЗ.
- Тест на С-реактивний білок (СРБ) застосовується як додатковий інструмент скринінгу для ЛЖВ, які не отримують антиретровірусну терапію (АРТ). Тестування на СРБ у поєднанні з СЧС ВООЗ допомагає виключити активну форму ТБ перед початком ПЛТ. Цей метод, особливо в осіб з імуносупресією, має високу негативну прогностичну цінність та підвищує безпеку превентивної терапії.

Систематичний скринінг на ТБ серед контактних осіб. З 2018 по 2023 рік Україна стабільно перевищувала цільовий показник ВООЗ/ЄРБ ($\geq 90\%$) щодо охоплення скринінгом контактних осіб людей із підтвердженим бактеріологічно ТБ, досягаючи в середньому 93%. У 2024 році показник

охоплення знизився до 83%, що може свідчити про можливі перебої в наданні послуг та вказує на необхідність вжиття коригувальних заходів. За цей самий період середня кількість виявлених контактних осіб на один індексний випадок становила 2,06, що наближається до середнього розміру домогосподарства в країні (2,5 особи) та свідчить про ефективне виявлення експонованих осіб. Рівень виявлення ТБ серед обстежених контактних осіб зріс з 1,6% у 2018 році до 2,5% у 2024 році. Цей показник перевищує середнє значення (1,5%), зареєстроване у 18 країнах високого пріоритету в Європейському регіоні ВООЗ, і наближається до рівня поширеності 5,0%, що спостерігається в умовах високої захворюваності на ТБ згідно з даними глобального метааналізу¹². Така тенденція може відображати більш цілеспрямовану роботу з контактними особами з високим ризиком.

Систематичний скринінг на ТБ серед ЛЖВ інтегрований у стандартну медичну допомогу у сфері ВІЛ та проводиться лікарями-інфекціоністами. Під час реєстрації для отримання медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ пацієнту призначають рентгенографію органів грудної клітки, якщо з моменту останнього радіологічного обстеження минуло понад шість місяців. Крім того, щорічна рентгенографія рекомендована всім ЛЖВ у рамках планового моніторингу¹³.

Для дорослих та дітей віком від 10 років в амбулаторних умовах застосовується послідовний алгоритм скринінгу: СЧС ВООЗ, а в разі їх відсутності – рентгенографія органів грудної клітки. Для дітей віком до 10 років використовується лише СЧС ВООЗ¹⁴. Скринінгові анкети на основі СЧС ВООЗ заповнюються під час кожного звернення до медичного працівника, незалежно від причини візиту. ЛЖВ, які ще не отримують АРТ, проходять скринінг на ТБ одночасно з призначенням АРТ. Вагітні жінки, які живуть з ВІЛ, проходять скринінг у рамках антенатального нагляду.

Для покращення ранньої діагностики Україна впровадила додаткові діагностичні інструменти, зокрема, аналіз сечі з використанням тест-систем LF-LAM, особливо для ЛЖВ із вираженою імуносупресією (CD4 <200 клітин/мм³). Молекулярно-генетичне тестування (мДЕТ) все ширше застосовуються для підтвердження діагнозу ТБ та виявлення лікарської стійкості у ЛЖВ.

Діагностика латентної туберкульозної інфекції

Відповідно до наказу МОЗ № 302 діагностування ЛТБІ рекомендовано особам із підвищеним ризиком розвитку активного ТБ. Метою діагностики є виявлення інфікованих осіб без клінічних симптомів та контагіозності для запобігання переходу захворювання в активну стадію.

Групи підвищеного ризику, яким рекомендовано обстеження на ЛТБІ:

- 1) особи, які перебувають у тісному контакті з хворими на бактеріологічно підтверджений ТБ легень, незалежно від ВІЛ-статусу, включно з випадками зворотного відстеження контактів під час епідеміологічних розслідувань;
- 2) діти, які не отримали щеплення БЦЖ при народженні або протягом перших 2 місяців життя, а також діти старшого віку, яким планується вакцинація БЦЖ;
- 3) діти віком до 5 років, які контактували з людиною із бактеріологічно підтвердженим ТБ легень;
- 4) ЛЖВ, зокрема, ВІЛ-позитивні вагітні жінки та ВІЛ-позитивні особи, які успішно завершили лікування ТБ;
- 5) особи, які перебувають в установах попереднього ув'язнення або пенітенціарної системи;

¹² <https://publications.ersnet.org/content/erj/58/6/2100266>

¹³ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/HIV_in_UA_54_2023_EN.pdf

¹⁴ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/HIV_in_UA_54_2023_EN.pdf

- 6) особи, які отримують імуносупресивну терапію (лікування інгібіторами ФНП- α , перебування на гемодіалізі чи перитонеальному діалізі, підготовка до трансплантації органів або кісткового мозку);
- 7) особи з вродженим імунodefіцитом, незалежно від наявності щеплення БЦЖ;
- 8) особи з ознаками силікозу та/або антракосилікозу.

В Україні діагностика ЛТБІ переважно здійснюється за допомогою ТШП. Використання тестів вивільнення гамма-інтерферону (ТВГІ), таких як QuantiFERON, залишається обмеженим. Вибір методу діагностики залежить від віку пацієнта, статусу вакцинації БЦЖ та наявності відповідних тестів. ТШП є найпоширенішим методом, особливо серед дітей, хоча її інтерпретація потребує кваліфікованого персоналу та централізованих закладів. Важливо зазначити, що тестування на ЛТБІ не є обов'язковою умовою для призначення профілактичного лікування певним групам підвищеного ризику, зокрема, ЛЖВ та дітям до п'яти років, котрі контактували з людиною, хворою на ТБ.

З вересня 2023 року в дев'яти пілотних областях у рамках національної ініціативи за підтримки Глобального фонду було запроваджено тестування за допомогою ТВГІ. Ці тести забезпечують вищу специфічність, особливо серед вакцинованого БЦЖ населення. Очікується, що у 2024 році їх використання буде поширено на всю країну. Однак наразі в країні спостерігається дефіцит туберкуліну для ТШП та затримки в постачанні шкірних тестів з туберкульозним алергеном (ШТТА), що негативно впливає на сталість заходів зі скринінгу ЛТБІ.

Профілактичне лікування ТБ в осіб із груп підвищеного ризику

У період з 2018 по 2024 рік охоплення ПЛТ серед усіх контактних осіб в Україні знизилося з пікового показника 89% у 2021 році до 50% у 2024 році (середній показник за період – 68%). Варто зауважити, що цей показник відображає охоплення серед усіх виявлених контактних осіб, а не лише тих, хто підлягав ПЛТ. Отже, таке зниження може частково пояснюватися вдосконаленням процесу відстеження контактів та збільшенням кількості виявлених контактних осіб на один індексний випадок.

Охоплення ПЛТ серед дітей віком до п'яти років залишалось стабільно високим, відповідаючи цільовому показнику ВООЗ для Європейського регіону (90%). У 2024 році цей показник у зазначеній групі сягнув 91%. Водночас у 2021–2024 роках показники охоплення ПЛТ серед ЛЖВ демонстрували різноспрямовані тенденції. Серед усіх ЛЖВ, які наразі отримують АРТ, охоплення знизилося з пікового рівня 16% у 2021 році до 10% у 2024 році (середній показник – 12%). На протипагу цьому, охоплення ПЛТ серед нещодавно зареєстрованих ЛЖВ, які розпочали АРТ, залишалось відносно високим, у середньому становлячи 74% (з піком 80% у 2022 році та 76% у 2024 році), що, однак, є нижчим за цільовий показник ВООЗ (99%).

Дані за 2024 рік свідчать, що національна програма з ПЛТ дедалі більше охоплює пріоритетні групи населення та впроваджує рекомендовані ВООЗ короткострокові режими лікування. Найчастіше застосовували короткостроковий режим 3HR (25%), за ним слідував 3HP (16%). Варто зазначити, що режим 1HP використовували приблизно у 14% усіх випадків та у понад 50% ВІЛ-позитивних контактних осіб, що відповідає настановам ВООЗ, які надають перевагу короткостроковим режимам на основі рифапентину для ЛЖВ. Режими на основі фторхінолонів, рекомендовані для контактних осіб людей, які хворіють на МЛС-ТБ/Риф-ТБ, застосовували приблизно у 7% усіх випадків серед контактних осіб. Використання режиму 4R залишалось обмеженим (2%) (Таблиця 1).

Таблиця 1. Каскад надання послуг із ПЛТ серед контактних осіб у домогосподарствах із розподілом за ВІЛ-статусом та віковою групою, 2024 рік

Категорія	ВІЛ-статус*			Вікова група			Усього
	Невідом	Негат.	Позит.	< 5 років	5-14 років	≥ 15 років	

Підлягають ПЛТ (абс.)	8 013	11 471	712	1 255	3 564	15 863	20 682
Розпочато ПЛТ (абс.)	6 432	9 413	658	1 079	3 312	12 240	16 631
Розпочато ПЛТ (%)	80,3	82,1	92,4	86,0	92,9	77,2	80,4
- Режим 1НР (абс.)	465	1 493	332	7	58	2 225	2 290
- Режим 1НР (%)	7,2	15,9	50,5	0,6	1,8	18,2	13,8
- Режим 3НР (абс.)	567	2 007	51	35	151	2 439	2 625
- Режим 3НР (%)	8,8	21,3	7,8	3,2	4,6	19,9	15,8
- Режим 3НР (абс.)	2 315	1 769	23	582	1 390	2 135	4 107
- Режим 3НР (%)	36,0	18,8	3,5	53,9	42,0	17,4	24,7
- Режим 4R (абс.)	157	148	1	25	49	246	320
- Режим 4R (%)	2,4	1,6	0,2	2,3	1,5	2,0	1,9
- Режим 6–9 Lfx/Mfx ± E/Et (абс.)	593	628	15	78	198	960	1 236
- Режим 6–9 Lfx/Mfx ± E/Et (%)	9,2	6,7	2,3	7,2	6,0	7,8	7,4
- Монотерапія 6–9Н (абс.)	2 335	3 368	236	352	1 466	4 235	6 053
- Монотерапія 6–9Н (%)	36,3	35,8	35,9	32,6	44,3	34,6	36,4
Успішно завершили ПЛТ (абс.)	4 318	6 693	501	872	2 256	8 384	11 512
Успішно завершили ПЛТ (%)	67,1	71,1	76,1	80,8	68,1	68,5	69,2

*Без урахування системи Міністерства оборони

Облік та звітність щодо ПСПЛТ

Наразі система обліку та звітності щодо скринінгу на ТБ та ПЛТ все ще перебуває на етапі розробки. Проекти форм для збору даних були розроблені відповідно до стандартів ВООЗ і містять усі ключові показники, однак вони ще не отримали офіційного затвердження від МОЗ. Тим часом збір даних здійснюється за допомогою шаблонів на базі Excel через Google-форми. На обласному рівні збір даних, як правило, координує уповноважена контактна особа (найчастіше – з відділу моніторингу, оцінки та статистики), яка узагальнює інформацію переважно з індивідуальних медичних карток пацієнтів.

Водночас залишається низка проблем. У деяких випадках джерело даних є нечітким через відсутність структурованих переліків осіб, що належать до груп ризику щодо ТБ. Крім того, результати ПЛТ не завжди систематично фіксуються в індивідуальних медичних картках, що ставить під загрозу повноту та відстежуваність даних. В електронному національному реєстрі випадків ТБ наразі відсутні спеціалізовані модулі для скринінгу контактних осіб та ПЛТ, що обмежує його спроможність підтримувати стандартизований моніторинг, звітність та ухвалення програмних рішень.

Основні досягнення та виклики

Україна створила міцну нормативно-правову та стратегічну основу для систематичного скринінгу на ТБ і профілактичного лікування. Наявні оновлені закони, національні стратегії та стандарти надання послуг. Проект національної настанови зі скринінгу на ТБ та ПЛТ, розроблений у 2024 році за підтримки ВООЗ, закладає консолідовану та актуальну базу для майбутнього перегляду політик.

Країна значно розширила використання рекомендованих ВООЗ інструментів скринінгу, таких як GeneXpert, цифрова рентгенографія органів грудної клітки та системи комп'ютерної діагностики (CAD). Також підтримується високий рівень охоплення скринінгом контактних осіб, що свідчить про потужний програмний потенціал.

Впроваджено та поширено рекомендовані ВООЗ короткокурсіві режими ПЛТ (ЗНР, ЗНР, 1НР). Тестування ТВГІ було спершу впроваджено як пілотний проєкт у дев'яти областях у 2023 році, а в 2024 році поширено на всі регіони, за винятком Херсонської та Донецької областей; з 2025 року воно впроваджується в усіх областях України. Стандартизована система обліку та звітності щодо ПСПЛТ перебуває на етапі розробки, при цьому вже ведеться проміжний збір даних.

НУО роблять вагомий внесок, охоплюючи ключові та недостатньо охоплені групи населення, проводячи цільовий скринінг на ТБ та сприяючи перенаправленню пацієнтів у співпраці із закладами ПМД.

Водночас залишаються суттєві прогалини. У 2024 році було виявлено та зареєстровано лише близько 56% від розрахункової кількості випадків захворювання на ТБ, що свідчить про недостатню діагностику та продовження передачі інфекції.¹⁵

Національне керівництво із систематичного скринінгу та ПЛТ залишається проєктом. Поточний перелік із 23 груп ризику для скринінгу є надто широким, що може послаблювати його ефективність і потребує пріоритизації та приведення у відповідність до настанов ВООЗ. Показники охоплення ПЛТ знизилися серед контактних осіб і залишаються низькими у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які проходять АРТ.

Системи обліку та звітності щодо скринінгу на ТБ та ПЛТ все ще неповні, а відсутність окремого модуля з ПЛТ у національному реєстрі випадків ТБ обмежує якість даних та їх застосування в управлінських рішеннях. Крім того, регулярні нестача та затримки з постачанням засобів діагностики ЛТБІ (зокрема, ТШП та ШТТА) підривають сталість скринінгу, особливо серед дітей та інших груп підвищеного ризику.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Офіційно затвердити та впровадити національну настанову щодо систематичного скринінгу на ТБ та профілактичного лікування з метою забезпечення стандартизованих, науково обґрунтованих практик, що відповідають рекомендаціям ВООЗ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦЗЗ, МОЗ
2	Переглянути та оптимізувати перелік груп ризику щодо ТБ для врахування актуальних епідеміологічних даних та раціонального розподілу ресурсів відповідно до рекомендацій ВООЗ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦЗЗ, МОЗ
3	Розширити охоплення ПЛТ серед усіх контактних осіб, які його потребують, та ЛЖВ на АРТ шляхом усунення прогалин у наданні послуг, забезпечення систематичного спостереження та своєчасного початку лікування.	Короткостроковий	ЦЗЗ, МОЗ

¹⁵ Примітка. Оцінки епідеміологічного навантаження від ВООЗ ґрунтуються на демографічних даних ООН, що включають території та регіони, які наразі не перебувають під контролем Уряду України. Внаслідок цього показники захворюваності можуть бути завищеними; у зв'язку з цим до інтерпретації даних про епідеміологічний тягар та охоплення населення варто ставитися обережно.

	[Високий пріоритет]		
4	<p>Забезпечити стабільне постачання та загальнонаціональне впровадження засобів для діагностики ЛТБІ (ТШП, ШТТА, ТВГІ) з метою посилення раннього виявлення та профілактичного лікування серед груп підвищеного ризику, зокрема, за рахунок ресурсів Глобального фонду.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий (закупівлі та розподіл) / середньостроковий (ширше впровадження)	ЦГЗ, МОЗ, партнери
5	<p>Інтегрувати систематичний скринінг на ТБ та моніторинг ПЛТ до національного електронного реєстру випадків ТБ з метою забезпечення збору та аналізу даних у реальному часі для прийняття програмних рішень.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий (планування та мобілізація ресурсів) / середньостроковий (системні зміни)	ЦГЗ, МОЗ
6	<p>Посилити міжсекторальну співпрацю з національними партнерами для розширення охоплення скринінгом на ТБ серед ключових груп населення, зокрема, у сфері соціальних послуг, програмах з ВІЛ та в пенітенціарних установах.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	На постійній основі	ЦГЗ, МОЗ, інші міністерства та відомства, партнери
7	<p>Зміцнити роль ОГС у систематичному скринінгу на ТБ та профілактичному лікуванні шляхом їхньої формальної інтеграції до національних координаційних механізмів, стандартизації взаємодії із закладами охорони здоров'я, забезпечення доступу до діагностики та лікування, а також включення їхньої діяльності до національної електронної системи звітності щодо ТБ за підтримки міжнародної технічної допомоги.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий (програмні заходи) / середньостроковий (системні зміни)	ЦГЗ
8	<p>Розробити спеціалізовану методологію операційного дослідження щодо превентивного лікування контактних осіб людей, які хворіють на МЛС-ТБ/Риф-ТБ, що передбачає застосування 6-місячного режиму левофлоксацину для осіб із підтвердженою чутливістю до фторхінолонів, а також оцінити альтернативні режими для контактних осіб із резистентністю до фторхінолонів.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери

*

*

*

Лабораторна діагностика ТБ

У цьому розділі представлено досягнення та невирішені питання щодо посилення спроможності країни у сфері лабораторної діагностики ТБ з часу попереднього огляду національної програми протидії ТБ, проведеного у 2022 році.

Національна лабораторна мережа: поточний стан

У країні створено трирівневу лабораторну мережу з діагностики ТБ, що забезпечує широкий доступ до рекомендованих ВООЗ методів діагностики та тестування на медикаментозну чутливість (ТМЧ).

- *Лабораторії 1-го рівня (периферичні заклади охорони здоров'я)* функціонують у складі закладів загальної медичної допомоги. Як діагностичні інструменти першої лінії доступні тести Xpert MTB/RIF Ultra та мікроскопія мазка. З огляду на обмежені можливості для своєчасного направлення зразків до лабораторій 2-го рівня, модулі Xpert XDR також встановлено в усіх пенітенціарних установах.
- *Лабораторії 2-го рівня* діють на базі обласних протитуберкульозних центрів і виконують тестування за допомогою Xpert XDR та культурального ТМЧ до широкого спектра препаратів (H, R, Lfx, Mfx 0,25–1 мкг/мл, Z, E, Dlm, Bdq, Lzd, Cfz, Am та Pa). Із 27 лабораторій функціонують 24; зразки з нефункціонуючих закладів направляються до найближчих установ або до Національної референс-лабораторії (НРЛ).
- *Лабораторія 3-го рівня (Національна референс-лабораторія)* функціонує у складі Центру громадського здоров'я. НРЛ, що має статус «Центр моніторингу резистентності до ТБ Лабораторії громадського здоров'я», у 2024 році пройшла акредитацію за стандартом ISO 15189. Вона координує діяльність лабораторій 1-го та 2-го рівнів, забезпечує загальнонаціональний нагляд, проводить комплексні дослідження резистентності (включно з повторним тестуванням на Pa) та надає підтримку з управління якістю всім регіональним і близько 100 лабораторіям первинного рівня. НРЛ співпрацює із Наднаціональною референс-лабораторією у м. Гаутінг, Німеччина, у питаннях розробки стратегій, підготовки методичних посібників та забезпечення якості.

В Україні діє національний діагностичний алгоритм. Державна політика та діагностичний алгоритм відповідають принципу універсального доступу до діагностики ТБ та ТМЧ.

У 2024 році в Україні було зареєстровано 18 311 випадків ТБ, що відповідає показнику сповіщення 48,9 на 100 000 населення (повний перелік показників наведено в Додатку 1). Країна досягла майже універсального доступу до мШДТ, рекомендованих ВООЗ: 97,8% пацієнтів з новими випадками та рецидивами ТБ пройшли тестування методом Xpert як методом первинної діагностики, а 94,2% пацієнтів з Риф-ТБ/МЛС-ТБ пройшли ТМЧ до фторхінолонів (препаратів другого ряду). Загалом було зареєстровано 3 300 випадків Риф-ТБ, що становить 8,8 на 100 000 населення; 22,1% випадків Риф-ТБ виникли у пацієнтів з уперше діагностованим захворюванням, що свідчить про тривалу первинну передачу інфекції.

Загалом, 72,7% зареєстрованих випадків ТБ були підтверджені бактеріологічно, а 27,3% – діагностовані клінічно. Найвищі показники бактеріологічного підтвердження зафіксовано в Донецькій, Львівській та Рівненській областях (вище цільового показника ВООЗ у 90%), а найнижчі – у Дніпропетровській, Кіровоградській, Одеській, Тернопільській, Хмельницькій та Чернівецькій областях. Причинами нижчого рівня бактеріологічного підтвердження є неналежний відбір пацієнтів для дослідження, неповне дотримання діагностичного алгоритму, відбраковування зразків, затримки з доставкою біоматеріалу та обмежений доступ до фенотипових культуральних досліджень.

Усі лабораторії мають доступ до мШДТ та забезпечені повним цифровим зв'язком, що гарантує передачу результатів лікарям у режимі реального часу через системи GX Alert/Aspect. Час від

отримання зразка до видачі результату для понад 90% тестів перебуває в межах допустимих норм, а рівень контамінації залишається низьким (4,5% для твердих та 9,2% для рідких середовищ). Крім того, 98% людей із бактеріологічно підтвердженим ТБ отримали результати ТМЧ до рифампіцину, 82% людей із Риф-ТБ/МЛС-ТБ – до фторхінолонів, а 71,3% людей із пре-ШЛС-ТБ – до препаратів групи А. Це свідчить про високий рівень охоплення та належну якість діагностичних послуг у країні.

Станом на 2024 рік в Україні функціонувало 287 апаратів Xpert (у закладах МОЗ – 246, пенітенціарній системі – 25, Міністерстві оборони – 5, Національній академії наук – 5, Національній дитячій спеціалізованій лікарні – 1, центрах СНІДу – 7), за допомогою яких виконувалося близько 140 000 тестувань на рік, що відповідає показникам попередніх років. За оцінками, для повного охоплення населення необхідно проводити близько 180 000 тестувань щорічно, що залишається нереалістичним через важкодоступні групи населення та прогалини в діагностиці у прифронтових зонах. Внутрішнє переміщення населення також спричинило зростання попиту на діагностику в регіонах, що приймають ВПО. У зонах, що постраждали від війни, було розгорнуто мобільні лабораторії, оснащені системами Xpert. Деякі пенітенціарні установи стикаються з обмеженнями через брак кадрових ресурсів. Середній час від збору зразка до виконання тестування Xpert становить менше трьох днів (у рідкісних випадках збільшуючись до десяти днів). Мережа Xpert добре обслуговується, значних перебоїв у постачанні чи дефіциту товарних запасів не спостерігалось. Закупівля витратних матеріалів для Xpert наразі підтримується в рамках проєкту ГФ із забезпеченням річного прогнозування та створенням резервних запасів. Усі позитивні результати тестування Xpert передаються електронною поштою регіональним фтизіатрам через систему GX Alert/Aspect.

Дотримання правил біобезпеки забезпечується наказом Міністерства охорони здоров'я України (2024), розробленим робочою групою під головуванням ЦГЗ. Технічне обслуговування та забезпечення засобами індивідуального захисту гарантовано, хоча повне впровадження оновлених санітарних заходів очікується до 2026 року.

Понад 90% пацієнтів з Риф-ТБ/МЛС-ТБ проходять тестування за допомогою Xpert XDR протягом семи днів після первинного виявлення, що свідчить про високу спроможність подальшої діагностики. Оскільки лише 10% лабораторій 1-го рівня оснащені 10-колірними модулями, направлення пацієнтів до фтизіатрів та спеціалізованих лабораторій для виявлення Риф-ТБ є обґрунтованим згідно з чинним алгоритмом.

ТМЧ проводиться для всіх рекомендованих протитуберкульозних препаратів на регіональному рівні (включно з Ра); лабораторії отримали необхідні витратні матеріали та чисті субстанції.

У короткостроковій перспективі (2025–2026 роки) НРЛ за технічної підтримки Наднаціональної референс-лабораторії планує провести валідацію методу таргетного секвенування нового покоління (тСНП) на клінічних зразках (навчання заплановано на I квартал 2026 р.), інтегрувати тСНП у діагностичний алгоритм та розпочати моніторинг резистентності на національному рівні із застосуванням тСНП за умови належного фінансування. Валідація методу повногеномного секвенування триває та вже завершена для 120 зразків.

У середньостроковій перспективі (2026–2027 роки) стратегія передбачає валідацію різних платформ тСНП (Illumina, ONT) з аналізом економічної ефективності, розробку плану впровадження та моніторингу, розбудову спроможності регіональних лабораторій та розширення тестування резистентності на основі тСНП на регіональні центри (у довгостроковій перспективі планується створення п'яти таких центрів).

Транспортування зразків та інфраструктура

Транспортування біологічних зразків з лабораторій 2-го рівня до НРЛ здійснюється на регулярній основі та контролюється НРЛ через залучену за контрактом кур'єрську службу. Процедура

транспортування зразків з лабораторій 1-го рівня до лабораторій 2-го рівня в межах цього Огляду не оцінювалася.

Лабораторна інфраструктура загалом підтримується в належному стані за підтримки міжнародних партнерів. Деякі лабораторії 2-го рівня використовують обладнання нижчого класу. У регіонах, що постраждали внаслідок бойових дій, кілька лабораторій зазнали значних пошкоджень; їх не вдалося повністю відновити за рахунок наявного фінансування, тому було проведено лише частковий ремонт.

Попри наявність та технічну можливість проведення комбінованого тестування на ВІЛ та ВГС за допомогою діагностичних експрес-тестів, а також достатню спроможність лабораторій, координація між програмами та подання даних залишаються незадовільними. На рівні закладів досі використовуються різні форми звітності.

Управління якістю та біобезпека

НРЛ здійснює нагляд за національною системою управління якістю та забезпечує зовнішній контроль якості (ЗКЯ) для лабораторій регіонального та первинного рівнів. Показники ефективності діагностики та лабораторної діяльності залишаються високими в усій мережі. Ключові показники ефективності (кількість проведених тестів Хpert, частка помилкових/недійсних результатів, рівень контамінації культур та результати ТМЧ) контролюються щоквартально. НРЛ акредитована за стандартом ISO 15189, а 93–100% лабораторій беруть участь у програмах ЗКЯ, демонструючи високий рівень професійної відповідності. Двадцять лабораторій залучено до програми ЗКЯ з культуральних досліджень. НРЛ надає підтримку лабораторіям 2-го рівня в процесі акредитації за стандартом ISO 15189.

У 2024 році НРЛ за підтримки ВООЗ запровадила новий контрольний перелік лабораторних показників та провела навчання для регіональних фахівців щодо їх інтерпретації та використання під час поточних наглядових візитів. Рівень контамінації в системі MGIT залишається нижчим за 10%, за винятком однієї лабораторії. Помилки в роботі обладнання Хpert трапляються, але не мають системного характеру. Лабораторії 2-го рівня здійснюють нагляд за периферичними закладами, тоді як контроль з боку НРЛ посилено завдяки моніторингу через систему GXAlert.

Лабораторна інформаційна менеджмент-система (ЛІМС) залишається частково функціональною та потребує оновлення. На первинному рівні результати досліджень Хpert вносяться в інформаційну менеджмент-систему, проте деякі поля даних залишаються незаповненими. Триває планування заходів з автоматизації передання лабораторних даних та генерації статистичних звітів; планується, що пілотний проєкт на основі Excel буде введено в експлуатацію до кінця 2026 року.

У 2024 році Міністерство охорони здоров'я видало наказ про затвердження Державних санітарних норм і правил «Влаштування мікробіологічних лабораторій з діагностики туберкульозу та забезпечення біологічної безпеки в їхній роботі». Документ має на меті покращити організацію лабораторій, що здійснюють мікробіологічну діагностику ТБ, та забезпечити біологічну безпеку.

Кадрові ресурси та професійна підготовка

Нестача кадрових ресурсів є значним обмежувальним чинником, оскільки штат лабораторних працівників, особливо на периферії, вважається недостатнім. Водночас на постійній основі здійснюється професійна підготовка лабораторних фахівців, що включає онлайн-курси, організовані ЦГЗ/НРЛ. Верифікаційна діяльність проводиться регулярно, здебільшого з виїздом на місце.

З метою виявлення та усунення недоліків у роботі здійснюються щоденні консультації, кураторські візити, аудиту та оцінка якості лабораторних послуг. Протягом 2024 року було організовано 25 навчальних заходів, однак цього року їх кількість, імовірно, скоротиться через

фінансові та логістичні обмеження. Це також негативно вплине на процеси валідації тестів та проведення трансляційних досліджень. НРЛ підготувала 117 письмових відповідей на регіональні запити та здійснила перегляд СОП.

Основні досягнення та виклики

Протягом останніх років лабораторна мережа з діагностики ТБ в Україні продемонструвала низку важливих досягнень. Забезпечено високий рівень національного охоплення тестуванням на платформі Xpert, що підтримується функціональним ланцюгом постачання, надійним прогнозуванням та стабільною системою транспортування зразків. Національна референс-лабораторія (НРЛ) здійснює регулярний нагляд і технічний супровід, що сприяє підтримці високих показників ефективності в усій мережі.

Було посилено лабораторну біобезпеку завдяки наказу МОЗ, який стандартизує вимоги до мікробіологічних лабораторій, що працюють з ТБ. Також досягнуто значного прогресу в забезпеченні якості: НРЛ пройшла акредитацію за стандартом ISO 15189 та надає методичну підтримку регіональним лабораторіям у проходженні їхніх власних процесів акредитації.

Водночас залишаються значні виклики. Дефіцит кадрів негативно впливає на надання лабораторних послуг, обмежуючи спроможність програми забезпечувати своєчасну діагностику та моніторинг пацієнтів. ЛІМС функціонує лише частково, що призводить до неповного збору даних та слабого зв'язку між різними рівнями надання медичної допомоги.

Звітність та повідомлення про результати тестування на ШЛС-ТБ залишаються неповними, а прогрес у впровадженні мультиплексних та міжпрограмних платформ для тестування є повільним. Програма ЗКЯ потребує оновлення та розширення, щоб відповідати розвитку сучасних технологій.

Обмежене фінансування стримує впровадження та валідацію нових діагностичних тестів. Загалом, для забезпечення безперебійного надання лабораторних послуг у національному масштабі, особливо в регіонах із пошкодженою інфраструктурою та в пенітенціарному секторі, все ще існує потреба у сталому фінансуванні.

Рекомендації

<i>№</i>	<i>Рекомендація</i>	<i>Термін виконання</i>	<i>Виконавець(ці)</i>
1	Вдосконалювати та підтримувати цифрові системи лабораторної інформації та звітності (напр., ЛІМС) для забезпечення їх повної функціональності, взаємосумісності та зв'язку в реальному часі з метою повної та своєчасної передачі результатів діагностики та ТМЧ, включно з даними щодо ШЛС-ТБ, на всіх рівнях лабораторної мережі. [Високий пріоритет]	Коротко- / середньостроковий	ЦГЗ у співпраці з відповідними партнерами
2	Підтримувати та розширювати ініціативи з розбудови потенціалу та проведення досліджень, зокрема, операційних досліджень, впровадження тСНП та інтеграції мультиплексних і мульти-інфекційних діагностичних підходів, з метою сприяння інноваціям, підвищення ефективності та забезпечення	Коротко- / середньостроковий	ЦГЗ у співпраці з відповідними партнерами Пріоритетний напрям для включення до запиту на фінансування від ГФ

	довгострокової сталості лабораторної мережі з діагностики ТБ. [Високий пріоритет]		
3	Зміцнювати та розширювати кадровий потенціал у сфері діагностики ТБ шляхом проведення цільового навчання для підтримки тестування, звітування та зв'язку з клінічним веденням пацієнтів, особливо в пенітенціарному секторі та на територіях, що постраждали від війни. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	ЦГЗ у співпраці з партнерами
4	Забезпечувати систематичний моніторинг та нагляд за даними про діяльність лабораторій силами Національної референс-лабораторії (НРЛ) для своєчасного зворотного зв'язку та вжиття коригувальних заходів, а також залучати сталі механізми фінансування для підтримки постійного покращення якості в усій мережі. [Високий пріоритет]	На постійній основі	ЦГЗ, НРЛ, регіональні лабораторії
5	Модернізувати та розширити інфраструктуру та штат НРЛ для посилення послуг із ТМЧ, нагляду за лабораторною мережею та функцій з навчання, включно із впровадженням комплексних систем ЗКЯ та управління якістю відповідно до міжнародних стандартів. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	ЦГЗ, НРЛ у співпраці із зовнішніми партнерами

* * *

Лікування людей, які хворіють на ТБ

За останні п'ять років в Україні було досягнуто значного прогресу в покращенні результатів лікування як ТБ, чутливого до лікарських засобів (ЧТБ), так і лікарсько-стійкого туберкульозу (ЛС-ТБ). Країна залишається у глобальному списку ВООЗ країн із високим тягарем Риф-ТБ/МЛС-ТБ та посідає друге місце за тягарем ЛС-ТБ у Європейському регіоні ВООЗ.

У період з 2018 по 2023 рік показник успішності лікування (ПУЛ) серед нових та повторних випадків ТБ коливався в межах від 75% до 79%, що є порівняним із середнім показником у Європейському регіоні ВООЗ (75%), але все ще нижче за регіональний цільовий показник у 90% до 2025 року. Основною причиною несприятливих результатів була смертність, що вказує на діагностування багатьох пацієнтів на пізніх стадіях захворювання. Іншим важливим фактором, що негативно впливає на результати лікування, є висока частка коінфекції ТБ/ВІЛ, яка пов'язана з підвищеною летальністю. Близько 20% нових та рецидивних випадків ТБ у когортах 2016–2021 років були зареєстровані серед людей з ВІЛ-асоційованим ТБ.

Серед пацієнтів із Риф-ТБ/МЛС-ТБ без резистентності до фторхінолонів ПУЛ суттєво зріс: з 51% у когорті 2017 року до 67% у когорті 2022 року. Це сталося переважно завдяки різкому зниженню частки невдалого лікування (з 18% до 3%) та скороченню кількості випадків переривання

лікування. Ці покращення зумовлені розширенням застосування рекомендованих ВООЗ скорочених повністю пероральних схем лікування та нарощуванням масштабів використання молекулярно-генетичних експрес-тестів для визначення медикаментозної резистентності. Серед пацієнтів із пре-ШЛС/ШЛС-ТБ ПУЛ зріс з 34% у когорті 2018 року до 68% у когорті 2022 року. Більшість несприятливих результатів були пов'язані з летальністю або перериванням лікування. Очікується подальше поліпшення показників для новіших когорт завдяки продовженню впровадження нових схем лікування в масштабах країни.

Серед пацієнтів із коінфекцією ТБ/ВІЛ у когорті 2023 року ПУЛ становив 68%. Смертність залишається основною причиною незадовільних результатів, що пов'язано з пізнім діагностуванням ВІЛ та недостатньою прихильністю до АРТ. Попри це, протягом останнього десятиліття охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ залишалося на рівні понад 95% (99% у 2024 році), а охоплення АРТ серед пацієнтів з коінфекцією ТБ/ВІЛ зросло з 84% у 2019 році до 92% у 2024 році.

Загалом Україна продемонструвала значний прогрес у покращенні результатів лікування ЛС-ТБ завдяки загальнонаціональному впровадженню повністю пероральних схем лікування, розширенню ТЧМ та застосуванню пацієнтоорієнтованих підходів, таких як відео-контрольоване лікування (ВКЛ). Ці досягнення є особливо вагомими в умовах повномасштабної війни, яка продовжує порушувати роботу медичних служб і спричиняє переміщення значної частини населення.

Інфраструктура та кадрове забезпечення протитуберкульозної служби зазнали серйозних втрат унаслідок бойових дій; проблеми з персоналом та фінансуванням залишаються надзвичайно гострими у протитуберкульозних закладах. Хоча Луганський обласний протитуберкульозний диспансер більше не функціонує за своєю початковою адресою, його функції було переміщено в інші регіони. Водночас протитуберкульозні центри в інших постраждалих від конфлікту областях – зокрема, в Херсонській, Донецькій та Харківській – продовжують надавати як стаціонарну, так і амбулаторну допомогу пацієнтам із ТБ. У контексті ширшої реорганізації системи охорони здоров'я деякі протитуберкульозні центри були об'єднані з інфекційними лікарнями, а туберкульозні відділення інтегровані до їхньої структури. Проте в Харківській та Запорізькій областях не було створено додаткових ліжко-місць для пацієнтів із ТБ, а об'єднані заклади продовжують класифікуватися та функціонувати як протитуберкульозні центри.

Національні стандарти та модель надання медичної допомоги

Україна належить до країн, що одними з перших упровадили новітні політики ВООЗ щодо лікування ТБ для всіх вікових груп. Інституціоналізація цих рекомендацій відбулася через затвердження Стандарту медичної допомоги «Туберкульоз» (далі – «національний стандарт «Туберкульоз»»), який слугує основною нормативною базою. Детальні операційні інструкції для виконавців викладено у Стандартних операційних процедурах (СОП).

У січні 2023 року Україна стала першою країною в Європейському регіоні ВООЗ, яка оновила свої національні стандарти у сфері протидії ТБ, повністю узгодивши їх зі Зведеними настановами ВООЗ (модулі 1–5). Національний стандарт «Туберкульоз» запровадив коротші, повністю пероральні режими лікування, коригування доз відповідно до віку та ваги пацієнта, а також орієнтовану на людину модель надання медичної допомоги, що охоплює дорослих, дітей та підлітків.

Національний стандарт «Туберкульоз» ґрунтується на таких принципах:

- орієнтована на людину допомога, що надає пацієнту право вибору, забезпечує підтримку прихильності до лікування та отримання інформованої згоди;
- обов'язкове ТМЧ перед початком або зміною лікування, при цьому всі режими відповідають рекомендаціям ВООЗ 2020–2022 років;

- амбулаторна (децентралізована) допомога як основна модель лікування, з госпіталізацією лише за клінічними показаннями (п'ять основних критеріїв для госпіталізації);
- комплексна підтримка прихильності до лікування через залучення родини, надання психосоціальної допомоги та використання цифрових інструментів (ВКЛ, СМС-нагадування, телефонний супровід);
- коригування доз відповідно до ваги пацієнта для всіх вікових груп;
- щомісячний моніторинг клінічної та бактеріологічної відповіді на лікування з індивідуальним супроводом для пацієнтів, які стикаються з проблемами прихильності або побічними реакціями.

Лікування ТБ з чутливістю та резистентністю до протитуберкульозних препаратів

В Україні лікування ЧТБ та ЛС-ТБ регулюється національними стандартами, що повністю узгоджені з рекомендаціями ВООЗ. Регіональні протитуберкульозні служби працюють через клінічні консилиуми з питань ТБ та ЛС-ТБ, які уповноважені самостійно розробляти схеми лікування, визначати його результати та вести складні клінічні випадки. За потреби надається підтримка з боку НППТ, а особливо складні випадки можуть бути передані на розгляд Віртуального медичного консилиуму Європейського регіонального бюро ВООЗ для отримання експертних консультацій.

У пенітенціарному секторі спеціалізовані протитуберкульозні заклади, відповідальні за лікування ЧТБ та ЛС-ТБ, застосовують ті самі нормативні документи та клінічні стандарти, що й у цивільному секторі.

Україна, відповідно до настанов ВООЗ 2022 року, запровадила скорочені чотиримісячні схеми лікування легеневого ТБ з чутливістю до препаратів. Стандартним режимом першого ряду залишається схема 2HRZE/4HR, яка застосовується для пацієнтів будь-якого віку та ступеня тяжкості захворювання, якщо не виявлено резистентності до ізоніазиду чи рифампіцину.

Альтернативна чотиримісячна схема лікування (2HPZMfx/2HPMfx) рекомендована для пацієнтів віком від 12 років та вагою ≥ 40 кг із чутливим ТБ (ЧТБ) без тяжких форм позалегового захворювання. Україна є світовим лідером із впровадження цієї скороченої схеми: до неї залучено до 40% пацієнтів із ЧТБ – це найвищий показник у світі. Україні варто продовжувати програмне застосування чотиримісячної схеми HPZ для лікування ЧТБ як частини національного портфеля лікування, забезпечуючи належний відбір пацієнтів та дозування препаратів відповідно до ваги. Попри вищу вартість та більше таблеткове навантаження порівняно зі стандартними схемами, цій схемі варто надавати стратегічний пріоритет для тих груп населення, для яких скорочення термінів лікування створює додаткові переваги на програмному або індивідуальному рівні. Це включає покращення прихильності до лікування, зниження ризику його переривання та підвищення ефективності надання послуг за збереження зіставних результатів лікування.

Для лікування ТБ, стійкого до ізоніазиду та чутливого до рифампіцину, на підставі результатів ТМЧ для пацієнтів усіх вікових груп призначається шестимісячний курс лікування за схемою Lfx, R, E, Z.

Лікування відбувається переважно амбулаторно з використанням цифрових інструментів для контролю прихильності до лікування, зокрема ВКЛ, мобільних застосунків та СМС-нагадувань. Лікарі розраховують дозування з огляду на вагу пацієнта та проводять постійний моніторинг побічних реакцій упродовж усього курсу. У прифронтових регіонах організацію діагностики та лікування забезпечують обласні протитуберкульозні служби за активної підтримки українських та міжнародних НУО.

У веденні пацієнтів з ЛС-ТБ Україна пріоритезує повністю пероральні схеми лікування; ін'єкційні препарати були остаточно виключені з практики. Схему лікування добирають на основі швидких молекулярних та фенотипових ТМЧ, а також з урахуванням історії попереднього лікування. Для пацієнтів із Риф-ТБ/МЛС-ТБ, які не мають резистентності до фторхінолонів, стандартом медичної допомоги є короткі (6–9 місяців) повністю пероральні схеми. У разі пре-ШЛС-ТБ рекомендовано шестимісячну схему ВРАL (бедаквілін, претоманід, лінезолід). Для пацієнтів із ШЛС-ТБ як останній варіант лікування застосовують тривалі (18–20 місяців) індивідуалізовані схеми, що комбінують нові та перепрофільовані лікарські засоби.

Чинний національний стандарт «Туберкульоз» рекомендує такі схеми лікування ЛС-ТБ:

- Короткий повністю пероральний режим лікування МЛС-ТБ/Риф-ТБ за схемою ВРАLM: включає бедавілілін (Bdq), претоманід (Pa), лінезолід (Lzd) та моксифлоксацин (Mfx) протягом 6 місяців (з можливістю продовження до 9 місяців). Ця схема показана для більшості пацієнтів із МЛС-ТБ/Риф-ТБ без резистентності до ФХ. У разі підтвердженої резистентності до ФХ застосування моксифлоксацину припиняється. На сьогодні схема ВРАLM охоплює до 80% пацієнтів із ЛС-ТБ, яким показане таке лікування.
- Короткі 9-місячні схеми лікування (КСЛ): містять бедавілілін (Bdq), лінезолід (Lzd, 2 місяці), левофлоксацин (Lfx) або моксифлоксацин (Mfx), клофазимін (Cfz), піразинамід (Z), етіонамід (Eto), етамбутол (E) та високі дози ізоніазиду (H). Ці схеми відповідають настановам ВООЗ 2022 року, однак не застосовуються в Україні через поширену вихідну резистентність до кількох препаратів.
- Модифіковані 9-місячні схеми лікування (мКСЛ): повністю пероральні 9-місячні схеми для лікування пацієнтів з Риф-ТБ/МЛС-ТБ без резистентності до ФХ. Їх оцінювали в рамках операційного дослідження за підтримки Європейського регіонального бюро ВООЗ, що охопило 13 країн СЕЦА, причому Україна залучила найбільшу кількість пацієнтів. Дослідження продемонструвало успішність лікування на рівні понад 82% та дуже низький рівень рецидивів після його завершення. Схема мКСЛ також застосовується для пацієнтів, яким не може бути призначена схема ВРАLM (діти віком до 14 років, вагітні та жінки, що годують груддю). Ця робота, разом із проектом LIFT-TB, що впроваджував схему ВРАL для лікування пре-ШЛС-ТБ, сприяла зміцненню клінічного та дослідницького потенціалу України та підтримала швидке розширення застосування коротких схем лікування, рекомендованих ВООЗ.
- Тривалі індивідуалізовані схеми лікування (18–20 місяців): призначаються для лікування пре-ШЛС та ШЛС-ТБ. Вони поєднують препарати групи А (бедавілілін, лінезолід, левофлоксацин/моксифлоксацин) з препаратами групи В (клофазимін, циклосерин) і, за потреби, препаратами групи С (деламанід, парааміносаліцилова кислота, протіонамід). Такі схеми розглядаються як терапія останньої надії, коли коротші режими лікування не є прийнятними. Вони застосовуються як крайній захід, якщо коротші схеми не можуть бути використані.

З огляду на медикаментозне навантаження та часті побічні реакції підтримка прихильності до лікування має ключове значення в терапії ЛС-ТБ. Національні стандарти передбачають комплексну роз'яснювальну роботу з пацієнтами, надання психосоціальної підтримки та забезпечення ретельного клінічного нагляду. Моніторинг безпеки лікування, що проводиться на початку та впродовж усього курсу, охоплює: ЕКГ, функціональні проби печінки, скринінг на ВІЛ та вірусні гепатити В і С, загальний аналіз крові, а також скринінг на периферичну нейропатію та порушення зору. Для запобігання нейропатії вітамін В6 призначають разом з усіма лінезолід-вмісними режимами. На початку лікування проводиться скринінг на депресію за допомогою інструмента, розробленого в межах НППТ. Такий підхід до моніторингу впроваджено в усій країні, зокрема, на рівні ПМД та в установах пенітенціарної системи.

Зведені настанови ВООЗ, оновлені у квітні 2025 року, запровадили нові альтернативні схеми лікування. Серед них – 6-місячний режим BDLLfxCfz (бедаквілін, деламанід, лінезолід, левофлоксацин, клофазимін), призначений для пацієнтів як із резистентністю до ФХ, так і без неї. Цей режим є особливо актуальним для дітей до 14 років, а також для вагітних і жінок, що годують груддю, яким не може бути призначений режим BPaLM. Окрім цього, рекомендовано три нові 9-місячні режими для пацієнтів з Риф-ТБ/МЛС-ТБ без стійкості до ФХ. Одночасне лікування ЛС-ТБ та гепатиту С є рекомендованою практикою, яка вже реалізується в усіх областях України завдяки підтримці національної програми елімінації гепатитів, що забезпечує пацієнтів антивірусними препаратами прямої дії.

Зазначені оновлення інтегровано до нового стандарту лікування ТБ в Україні, фіналізація якого триває. Очікується, що документ буде подано на затвердження до кінця 2025 року. НППТ уже розробила тимчасові СОП (серпень 2025 року), які впроваджено в Житомирській, Чернігівській та Львівській областях. Це дозволило розпочати раннє впровадження коротких режимів лікування, рекомендованих ВООЗ.

Операційний контекст та проблеми реалізації

В умовах війни та значних збоїв у роботі системи охорони здоров'я застосування коротких схем лікування як ЧТБ, так і ЛС-ТБ залишається стратегічним пріоритетом. Ці схеми лікування покращують прихильність пацієнтів, зменшують тягар лікування, оптимізують використання ресурсів і зберігають високий рівень ефективності.

НППТ, регіональні протитуберкульозні служби та НУО і далі забезпечують доступ до діагностики, лікування та догляду для людей у постраждалих від війни регіонах. НУО відіграють ключову роль, проводячи скринінг на ТБ, скеровуючи пацієнтів до закладів ПМД, забезпечуючи роботу мобільних флюорографічних кабінетів, а також здійснюючи супровід пацієнтів та ВКЛ. Вони тісно співпрацюють з районними адміністраціями та регіональними протитуберкульозними службами, забезпечуючи відповідність національним політикам.

Особлива увага приділяється пацієнтам, які повертаються з умов тривалої ізоляції або обмеженого доступу до медичної допомоги, де методи лікування ТБ могли відхилитися від рекомендацій ВООЗ або де могла бути порушена безперервність доступу до ліків гарантованої якості. До цієї категорії належать особи, які повертаються з полону чи інших форм ув'язнення, включно з утриманням під вартою у зв'язку з воєнними діями, а також особи, які звільняються з в'язниць чи інших закритих установ. Хоча під час візитів на місця не було виявлено серйозних проблем, місія рекомендувала зберігати підвищену пильність для запобігання потенційному посиленню медикаментозної резистентності серед цих груп населення.

Ці контекстуальні виклики та заходи реагування лягли в основу ключових висновків і рекомендацій, що наведені нижче. Вони висвітлюють як стійкість програми з протидії ТБ, так і сфери, де підтримка та інвестиції залишаються вкрай необхідними.

Представлена інформація ґрунтується на кабінетному огляді національних документів, результатах робочих поїздок місії до Чернігівської, Львівської та Житомирської областей, а також на дистанційних інтерв'ю з представниками ЦГЗ, Національного інституту фтизіатрії і пульмонології та спеціалізованих протитуберкульозних закладів пенітенціарної системи в Харківській та Дніпропетровській областях, які функціонують як референс-центри для лікування ЧТБ та ЛС-ТБ.

Основні досягнення та виклики

Україна забезпечила безперервність надання послуг з протидії ТБ попри війну, що триває, та за останні роки досягла значних покращень у результатах лікування. Це особливо стосується випадків Риф-ТБ/МЛС-ТБ та пре-ШЛС-ТБ, де показники успішності лікування зросли з 51% до 67% та з 34% до 68% відповідно для когорт 2017 та 2022 років.

Країна привела свою політику у відповідність до рекомендацій ВООЗ і в січні 2023 року першою в Європейському регіоні ВООЗ затвердила повністю оновлені національні стандарти щодо ТБ, які відповідають зведеним настановам ВООЗ. Впроваджується орієнтована на людину модель медичної допомоги, яка наголошує на універсальному ТМЧ, децентралізованому амбулаторному лікуванні, використанні цифрових інструментів для контролю прихильності до лікування та безперервному моніторингу пацієнтів.

У 2025 році було запроваджено національні СОПи для підтримки раннього впровадження останніх рекомендацій ВООЗ, включно з новими короткими режимами лікування, такими як BDLLfx та оновлені 9-місячні схеми. Україна значно розширила застосування повністю пероральних коротких режимів як для ЧТБ, так і для ЛС-ТБ: 4-місячний режим НРМЗ наразі охоплює близько 40% пацієнтів із ЧТБ, що є найвищим показником у світі, тоді як режими ВРaLM застосовуються для близько 80% пацієнтів із ЛС-ТБ, які відповідають критеріям для такого лікування. Країна надала найбільшу когорту пацієнтів для регіонального операційного дослідження (ОД) щодо мКСЛ. У кількох областях запроваджено інтегроване ведення випадків ЛС-ТБ та гепатиту С.

Попри ці досягнення залишається низка викликів. Смертність є головною причиною несприятливих результатів лікування, що зумовлено переважно пізньою діагностикою та за давніми формами захворювання, особливо серед людей з ВІЛ-асоційованим ТБ. Відповідно до чинних Стандартів (Додаток 33) було запроваджено систематичне 12-місячне спостереження після завершення лікування. Однак цей підхід потребує подальшого посилення та більш послідовного впровадження, зокрема, для пацієнтів, які отримували лікування за режимами ВРaLM. Також необхідний поглиблений аналіз смертності та інших несприятливих наслідків для обґрунтування коригувальних заходів. У проєкті змін до Стандартів цей підхід поширено на всі короткі схеми лікування, а не лише на ВРaLM.

Нарешті, підтримка прихильності пацієнтів до лікування продовжує значною мірою залежати від донорського фінансування мобільних бригад, психосоціальних послуг та цифрових технологій контролю за лікуванням. Це підкреслює необхідність переходу до сталих рішень, що фінансуються за рахунок внутрішніх ресурсів країни.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Доопрацювати та затвердити оновлений Національний стандарт «Туберкульоз» з метою врахування останніх рекомендацій ВООЗ щодо лікування ЛС-ТБ, включно з новорекомендованими 6- та 9-місячними режимами лікування. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, регіональні протитуберкульозні служби
2	Посилити 12-місячне спостереження за пацієнтами після завершення лікування ТБ та ЛС-ТБ за короткими схемами, особливо за тими, хто отримував лікування за схемою ВРaLM, відповідно до рекомендацій ВООЗ, для оцінки ризиків рецидиву та довгострокових результатів. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, регіональні протитуберкульозні служби
3	Забезпечити своєчасне розпочинання лікування ТБ та ЛС-ТБ у пенітенціарному секторі шляхом скорочення затримок та	Короткостроковий	НППТ, Мін'юст, протитуберкульозна служба

	<p>посилення безперервності надання медичної допомоги між цивільними та тюремними закладами охорони здоров'я.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>		пенітенціарної системи
4	<p>Провести аналіз несприятливих результатів лікування для виявлення основних причин та розробки цільових заходів для підвищення успішності лікування всіх форм ТБ.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий	ЦГЗ, Національний інститут фтизіатрії і пульмонології, партнери
5	<p>Підтримувати та розширювати застосування коротких повністю пероральних схем лікування ЛС-ТБ (ВРаLM, BDLLfxCfz) для більшості пацієнтів, включно з тими, хто має або не має підтвердженої резистентності до фторхінолонів. Застосування довгих (18-місячних) режимів лікування має залишатися обмеженим випадками, коли короткі режими є неприйнятними.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	На постійній основі	ЦГЗ, регіональні протитуберкульозні служби
6	<p>Продовжувати програмне застосування короткого 4-місячного режиму НРМЗ для лікування ЧТБ, забезпечуючи належний відбір пацієнтів та дозування відповідно до ваги.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	На постійній основі	ЦГЗ, регіональні протитуберкульозні служби
7	<p>Продовжувати узгодження пріоритетів операційних та клінічних досліджень з національною програмою досліджень у сфері ТБ, що сприятиме скоординованому впровадженню заходів з партнерами та ухваленню рішень на основі доказових даних.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	На постійній основі	НППТ, Національний інститут фтизіатрії і пульмонології, партнери

*

*

*

ТБ у дітей

Загальні відомості та нормативно-правові засади щодо ТБ у в дітей

У період з 2023 до 2024 року загальна кількість нових випадків ТБ серед дітей віком 0–14 років знизилася з 639 до 464 (зменшення на 27,4%). У 2024 році показник захворюваності на ТБ серед дітей віком до 15 років становив 7,6 на 100 000 населення, що змінило тенденцію до зростання, яка спостерігалася у 2020–2023 роках. Аналогічна динаміка відзначалася і серед підлітків (віком до 17 років). Проте частка дитячого ТБ серед усіх випадків захворювання у 2024 році становила 2,5%, що значно нижче за очікуваний показник у 5–10%. Це може свідчити про ймовірну недостатню діагностику або неповне звітування. Цей показник суттєво різнився між регіонами, коливаючись від <1% до >10%.

Таблиця 2. Зареєстровані нові випадки ТБ серед дітей віком 0–15 років

Показник	2023		2024	
	Кількість	% від загалу	Кількість	% від загалу
Нові випадки ТБ у дітей віком 0–14 років	639	100,0	464	100,0
Бактеріологічно підтверджені	139	21,7	77	16,6
ВІЛ-позитивні	24	3,8	18	3,9
З деструкцією легеневої тканини (кавернозний)	54	8,5	30	6,5
Позалегеневий ТБ	188	29,4	105	22,6
Риф-ТБ / МЛС-ТБ / пре-ШЛС-ТБ / ШЛС-ТБ	25	3,9	21	4,5

У 2019 році в Україні було ухвалено *Державну стратегію протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року*. Згодом було затверджено *Державну стратегію розвитку протитуберкульозної допомоги населенню на 2024–2026 роки* та відповідний план заходів з її реалізації. Обидва документи містять окремі розділи, присвячені питанням профілактики та лікування ТБ серед дітей і підлітків. Наразі триває робота з розробки стратегії на наступний період (з 2027 року).

Національний стандарт «Туберкульоз» містить рекомендації щодо профілактики, діагностики та лікування ТБ у дітей і підлітків, що відповідають чинним настановам ВООЗ. Для закладів первинної медичної допомоги було також розроблено короткий посібник з діагностики та лікування туберкульозної інфекції з метою підтримки впровадження на місцях. Державне та донорське фінансування доступне для всіх компонентів профілактики та лікування ТБ у дітей і підлітків.

Профілактика ТБ серед дітей

Охоплення вакцинацією БЦЖ зросло з 83,5% у 2023 році до 92,8% у 2024 році, наблизившись до цільового показника ВООЗ у 95% (середній світовий показник – 88%). Систематичний скринінг на ТБ серед контактних дітей досяг охоплення 97%. Діагностика туберкульозної інфекції ґрунтується переважно на туберкуліновій шкірній пробі (ТШП), тоді як тести ТВГІ доступні у 23 областях на базі Центрів контролю та профілактики хвороб. У 2024 році дітям віком 0–14 років було проведено 319 001 ТШП.

Рівень обстеження контактних осіб та охоплення профілактичним лікуванням серед дітей, які контактували з людьми із бактеріологічно підтвердженим ТБ у сімейному осередку, є високим. Охоплення скринінгом перевищило 94% в обох вікових групах до 15 років, і понад 91% дітей, які потребували лікування, розпочали його. Це свідчить про високу ефективність програмних заходів. Проте поширеність активного ТБ серед контактних дітей залишається значною – 4,6%

серед дітей до п'яти років та 3,1% серед дітей старшого віку. Це вказує на підвищений ризик прогресування захворювання та підкреслює важливість продовження профілактичного лікування ТБ навіть за відсутності тестування на туберкульозну інфекцію, відповідно до рекомендацій ВООЗ та національної політики.

Близько 10% виявлених контактних дітей не розпочали профілактичне лікування. Частково це пов'язано з відсутністю доступних схем профілактики для осіб, які контактували з людьми, які хворіють на пре-ШЛС-ТБ та ШЛС-ТБ. Рівень застосування коротших схем на основі рифапентину (1НР та 3НР) залишається дуже низьким (<4%), і майже третина дітей (≈30%) і далі отримують традиційну 6-місячну схему лікування ізоніазидом (6Н). Хоча схема 6Н залишається доцільною для певних груп, як-от діти, що живуть з ВІЛ, її широке застосування свідчить про недостатнє використання коротших та зручніших для пацієнтів схем. З огляду на вищу ефективність та кращу прихильність до лікування, пов'язану зі схемою 3НР (прийом один раз на тиждень), розширення доступу до лікування на основі рифапентину залишається важливим пріоритетом. Згідно з додатковими даними НППТ, за перші дев'ять місяців 2025 року 44% дітей віком до 14 років розпочали профілактичне лікування ТБ за схемами 1НР або 3НР. Загалом 77% дітей отримали короткокурсіві схеми лікування, тоді як лише 12% отримували лікування за схемою 6Н.

Таблиця 3. Обстеження контактних осіб на ТБ та охоплення профілактичним лікуванням за віковими групами, 2024 рік

	<5 років	5–14 років	≥15 років
Контактні особи людей із бактеріологічно підтвердженим ТБ	1,255 (включно з 250 випадками Риф-ТБ)	727 (включно з 130 випадками Риф-ТБ)	44,499 (включно з 5 616 випадками Риф-ТБ)
Охоплено скринінгом на ТБ	1 188 (94,6%)	687 (94,5%)	41 155 (92,5%)
Кількість випадків виявленого активного ТБ	56 (4,6%) → 4 650 / 100 000	21 (3,1%) → 2 887 / 100 000	861 (2,1%) → 1 943 / 100 000
Розпочато профілактичне лікування ТБ	1 079 (86,0%)	614 (84,5%)	32 565 (79,4%)
Розподіл режимів ПЛТ (у % від кількості тих, хто розпочав ПЛТ):			
– 1НР (ізоніазид + рифапентин, 1 місяць)	0	3 (0,5%)	164 (0,5%)
– 3НР (ізоніазид + рифапентин, 3 місяці)	35 (3,2%)	19 (3,1%)	1 170 (3,6%)
– 3HR (ізоніазид + рифапентин, 3 місяці)	582 (54,0%)	322 (52,4%)	18 045 (55,4%)
– 4R (рифампіцин, 4 місяці)	25 (2,3%)	19 (3,1%)	769 (2,4%)
– 6Lfx (левофлоксацин, 6 місяців)	78 (7,2%)	47 (7,6%)	3,708 (11,4%)
– 6Н (ізоніазид, 6 місяців)	352 (32,6%)	204 (33,2%)	8,709 (26,8%)
Усього	1 079 (100,0%)	614 (100,0%)	32 565 (100,0%)

* Джерело: Центр громадського здоров'я

Діагностика ТБ у дітей

Алгоритм діагностики ТБ та ЛС-ТБ у дітей і підлітків було оновлено відповідно до рекомендацій ВООЗ. Відтепер він включає тестування зразків калу як зручний для дитини метод діагностики.

Рівень бактеріологічного підтвердження серед дітей віком 0–15 років залишається низьким: 16,6% у 2024 році порівняно з 21% у 2023 році. Низькому рівню підтвердження сприяють декілька чинників. Близько 30% випадків ТБ у дитячому віці є позалегеновими та зазвичай діагностуються клінічно або рентгенологічно. Отримання належних респіраторних зразків у дітей є технічно складним завданням, а олігобацилярна (малобацилярна) форма захворювання обмежує

можливості бактеріологічного підтвердження. Нарешті, аналізи на основі зразків калу мають нижчу чутливість порівняно з аналізами респіраторних зразків.

НППТ продовжує докладати зусиль для покращення бактеріологічного підтвердження ТБ серед дітей. Згідно з національними протоколами, дітям із підозрою на ТБ рекомендовано дослідження щонайменше двох зразків калу для підвищення діагностичної чутливості. Крім того, для подальшого підвищення показників бактеріологічного підтвердження рекомендується одночасний збір та дослідження двох різних типів зразків, наприклад, калу та мокротиння.

Лікування та супровід дітей із ТБ

Дітей та підлітків, за наявності відповідних показань, лікують за скороченими режимами. Протягом останніх років загальний показник успішності лікування ЧТБ у дітей стабільно перевищує 90%. Було запроваджено скорочені режими лікування ЧТБ, що як містять, так і не містять рифапентин. У 2024 році зі 393 дітей (віком 0–17 років) із легеневим або неускладненим позалегеневим ТБ, 100 пацієнтів (25%) отримували лікування за скороченими схемами (зокрема, 10 – із застосуванням рифапентину). Результати лікування за скороченими режимами були такими: успішне лікування – 93,4%, переривання лікування – 1,3%, невдале лікування – 2,8%, летальні випадки – 0,5%, продовження лікування – 2,0%.

Україна і далі залучає до 9-місячної модифікованої скороченої схеми лікування (мССЛ) ШЛС-ТБ дітей, яким не показаний режим ВРА. На сьогодні до програми було залучено 196 дітей та підлітків (з них 162 – віком до 14 років), 179 з яких уже завершили лікування. Показник успішності лікування становив 92,7%; невдале лікування – 4,5%; переривання лікування – 2,8%. У програмі брали участь дві вагітні жінки: в однієї результат лікування був успішним, в іншої – невдалим через посилення резистентності. У період з 2021 по 2023 рік лікування отримали 39 дітей з ТБ, резистентним до рифампіцину; успішність лікування склала 95% (37/39), зафіксовано один летальний випадок та один випадок переривання лікування.

Планова госпіталізація дітей не проводиться. Для контролю за прийомом препаратів використовується відео-контрольоване лікування. Активний моніторинг безпеки лікарських засобів (аМБЛЗ) застосовується як при лікуванні ЧТБ, так і ЛС-ТБ у дітей та підлітків. Чинні протоколи дозволяють дітям із ТБ повертатися до школи через 2-3 тижні після початку лікування, коли вони перестають бути контагіозними.

У 2024 році в межах проєктів міжнародної технічної допомоги надавалася підтримка таким заходам, спрямованим на підвищення прихильності до лікування серед дітей із ТБ:

- залучення нянь, репетиторів або вчителів (охоплено приблизно 30% дітей);
- психологічна підтримка дітей та/або їхніх родин (охоплено 50% педіатричних випадків);
- додаткові продуктивні набори, сформовані з урахуванням індивідуальних потреб (надавалися щомісяця).

Ці ініціативи необхідно продовжувати та розширювати, оскільки вони безпосередньо сприяють дотриманню схеми лікування та покращенню добробуту пацієнтів.

Основні досягнення та виклики

Загалом Україна досягла значного прогресу в подоланні ТБ серед дітей та підлітків, що стало можливим завдяки міцній нормативно-правовій базі. Відповідні національні стратегії містять окремі компоненти з профілактики, діагностики та лікування ТБ у дітей, а національні протоколи відповідають рекомендаціям ВООЗ. У 2024 році рівень захворюваності на ТБ серед дітей віком до 15 років знизився до 7,6 на 100 000 населення, що змінило тенденцію до зростання, яка спостерігалася протягом попередніх чотирьох років. Також зменшилася кількість важких форм захворювання, як-от кавернозний туберкульоз.

Покращився рівень охоплення вакцинацією БЦЖ, наблизивши країну до цільового показника ВООЗ. Обстеження контактних осіб демонструє виняткові результати, досягаючи 97% охоплення, а понад 90% дітей з числа контактних осіб, які мали відповідні показання, розпочали профілактичне лікування.

Результати лікування залишаються стабільно високими: показники успішності перевищують 90% як для ЧТБ, так і для ЛС-ТБ у дітей, чому сприяє розширення застосування коротших режимів терапії. Лікування випадків ТБ у дітей усе частіше відбувається в амбулаторних умовах, що відображає підхід, орієнтований на дитину та надання допомоги на рівні спільноти.

Водночас висока частка контактних дітей, у яких діагностовано активну форму ТБ – особливо серед дітей віком до п'яти років, де цей показник сягає 4,6% – залишається серйозним викликом. Це свідчить про тривалу передачу інфекції та наголошує на необхідності посилення профілактичних заходів.

Необхідно розширювати доступ до коротших і зручних для дітей схем профілактичного лікування. Це дозволить покращити раннє виявлення та подальше спостереження за дітьми з груп ризику, що контактували з людьми, які хворіють на ТБ. У 2024 році використання рекомендованих ВООЗ схем профілактики на основі рифапентину (ЗНР та 1НР) було обмеженим, але у 2025 році охоплення ними значно збільшилося.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Продовжувати розширювати застосування скорочених схем ПЛТ серед дітей та підлітків, зокрема, схеми ЗНР. [Високий пріоритет]	На постійній основі	ЦГЗ, обласні фтизіопульмонологічні центри
2	Продовжувати нарощувати обсяги застосування скорочених схем лікування ЧТБ та ЛС-ТБ для дітей та підлітків згідно зі Зведеними настановами ВООЗ з туберкульозу (Модуль 5 – Ведення ТБ у дітей та підлітків). [Високий пріоритет]	На постійній основі Високий пріоритет	ЦГЗ, обласні фтизіопульмонологічні центри
3	Продовжувати надавати психосоціальну підтримку дітям та підліткам із ТБ та включити цей компонент до заявки на наступний грант Глобального фонду (2027–2029 роки). [Високий пріоритет]	На постійній основі Високий пріоритет	КМК, МОЗ, ЦГЗ, ГФ

* * *

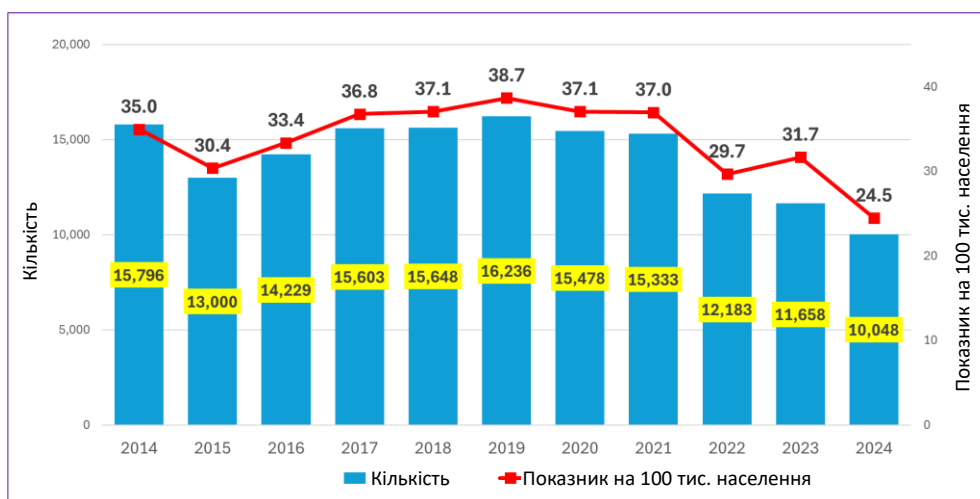
Ведення випадків ТБ/ВІЛ та інших супутніх захворювань

Тягар ВІЛ-інфекції

Україна залишається однією з найбільш уражених країн у Європі з високим рівнем діагностування ВІЛ-інфекції: за оцінками, 15% нових випадків ТБ виявляють у людей, які живуть з ВІЛ.¹⁶ За попередніми даними, 75% людей, які живуть з ВІЛ (приблизно 180 000 осіб), знають про свій ВІЛ-статус. З них 83% (близько 150 000) отримують АРТ, а серед тих, хто проходить лікування, 93% (близько 140 000) досягли вірусної супресії.

Кількість нових зареєстрованих випадків ВІЛ (осіб, уперше взятих під медичний нагляд) та показник захворюваності на ВІЛ знизилися з 16 236 випадків (38,7 на 100 000 населення) у 2019 році до 10 038 випадків (24,5 на 100 000 населення) у 2024 році. Найбільш стрімке падіння спостерігалось після 2022 року (**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**). Порівняно з довоєнним рівнем 2021 року, число людей з уперше встановленим діагнозом ВІЛ зменшилося на 34%.

Рис. 1. Динаміка кількості осіб з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ (усі вікові групи) та показник захворюваності на 100 000 населення



Джерело: Європейське регіональне бюро ВООЗ, Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності. Епідеміологічний нагляд за ВІЛ/СНІДом у Європі, 2024 рік (за даними 2023 року)

Україна залишається в п'ятірці країн Європи з найвищою часткою пізнього діагностування ВІЛ. У 2023 році 61,5% людей, яким уперше діагностували ВІЛ, мали кількість клітин CD4 <350 кл/мм³, з них 38,4% - прогресуючу ВІЛ-інфекцію (CD4 <200 кл/мм³). Хоча показник захворюваності на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) знизився з 17,9 на 100 000 населення у 2019 році до 9,1 у 2023 році, він залишається найвищим у Європейському регіоні ВООЗ. ТБ стабільно входить до трійки найпоширеніших хвороб, що визначають СНІД. За даними Центру громадського здоров'я України, смертність, пов'язана зі СНІДом, скоротилася з 3 426 випадків у 2019 році до 1 474 у 2023 році.

Тягар коінфекції ТБ/ВІЛ

Згідно з даними епідеміологічного огляду ВООЗ, частка людей, які хворіють на ТБ із коінфекцією ВІЛ, знизилася з 20,3% у 2021 році до 15,3% у 2024 році (**Рис. 2**). Аналогічно, частка ЛЖВ, які нещодавно стали на облік та в яких було діагностовано ТБ, дещо зменшилася: з 10–11% у 2020–2023 роках до 9% у 2024 році (**Рис. 3**). Показники коінфекції ТБ/ВІЛ значно різняться залежно від регіону: якщо середній показник по країні становить 14,9 на 100 000 населення, то в найбільш

¹⁶ Глобальний звіт ВООЗ щодо туберкульозу за 2025 рік, <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025>

ураженій Одеській області він сягає 33,8 на 100 000, у Донецькій – 25 на 100 000, а в десяти інших областях не перевищує 10 на 100 000.

Рис. 2. Кількість та відсоток випадків ВІЛ серед зареєстрованих пацієнтів із ТБ, Україна, 2017–2024 роки

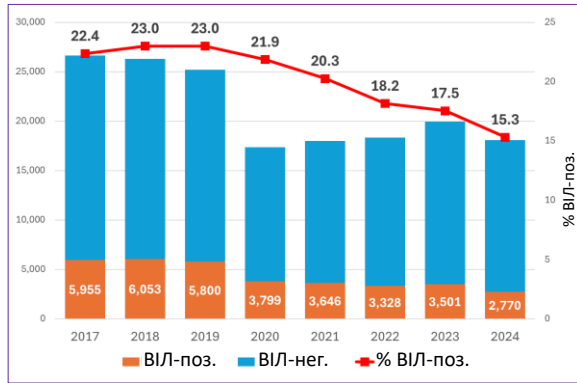
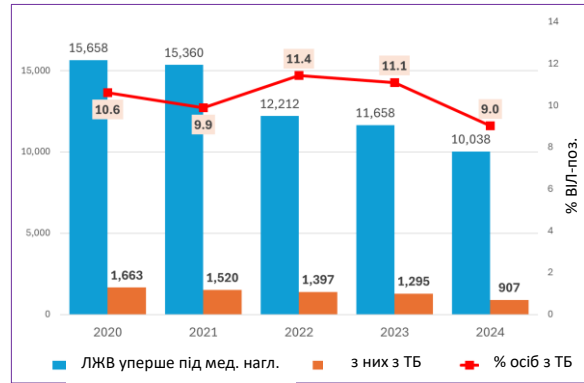


Рис. 3. Кількість та відсоток зареєстрованих випадків ТБ серед ЛЖВ, вперше взятих під медичний нагляд у зв'язку з ВІЛ, 2020–2024 роки



Джерело: Центр громадського здоров'я

Попри загальне зниження захворюваності на ТБ/ВІЛ, поширення коінфекції ТБ/ВІЛ серед дітей залишається проблемою. У пацієнтів із ТБ віком 0–4 роки рівень коінфекції протягом 2019–2022 рр. зберігався на рівні 5–6%, що підкреслює необхідність посилення послуг у сфері охорони здоров'я матері та дитини, особливо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) та раннього виявлення ТБ. Крім того, серед дітей віком 5–14 років та підлітків 15–17 років поширеність ТБ/ВІЛ зростає в період між 2021 та 2022 роками (з 3% до 6% та з 0,6% до 3,5% відповідно). Це свідчить про наявність прогалин у профілактиці ВІЛ, активізацію передачі інфекції серед дітей старшого віку та нерівність у доступі до медичної допомоги.

Водночас є і позитивні тенденції. Охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ є майже універсальним (98,8%) (Рис. 4). Охоплення АРТ серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ також є високим і у 2024 році сягнуло 92,7% (Рис. 5).

Рис. 4. Охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із вперше діагностованим ТБ, 2017–2024 роки

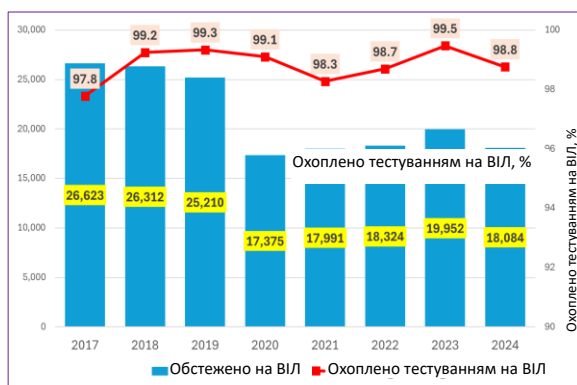
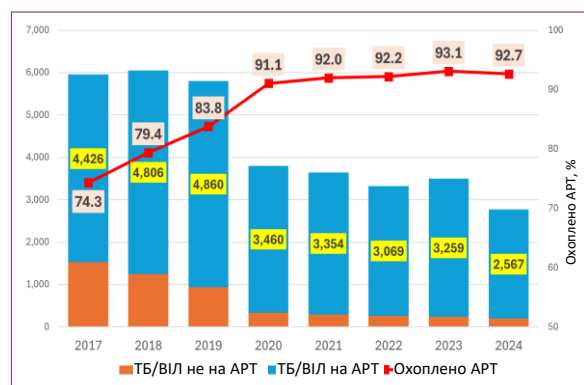


Рис. 5. Охоплення АРТ серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ, 2017–2024 роки



Джерело: Центр громадського здоров'я

Попри те, що охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ та охоплення антиретровірусною терапією (АРТ) серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ залишаються стабільно високими, рівень смертності все ще підвищений. Це значною мірою зумовлено пізнім зверненням пацієнтів із давньою стадією ВІЛ-інфекції та ТБ. Затримка з початком АРТ спостерігається переважно серед пацієнтів, які помирають невдовзі після реєстрації випадку ТБ,

що підкреслює важливість ранньої діагностики ВІЛ та своєчасного направлення для отримання медичної допомоги ще до розвитку ТБ.

Ще одним досягненням є розширення охоплення ПЛТ серед ЛЖВ. Цей показник зріс із 67,7% у 2021 році до 76,5% у 2024 році (Рис. 6), а в першому півріччі 2025 року прогнозується охоплення на рівні 90% (за даними ЦГЗ). Водночас показники завершення курсу ПЛТ дещо знизилися: з 82,1% у 2021 році до 76,8% у 2023 році (Рис. 7).

Рис. 6. Кількість ЛЖВ, вперше включених до програми АРТ, за статусом діагностики ТБ, початком ПЛТ та показником охоплення ПЛТ, 2018–2024 роки

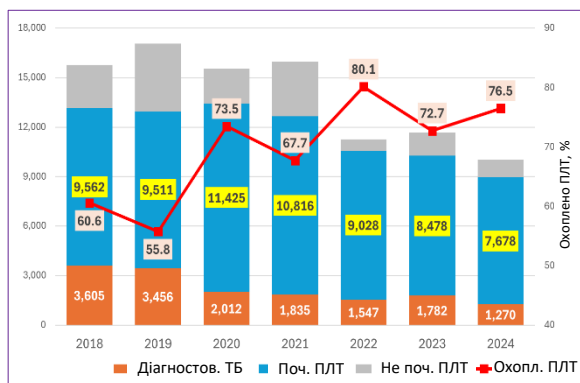
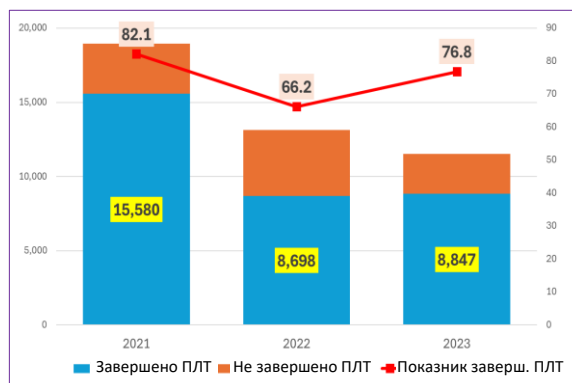


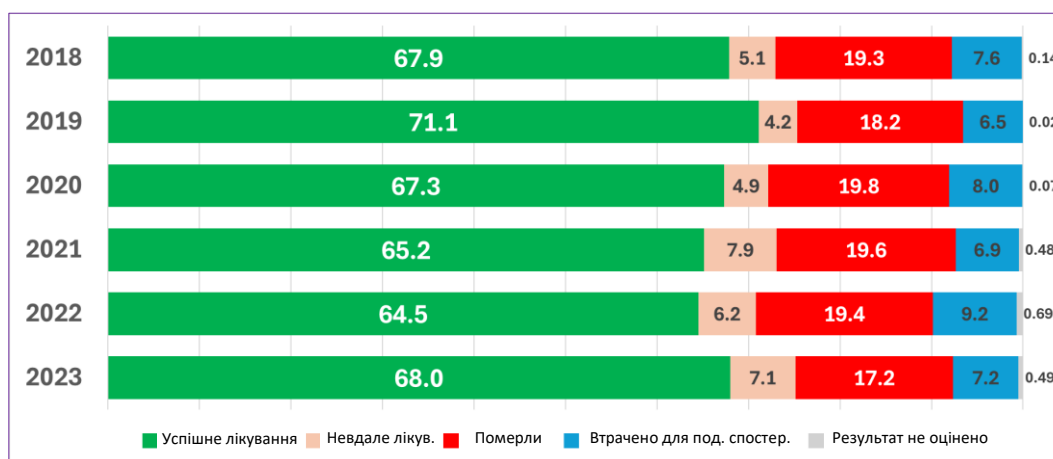
Рис. 7. Кількість ЛЖВ, які розпочали ПЛТ, за статусом завершення курсу та показником завершення ПЛТ, 2021–2023 роки



Джерело: Центр громадського здоров'я

Результати лікування пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ дещо покращилися. Показник успішності лікування зріс із 67,3% у 2020 році до 68% у 2023 році, тоді як летальність знизилася з 19,8% до 17,2% (Рис. 8). Попри це, пацієнти з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ мають найвищий рівень летальності під час лікування (17,2%–19,4%), що є причиною більшості несприятливих результатів. Для порівняння, летальність від ТБ серед пацієнтів із ЧТБ (когорта 2023 року) становила 9,6%, серед пацієнтів із Риф-ТБ/ЛС- ТБ, 2022 рік – 14,8%, а серед пацієнтів із ШЛС-ТБ (2022 рік) – 13,8%. Ці дані вкотре підтверджують необхідність раннього виявлення як ТБ, так і ВІЛ, а також своєчасного початку лікування обох захворювань.

Рис. 8. Результати лікування нових випадків та рецидивів ТБ у людей з ВІЛ, 2018–2023 роки (%)

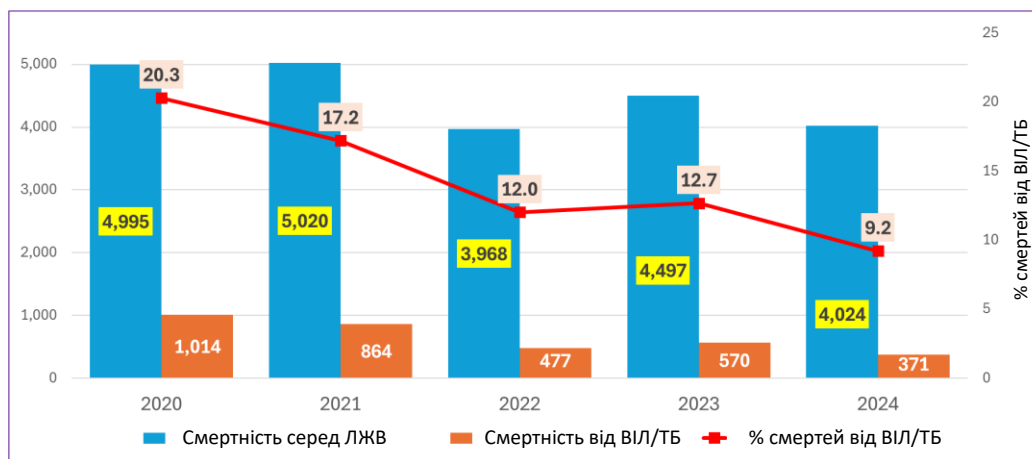


Джерело: Центр громадського здоров'я

Національні дані свідчать про значне зниження смертності від ТБ серед ЛЖВ – з 20,3% у 2020 році до 9,2% у 2024 році (Рис. 9). Водночас, за оцінками ВООЗ, спостерігається протилежна тенденція: смертність від ТБ серед ЛЖВ зростає з 5 на 100 000 населення у 2021 році до 9,8 на 100

000 населення у 2023 році, перевищивши показник серед ВІЛ-негативних осіб (7 на 100 000) і склавши 58% від загальної кількості смертей від ТБ. Такі дані вказують на гостру необхідність удосконалення всіх етапів надання допомоги в рамках каскадів послуг з ВІЛ та ТБ, особливо в частині ранньої діагностики ВІЛ та своєчасного початку АРТ.

Рис. 9. Кількість смертей серед ЛЖВ та смертність від ТБ/ВІЛ у 2020–2024 роках



Джерело: ЦГЗ

Спільна діяльність у сфері протидії ТБ та ВІЛ

Спільну діяльність у сфері протидії ТБ/ВІЛ переважно реалізують медичні працівники в межах програм з протидії ТБ та ВІЛ за участю неурядових організацій, які забезпечують аутріч-роботу, супровід пацієнтів та підтримку прихильності до лікування серед ключових та вразливих груп населення.

Політика, стратегія, координація та моніторинг спільної діяльності у сфері протидії ТБ/ВІЛ

В Україні забезпечено тісну інтеграцію заходів з протидії ВІЛ, ТБ та вірусним гепатитам (ВГ) на стратегічному рівні шляхом спільного програмного планування. «Державна стратегія у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року»¹⁷ визначає стратегічні цілі, операційні завдання та пріоритетні заходи для цих трьох захворювань.

- **ВІЛ-інфекція/СНІД.** Заходи спрямовані на зниження захворюваності на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ шляхом забезпечення універсального тестування на ВІЛ для всіх пацієнтів із ТБ, розширення доступу до ПЛТ для ЛЖВ та сприяння його широкому застосуванню.
- **ТБ.** Заходи зосереджені на зменшенні тягаря ТБ серед ЛЖВ через систематичний скринінг та активне виявлення випадків захворювання за участю неурядового сектору.
- **Вірусні гепатити.** Пріоритетні заходи передбачають розширення доступу до скринінгу та діагностики шляхом децентралізації послуг, інтеграцію тестування на гепатити з послугами у сфері ВІЛ та ТБ, а також взаємодію з наркологічною та акушерсько-гінекологічною службами.

«Стратегія розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки»¹⁸ додатково наголошує на переході до інтегрованої, орієнтованої на людину моделі надання послуг у сфері громадського здоров'я.

Процедури скринінгу визначені в «Порядку організації виявлення та діагностики туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції»,¹⁹ який вимагає проведення скринінгу на ТБ, ВІЛ та гепатити для всіх осіб із симптомами ТБ. Ведення пацієнтів із ВІЛ та іншими супутніми

¹⁷ Державна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам до 2030 року

¹⁸ Про схвалення Стратегії розвитку... від 02.08.2024 № 726-р

¹⁹ Про затвердження Порядку організації... від 16.02.2022 № 302

захворюваннями регламентується «Стандартами медичної допомоги – «Туберкульоз» (Стандарт V),²⁰ тоді як «Стандарти медичної допомоги – «ВІЛ-інфекція»²¹ визначають ведення пацієнтів з ТБ та супутніми захворюваннями серед ЛЖВ. Обидва комплекси стандартів відповідають рекомендаціям ВООЗ.

На національному рівні координацію програм з протидії ТБ та ВІЛ/СНІДу забезпечує Національна рада з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу, що виконує функції центрального координаційного органу. В усіх 25 регіонах діють регіональні ради, які об'єднують фахівців з питань ТБ, ВІЛ і гепатитів, представників місцевих органів влади, громад і громадянського суспільства.

Системна спільна діяльність у сфері протидії ТБ/ВІЛ координується на національному та регіональному рівнях через спільне планування, технічні консультації та гармонізацію настанов і протоколів. На рівні надання послуг спільна діяльність включає:

- консультування та тестування на ВІЛ для всіх пацієнтів з ТБ;
- рутинний скринінг на ТБ для ЛЖВ;
- забезпечення АРТ для людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ;
- регулярний обмін даними та інтеграцію систем моніторингу і звітності;
- впровадження та координацію цільових втручань серед ключових груп населення.

Проте, попри існування національних та регіональних координаційних органів, програмне управління спільною діяльністю у сфері протидії ТБ/ВІЛ регламентується низкою окремих національних стандартів та наказів МОЗ, що призводить до її фрагментації. На це також вказувалося у висновках попереднього Огляду програми протидії ТБ. Країні буде корисно розробити єдиний комплексний стандарт, який би:

- чітко визначав ролі та сфери відповідальності програм протидії ТБ та ВІЛ, закладів ПМД та організацій громадянського суспільства у наданні інтегрованих послуг;
- описував модель інтегрованої, орієнтованої на людину допомоги;
- визначав механізми моніторингу, оцінки та обміну даними.

З часу проведення попереднього Огляду програми у 2022 році Україна успішно інтегрувала епідеміологічний нагляд за ТБ та ВІЛ у єдину електронну систему персоналізованого обліку випадків, що містить окремі модулі для ТБ, ВІЛ та коінфекції ТБ/ВІЛ. Доступ до даних про коінфекцію надається фтизіатрам та інфекціоністам лише за згодою пацієнта, а перехресна верифікація даних обома програмами проводиться щоквартально відповідно до рекомендацій ВООЗ.

Зниження тягаря ВІЛ-інфекції серед пацієнтів із ТБ (тестування на ВІЛ, діагностика та АРТ)

З 2020 року надання послуг у сфері протидії ВІЛ в Україні децентралізовано та інтегровано на різних рівнях системи охорони здоров'я. Це охоплює ПМД, протитуберкульозну службу (фтизіопульмонологічні центри), стаціонарну допомогу (багатопрофільні та інфекційні лікарні), амбулаторні мобільні клініки, служби охорони здоров'я матері та дитини, а також наркологічну службу. Тестування на ВІЛ переважно ініціюється надавачем медичних послуг і проводиться кваліфікованими фахівцями. Дотестове та післятестове консультування включено до основного пакета послуг на рівні ПМД, що свідчить про інтеграцію тестування на ВІЛ у повсякденну медичну практику.

Додаткові методи тестування на ВІЛ включають асистоване самотестування, тестування на базі НУО, а також індексне тестування партнерів і близьких контактних осіб. У межах державної Програми медичних гарантій тестування на ВІЛ є безоплатним і здебільшого здійснюється за трикроковим алгоритмом із використанням експрес-тестів. Існують також альтернативні

²⁰ Стандарти медичної допомоги – «Туберкульоз».pdf

²¹ Стандарт медичної допомоги – «ВІЛ-інфекція». МОЗ. 2022. 2022_2092_1465_smd_vyl.pdf (dec.gov.ua)

маршрути, що передбачають первинний скринінг у різних закладах охорони здоров'я з подальшим направленням на підтверджувальне тестування.

Цільовими групами для тестування на ВІЛ є вагітні жінки, які отримують антенатальну допомогу, ключові та вразливі групи населення (зокрема, пацієнти з ТБ), особи з підвищеним ризиком інфікування ВІЛ статевим шляхом, пацієнти з ознаками чи симптомами, що можуть бути пов'язані з ВІЛ, а також ті, хто звертається за тестуванням за власним бажанням або проходить самотестування. Тестування на ВІЛ пропонується всім, хто хворіє на ТБ, особам із підозрою на ТБ, а також членам їхніх домогосподарств, близьким контактним особам та членам домогосподарств ЛЖВ.

Люди з коінфекцією ТБ/ВІЛ також мають доступ до інших послуг у сфері догляду та лікування у зв'язку з ВІЛ, зокрема до скринінгу та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, і вірусних гепатитів. Ці послуги надаються мультидисциплінарними командами, які також координують АРТ, підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (ПТАО) та ведення пацієнтів з ураженням потенційної міждікарської взаємодії.

Надання АРТ в Україні є децентралізованим, безоплатним і переважно фінансується за підтримки міжнародних донорів. Призначати АРТ може будь-який лікар, який пройшов відповідну підготовку, зокрема, інфекціоніст, сімейний лікар або фтизіатр. На практиці АРТ найчастіше призначають лікарі-інфекціоністи у спеціалізованих закладах (пунктах надання АРТ), а подальше ведення пацієнта здійснюють сімейні лікарі.

Війна спричинила перебої в наданні послуг у деяких закладах; декілька з них було зруйновано або пошкоджено. Проте послуги АРТ продовжують надаватися по всій країні завдяки адаптованим моделям надання допомоги. Хоча в обмеженій кількості закладів надання АРТ спостерігається брак кадрів, безперервність лікування вдалося зберегти завдяки перерозподілу навантаження, розподілу повноважень та використання механізмів перенаправлення пацієнтів.

Початок АРТ у ЛЖВ із ТБ:

- активний ТБ (за винятком ТБ центральної нервової системи): АРТ розпочинають у день підтвердження діагнозу ВІЛ;
- лікування ТБ (включно із ЛС-ТБ): АРТ розпочинають протягом 2 тижнів після початку протитуберкульозної терапії, незалежно від кількості клітин CD4;
- туберкульозний менінгіт: АРТ розпочинають через 4–8 тижнів після початку протитуберкульозної терапії;
- якщо обидва види лікування ще не розпочато: спочатку призначають протитуберкульозну терапію, а протягом наступних 2 тижнів – АРТ.

Взаємодія між лікарськими засобами (наприклад, за участю рифампіцину, рифапентину, бедаквіліну та антиретровірусних препаратів) контролюється спільно фтизіатрами та інфекціоністами і регламентується національними Стандартами надання медичної допомоги «Туберкульоз».

Профілактична терапія котримоксазолом призначається всім людям із коінфекцією ТБ/ВІЛ (сульфаметоксазол + триметоприм 960 мг щоденно) незалежно від кількості клітин CD4.

Зниження тягаря ТБ серед ЛЖВ

Згідно з національними стратегіями та стандартами з протидії ТБ та ВІЛ усі дорослі та діти віком від 10 років, які живуть з ВІЛ, повинні проходити систематичний скринінг на наявність симптомів ТБ під час кожного планового візиту до закладу охорони здоров'я.

- Амбулаторна допомога: скринінг проводить лікар-куратор за допомогою стандартизованого опитувальника та рентгенографії органів грудної клітки. У разі

позитивного результату скринінгу пацієнтів направляють до протитуберкульозних закладів для верифікації діагнозу.

- Стаціонарна допомога: під час госпіталізації всі ЛЖВ проходять скринінг із використанням методу Xpert MTB/RIF Ultra як основного діагностичного інструменту.
- Діти віком до 10 років: для раннього виявлення захворювання застосовується алгоритм, що ґрунтується на оцінці симптомів.

Для ЛЖВ, які ще не отримують АРТ, скринінг на ТБ поєднується з наданням медичної допомоги у зв'язку з ВІЛ та призначенням АРТ. ВІЛ-позитивним вагітним жінкам та їхнім партнерам пропонується пройти спільне обстеження на ТБ.

ЛЖВ із прогресуючим захворюванням на ВІЛ (кількість клітин CD4 <100/мм³ або невизначуване вірусне навантаження) проходять тестування із застосуванням тест-системи LF-LAM. У разі негативного результату тесту LF-LAM проводиться дослідження за допомогою Xpert MTB/RIF Ultra з метою виключення активної форми ТБ. Пацієнти з рівнем CD4 >100 кл/мм³ не підлягають тестуванню LF-LAM. Водночас ВООЗ рекомендує використовувати тест LF-LAM для ЛЖВ з рівнем CD4 <200/мм³ у стаціонарних умовах та для пацієнтів з рівнем CD4 <100/мм³ - в амбулаторних умовах.

Профілактичне лікування ТБ. Усі ЛЖВ, незалежно від імунного статусу, повинні пройти щонайменше один курс ПЛТ протягом життя. Особам, які контактували з пацієнтами із Риф-ТБ/МЛС-ТБ, ПЛТ призначають після індивідуальної оцінки ризику за умови підтвердженої латентної туберкульозної інфекції. У контексті ППМД при застосуванні невірапіну уникають призначення схем лікування, що містять рифаміцин; лікування таких пацієнток здійснюється спільно з фтизіатром. ЛЖВ із позитивним або невідомим результатом тесту на ЛТБІ (ТШТ або ТВГІ) за відсутності симптомів ТБ мають отримувати ПЛТ незалежно від прийому АРТ.

Призначення ПЛТ здійснюється лікарями-інфекціоністами або сімейними лікарями. Моніторинг лікування, включно з реєстрацією його початку та завершення, проводиться через національну електронну систему епідагляду. Доступні схеми лікування включають 6Н, 3НР, 4R та 1НР. За перше півріччя 2025 року розподіл призначених схем серед пацієнтів, які підлягали лікуванню, був таким: 35% отримували схему 3НР, 30% - 6Н, 11% - 1НР. Водночас 24% пацієнтів ПЛТ не отримували.

Мобільні амбулаторії

В Україні запроваджено інноваційну, орієнтовану на людину модель надання медичної допомоги через мобільні амбулаторії. Її мета – розширити доступ до послуг щодо ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, ЗПТ та інших важливих медичних послуг. Амбулаторії, що працюють у межах Програми медичних гарантій за підтримки проєкту Глобального фонду, є важливим кроком на шляху до інтегрованого надання послуг.

Роботу мобільних амбулаторій забезпечують мультидисциплінарні команди (МДК), до складу яких входять фтизіатр або лікар первинної ланки та/або медична сестра, соціальний працівник, а також часто психолог. Вони надають широкий спектр послуг з профілактики, консультування, тестування та лікування ВІЛ, ТБ і гепатитів. Завданням МДК є також посилення зв'язку пацієнтів із системою охорони здоров'я, моніторинг лікування та підтримка прихильності до нього.

Мобільні амбулаторії є особливо цінними для охоплення населення віддалених і важкодоступних районів, а також територій, де медична інфраструктура зазнала пошкоджень. Наразі вони працюють у 18 областях, а на 2024–2025 роки за підтримки ГФ заплановано пілотне розширення мережі до 19 мобільних амбулаторій. Довгострокова стратегія передбачає переведення фінансування цих мобільних послуг до Національної служби здоров'я України (НСЗУ) в межах нового пакета ПМГ, що забезпечить їхню сталість та розширить охоплення.

Під час війни, коли доступ до медичної допомоги ускладнений через транспортні проблеми, брак медичних працівників, пошкодження закладів та обмежену роботу аптек, мобільні амбулаторії відіграють ключову роль у забезпеченні безперервності медичних послуг. Вони сприяють впровадженню інтегрованих моделей виявлення ВІЛ і ТБ, посилюючи надання послуг групам підвищеного ризику та покращуючи охоплення програм. Проте сталість та довгострокове фінансування залишаються невизначеними, оскільки наразі їхня діяльність залежить від донорської підтримки.

Розбудова потенціалу

В Україні активно використовується онлайн-платформа для навчання медичних працівників, розміщена на базі Центру громадського здоров'я²². На момент проведення Огляду на платформі було доступно 10 онлайн-курсів: 3 з ТБ та 7 з ВІЛ. Курси з вірусних гепатитів перебували на стадії перегляду. Платформа також надає доступ до додаткових онлайн-ресурсів, зокрема, до перекладених українською мовою курсів ВООЗ. Такий підхід є особливо цінним в умовах війни, коли організація очних тренінгів ускладнена.

Ведення пацієнтів з ТБ та супутніми захворюваннями

В Україні ведення пацієнтів із ТБ та супутніми захворюваннями інтегровано в національну систему надання протитуберкульозної допомоги та передбачає систематичний скринінг і спеціалізовані заходи.

Тягар захворювань

За даними Міжнародної діабетичної федерації, поширеність діабету серед дорослого населення України віком 20–79 років становить 8%, при цьому, за оцінками, 36,9% випадків не діагностовано. Близько 5% населення інфіковано вірусом гепатиту С, а 1,5% живуть із хронічним вірусом гепатиту В.

Україна ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ із боротьби проти тютюну у 2006 році та відтоді впровадила рішучі заходи боротьби проти тютюну (закони про вільні від тютюнового диму громадські місця, заборону реклами, графічні попередження, обмеження на ароматизатори та підвищення акцизних зборів). Це призвело до скорочення рівня куріння на 20% з 2010 року²³. У 2024 році поширеність вживання тютюну серед дорослих знизилася до 22,6% (з 26,7% у 2023 році). Водночас 38% дорослих повідомили про збільшення споживання тютюну/нікотину з початку війни у 2022 році, з них 19,2% - про значне збільшення, що відображає стрес, пов'язаний з війною²⁴.

У 2023 році показник України в Глобальному індексі голоду становив 8,2 (низький рівень), що є покращенням порівняно з показником 13 у 2000 році та нижче за середньосвітовий рівень (18,3). Рівень недоїдання залишається низьким (<2,5–4,8%), хоча війна чинить тиск на продовольчу безпеку через скорочення виробництва, зростання цін і порушення логістики зберігання та транспортування.

Оцінка та лікування супутніх захворювань у пацієнтів із ТБ

Оцінку супутніх захворювань та факторів ризику (включно з цукровим діабетом, розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю та наркотичних речовин, станом харчування, житловими умовами та соціальними ризиками) з подальшим консультуванням (наприклад, щодо припинення тютюнопаління) проводять лікарі-фтизіатри або сімейні лікарі із залученням інших спеціалістів за потреби.

²² https://portal.phc.org.ua/en/view_all_courses/

²³ https://www.who.int/europe/news/item/27-04-2020-ukraine-new-who-report-shows-need-for-comprehensive-approach-to-tobacco-control?utm_source=chatgpt.com

²⁴ <https://www.who.int/europe/publications/m/item/tobacco-and-nicotine-product-use-among-adults-in-ukraine---findings-from-a-sociological-survey-among-adults-aged-18-years-and-over---comparative-analysis-of-the-2023-and-2024-survey-rounds>

За даними національної інформаційної системи, у 2024 році 11,4% пацієнтів із ТБ мали розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, 22,6% були курцями, 2% мали вірусний гепатит В або С, а 1,9% перебували на обліку як споживачі ін'єкційних наркотиків. Оцінка стану харчування проводиться майже для всіх пацієнтів із ТБ; у 2024 році у 6% пацієнтів із новими випадками та рецидивами ТБ було виявлено тяжку гостру недостатність харчування²⁵. Дані про поширеність цукрового діабету серед пацієнтів із ТБ наразі відсутні.

Лікування виявлених супутніх захворювань призначає відповідний профільний спеціаліст, а клінічний нагляд забезпечують лікарі-фтизіатри або сімейні лікарі, залежно від умов лікування. У регіональних протитуберкульозних закладах працює низка фахівців (інфекціоністи, терапевти, наркологи тощо), що дозволяє надавати пацієнтоорієнтовану мультидисциплінарну допомогу. Якщо в закладі немає потрібного спеціаліста, стаціонарні установи можуть запросити його для консультації; амбулаторних пацієнтів лікар-куратор направляє до відповідного фахівця.

Засоби для скринінгу та діагностики

Протитуберкульозні заклади оснащені засобами для скринінгу та діагностики, необхідними для ведення пацієнтів із супутніми захворюваннями. Зокрема, вони мають скринінгові анкети, обладнання для вимірювання зросту й ваги, ваги, тест-смужки для визначення рівня глюкози в крові, а також інструменти для скринінгу психічних розладів та вживання психоактивних речовин. Скринінг на цукровий діабет проводиться шляхом вимірювання рівня глюкози в капілярній або венозній крові; тест-смужки доступні на рівні ПМД.

Наявність лікарських засобів та медичних виробів

Державна програма «Доступні ліки» суттєво розширила доступ до лікарських засобів та медичних виробів для лікування діабету: у 2023 році з державного бюджету було виділено 4,7 млрд грн на реімбурсацію інсулінів, а з 2023 року програма також охоплює імуносупресанти та тест-смужки для інсулінозалежних пацієнтів. Станом на грудень 2024 року програма поширювалася на 55 лікарських засобів для лікування цукрового діабету 2-го типу, 4 препарати для лікування нецукрового діабету, 63 препарати інсуліну та 45 медичних виробів (тест-смужок), які доступні безоплатно або з частковою доплатою.

Надання послуги ЗПТ інтегровано в загальний пакет послуг для пацієнтів із ТБ, які вживають наркотичні речовини, та наразі забезпечується в достатніх обсягах. Проте для забезпечення довгострокової сталості необхідне збільшення внутрішнього фінансування.

Харчова підтримка та заохочення

Забезпечення харчовими добавками та продуктовими наборами здійснюється згідно з нормами харчування для протитуберкульозних закладів, затвердженими постановою КМУ № 571 від травня 2024 року. В межах програми медико-психосоціального супроводу (МПСС) пацієнти також отримують заохочення (продуктові набори або ваучери/сертифікати) для підвищення прихильності до лікування та сприяння одужанню.

Моніторинг та нагляд

Інформація про ВІЛ, вірусні гепатити, вживання психоактивних речовин та індекс маси тіла пацієнтів із ТБ фіксується в Національній інформаційній системі моніторингу соціально значущих хвороб. Ця єдина електронна система об'єднує дані про ТБ, ВІЛ, ЗПТ та супутні інфекції, що дозволяє вдосконалити відстеження випадків захворювання, уникнути дублювання даних, полегшити управління матеріальними запасами та забезпечити моніторинг каскаду послуг.

Основні досягнення та виклики

²⁵ Дані з Національної інформаційної системи, надані ЦГЗ.

В Україні створено потужну та комплексну систему ведення випадків коінфекції ТБ/ВІЛ та інших супутніх захворювань. Її основою є інтегровані національні стратегії з протидії ВІЛ, ТБ та вірусним гепатитам, розраховані на період до 2030 року. Належний рівень стратегічної та операційної координації забезпечується через діяльність Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу та регіональних рад, що сприяє міжсекторальній співпраці та узгодженню дій з рекомендаціями ВООЗ.

До розбіжностей між національними даними та модельованими оцінками ВООЗ варто ставитися обережно, враховуючи переміщення населення через війну. Високий рівень охоплення тестуванням на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ та АРТ-терапією серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ вказує, що відмінності між звітною та оціночною інформацією потребують ретельного динамічного моніторингу, а не простого пояснення недостатнім виявленням випадків.

Клінічне ведення випадків ТБ/ВІЛ є ефективним: тестування на ВІЛ серед пацієнтів із ТБ майже стовідсоткове (98,8% у 2024 році), охоплення АРТ пацієнтів із коінфекцією високе (92,7%), а охоплення ПЛТ серед ЛЖВ суттєво зросло – до 84% у 2024 році та 90% на початку 2025 року. Дедалі активніше застосовуються короткі режими, як-от 3НР та 1НР. Ці досягнення сприяли поступовому покращенню результатів лікування ТБ/ВІЛ та зниженню національних показників смертності від ТБ серед ЛЖВ.

Тестування на ВІЛ та надання АРТ децентралізовані та доступні на рівні ПМД, у протитуберкульозних закладах, лікарнях, мобільних клініках та закладах охорони здоров'я матері й дитини, що гарантує доступність послуг навіть у віддалених регіонах. Запуск мобільних амбулаторій у 18 областях ще більше посилив інтегроване надання послуг у сферах ВІЛ, ТБ, ЗПТ та гепатитів, що особливо важливо в умовах перебоїв, спричинених війною.

Невелике зниження показників завершення ПЛТ, яке спостерігається останніми роками, імовірно, частково пов'язане з наслідками війни (зокрема, переміщенням населення, перерваним медичним супроводом та безпековими ризиками), а не зниженням прийнятності профілактичного лікування чи прихильності до нього.

Розбудова потенціалу триває завдяки навчальним онлайн-платформам, а в рамках надання послуг з лікування ТБ було офіційно запроваджено людиноорієнтований підхід до ведення супутніх захворювань. Цей підхід передбачає систематичний скринінг, розширений доступ до ліків проти діабету, надання ЗПТ та нутритивної підтримки для пацієнтів із ТБ.

Попри ці досягнення, існують значні виклики, що підривають повну ефективність спільних заходів із протидії ТБ/ВІЛ. Основне занепокоєння викликає суттєва розбіжність між національними даними про зареєстровані випадки та оцінками ВООЗ: моделювання показує, що реальний тягар коінфекції ТБ/ВІЛ більш ніж удвічі перевищує кількість зареєстрованих випадків, що вказує на значний рівень недодіагностики та неповного звітування.

Аналогічно, оцінки ВООЗ демонструють зростання смертності від ТБ серед ЛЖВ – наразі на неї припадає 58% усіх летальних випадків від ТБ, хоча дані національного епідеміологічного нагляду свідчать про протилежну тенденцію. Ці розбіжності відображають наявні прогалини у ранній діагностиці ВІЛ, пізнє виявлення інфекції (61,5% нових випадків ВІЛ діагностуються за рівня CD4 <350 клітин/мм³), неповне охоплення АРТ серед загальної популяції ЛЖВ та затримки у виявленні ТБ.

Проблеми, спричинені війною, зокрема, зруйновані або недоступні пункти надання АРТ, брак медичного персоналу, переміщення населення та обмежений доступ до тестування на ВІЛ і ТБ на непідконтрольних уряду територіях, поглиблюють прогалини в наданні послуг. Управління програмою залишається фрагментованим через велику кількість різних нормативних актів і стандартів, що ускладнює координацію та реалізацію. Показники завершення ПЛТ дещо знизилися, що свідчить про наявність перешкод для прихильності до лікування та подальшого спостереження.

Ведення інших супутніх захворювань є обмеженим через високу поширеність поведінкових і клінічних факторів ризику (вживання алкоголю, тютюнопаління, вірусні гепатити, вживання наркотиків), залежність від донорського фінансування для ЗПТ і психосоціальної підтримки, а також нерівномірну доступність вузьких спеціалістів.

Ці виклики підкреслюють необхідність зміцнення всіх етапів каскадів медичної допомоги щодо ВІЛ та ТБ – особливо ранньої діагностики, швидкого направлення на лікування та безперервності медичної допомоги – для суттєвого зниження смертності від ТБ/ВІЛ та загального тягаря коінфекції в країні.

Рекомендації

<i>№.</i>	<i>Рекомендація</i>	<i>Термін виконання</i>	<i>Виконавець(ці)</i>
1	Посилити та вдосконалити ранню діагностику ВІЛ, невідкладне призначення АРТ та своєчасне виявлення ТБ для зниження смертності серед людей з коінфекцією ТБ/ВІЛ, зокрема, шляхом забезпечення більш раннього звернення за медичною допомогою та покращення зв'язку з системою охорони здоров'я. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, ВІЛ-центр
2	Забезпечити подальше впровадження тестування на ліпоарабіноман (LF-LAM) для ЛЖВ із вираженим імунодефіцитом відповідно до національних стандартів та рекомендацій ВООЗ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, ВІЛ-центр
3	Розширити надання пакетів інтегрованої допомоги при поєднанні ТБ і супутніх захворювань на первинному та спеціалізованому рівнях, включно із систематичним скринінгом та раннім лікуванням розладів, пов'язаних із вживанням алкоголю й тютюну, цукрового діабету, вірусних гепатитів та недостатнього харчування, а також забезпечити сталий доступ до ЗПТ та харчової підтримки через механізми внутрішнього фінансування. [Високий пріоритет]	Середньо- / довгостроковий	ЦГЗ, спільно з відповідними програмами

* * *

ТБ серед мігрантів та осіб, позбавлених волі

Біженці та внутрішньо переміщені особи

Російське військове вторгнення спричинило одну з наймасштабніших криз переміщення населення та гуманітарних криз у Європі, що призвело до масових міграційних процесів як у межах України, так і за кордон. За даними УВКБ ООН²⁶, станом на 2 вересня 2025 року в усьому світі було зареєстровано 5 698 470 українських біженців (5 137 910 у країнах Європи та 560 560 за її межами). На території України кількість внутрішньо переміщених осіб оцінюється в 3,7 мільйона.

Масштабне переміщення біженців викликало занепокоєння щодо потенційного поширення ТБ в Європі. У 34 країнах, що подають звітність, кількість зареєстрованих випадків ТБ серед осіб, народжених в Україні, зросла з 207 у 2021 році до 887 у 2022 році, тобто в 4,3 рази.^{27 28 29}

Директива Європейського Союзу про тимчасовий захист (липень 2024 року)³⁰ та національні механізми захисту забезпечили структуровану правову основу для приймання, захисту та інтеграції біженців, включно з доступом до медичних послуг³¹. На основі оцінок ВООЗ щодо потреб у послугах з протидії ТБ у приймаючих країнах, ЄРБ ВООЗ сприяло комунікації між європейськими та українською національними програмами протидії ТБ для забезпечення безперервності лікування, зокрема, передачі клінічної інформації пацієнтів, які надали на це згоду. У квітні 2022 року ECDC та ЄРБ ВООЗ опублікували інформаційну записку, в якій не рекомендували проводити загальне тестування або скринінг на ТБ серед біженців з України, однак зазначили, що тестування та скринінг можуть бути доцільними для окремих груп високого ризику, як-от особи, що мали тісний контакт із пацієнтами з бактеріологічно підтвердженим ТБ, та люди, які живуть з ВІЛ³².

Згідно з інформацією, зібраною іншими агенціями ООН, зокрема, УВКБ ООН та МОМ, за останні два роки зовнішня міграція сповільнилася, і частина біженців почала повертатися. МОЗ/ЦГЗ створили ефективну систему підтримки осіб, які мають намір мігрувати. ЦГЗ підтримує активні канали зв'язку з органами охорони здоров'я у 40 країнах, що забезпечує швидкий обмін інформацією щодо ТБ. Запити від європейських країн надходять один-два рази на місяць через механізм Міжнародних медико-санітарних правил і зазвичай стосуються історії захворювання на ТБ, схем лікування або розслідування контактів.

ЦГЗ надає інструкції та оновлену інформацію для ВПО та мігрантів про те, де зареєструватися для отримання медичної допомоги у зв'язку з ТБ у нових місцях та як продовжити лікування за кордоном³³. МОЗ також веде загальнодоступний довідник, у якому узагальнено права на

²⁶ <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine>

²⁷ ECDC-WHO/EURO, TB Surveillance and Response Monitoring Report 2025 (ECDC та ЄРБ ВООЗ. Звіт з моніторингу епідеміології та реагування на ТБ, 2025 р.).

²⁸ Stoycheva K, Cristea V, Ködmön C, et al. Tuberculosis in people of Ukrainian origin in the European Union and the European Economic Area, 2019 to 2022. *Euro Surveill.* 2024;29(12):2400094. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.12.2400094 (Стойчева К., Крістія В., Кодмон К. та ін. Туберкульоз серед осіб українського походження в Європейському Союзі та Європейській економічній зоні, 2019–2022 рр., *Euro Surveill.* 2024;29(12):2400094. doi:10.2807/1560-7917.ES.2024.29.12.2400094).

²⁹ G de Ries et al. *IJTL Open.* 2024 Apr 1;1(4):166–173. (де Ріс Г. та ін. *IJTL Open.* 1 квітня 2024 р.;1(4):166–173), <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11231824/>

³⁰ [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2024/762373/EPRS_BRI\(2024\)762373_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2024/762373/EPRS_BRI(2024)762373_EN.pdf)

³¹ Testing for tuberculosis infection and screening for tuberculosis disease among refugees arriving in European countries from Ukraine. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control / World Health Organization Regional Office for Europe (Тестування на туберкульозну інфекцію та скринінг на туберкульоз серед біженців з України, які прибувають до європейських країн. Стокгольм: Європейський центр з профілактики та контролю захворюваності / Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я), <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/testing-tuberculosis-infection-and-screening-tuberculosis-disease-among-displaced>

³² Menezes D, et al. Country differences and determinants of yield in programmatic migrant TB screening in four European countries. *Int J Tuberc Lung Dis* 2022; 26(10):942–948 (Менезес Д. та ін. Відмінності між країнами та визначальні фактори ефективності програмного скринінгу на туберкульоз серед мігрантів у чотирьох європейських країнах. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2022;26(10):942–948).

³³ <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7615138/>

³³ <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/dlya-pacientiv-z-tuberkulozom>

медичну допомогу для мігрантів майже в усіх країнах Європи. Крім того, мігрантів скеровують до каталогу www.testfinder.info, створеного за підтримки ВООЗ, де міститься перелік постачальників послуг з тестування та лікування ТБ, ВІЛ, гепатиту, ІПСШ, а також послуг з АРТ та ОПТ у країнах, що їх приймають.

Внутрішнє переміщення населення в Україні залишається вкрай динамічним та географічно мінливим. Закон України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб»³⁴ гарантує ВПО вільний доступ до повного пакета медичних послуг.

Згідно зі звітом ЦГЗ за 2024 рік щодо скринінгу серед ВПО, було зареєстровано 4 360 325 ВПО, з яких 60 556 проживали в місцях тимчасового розміщення. З 5 864 осіб, у яких за результатами скринінгу було виявлено підозру на ТБ, 5 175 осіб (88%) пройшли подальше діагностичне обстеження, у 523 з них було підтверджено діагноз ТБ.

З метою пом'якшення наслідків війни для системи надання послуг з протидії ТБ Альянс громадського здоров'я (АГЗ) розширив діяльність з активного виявлення випадків захворювання на додаткові регіони, залучивши до партнерства місцеві громадські організації. Діяльність включає скринінг за симптомами, супровід пацієнтів від діагностики до початку лікування та адаптовані стратегії охоплення для груп високого ризику в умовах війни (наприклад, робота в притулках, підвальних приміщеннях під час обстрілів та використання засобів індивідуального захисту). За даними АГЗ, завдяки цим заходам серед ВПО та інших маргіналізованих груп рівень виявлення ТБ у 2023 році зріс у два або більше разів порівняно з довоєнним 2021 роком.

До 2024 року АГЗ працював із сімома уразливими групами населення (особи без визначеного місця проживання, особи, які звільнилися з місць позбавлення волі, ромське населення, ВПО, незаможні домогосподарства в сільській/міській місцевості та їхні діти, а також люди, які вживають наркотики). Через обмеження фінансування у 2024 році діяльність була зосереджена на чотирьох групах (особи без визначеного місця проживання, особи, які звільнилися з місць позбавлення волі, ромське населення та ВПО). У 2024 році скринінг пройшли 50 132 особи, було діагностовано 607 випадків ТБ.

Таблиця 4. Кількість діагностованих випадків ТБ та кількість осіб, яких необхідно обстежити для виявлення одного випадку (КОНО), у межах проєктів АГЗ у 2021–2023 роках

Група ризику	2021		2022		2023	
	Випадки ТБ	КОНО ³⁵	Випадки ТБ	КОНО	Випадки ТБ	КОНО
Особа без визначеного місця проживання	134	26	196	24	66	23
Ромське населення	110	35	113	36	135	42
ВПО	13	218	25	206	78	134
Незаможні верстви міського та сільського населення	181	58	209	57	318	47
Наркозалежні особи	179	20	144	19	97	20
Військовослужбовці	Не застосов.	Не застосов.	Не застосов.	Не застосов.	80	211

НУО «100% Життя»

Під час виїзного візиту моніторингова група відвідала притулок для ВПО у Львові, яким опікується НУО «100% Життя». У відремонтованому та добре обладнаному закладі проживають 40 ВПО, зокрема, сім'ї з дітьми. Організація підтримує тісну координацію з обласним протитуберкульозним

³⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1706-18#Text>

³⁵ Кількість осіб, яких необхідно обстежити (КОНО): кількість осіб, яку потрібно обстежити для виявлення одного випадку ТБ.

диспансером. Усі нові мешканці проходять скринінг на ТБ, а в разі потреби їх оперативно направляють для подальшого обстеження.

За останні три роки обстеження пройшли близько 4000 мешканців, у результаті чого було діагностовано та проліковано 10 випадків ТБ. Мешканці висловили високий рівень задоволеності наданою підтримкою, зокрема, харчуванням, одягом та соціальною допомогою.

Установи виконання покарань

Надання протитуберкульозної допомоги особам, які утримуються під вартою в Україні, регулюється комплексним законодавством, що включає як основні нормативно-правові акти у сфері охорони здоров'я, так і спеціалізовані закони, зокрема «Про попереднє ув'язнення»³⁶, «Про Державну кримінально-виконавчу службу України»³⁷, «Про Національну гвардію України»³⁸ та «Про Національну поліцію»³⁹. Механізм реалізації цих законів визначено «Порядком надання медичної допомоги людям, які хворіють на туберкульоз, з числа осіб, взятих під варту, чи які тримаються в установах виконання покарань», затвердженим постановою Кабінету Міністрів України від 9 липня 2024⁴⁰ року № 802.

Станом на вересень 2025 року в 62 установах пенітенціарної системи утримувалося близько 35 000 осіб, з цих установ 25 – це слідчі ізолятори. Медичні частини наявні у 23 установах, а 4 функціонують як спеціалізовані протитуберкульозні лікарні. Медична служба діє як незалежний підрозділ, проте тісно координує свою роботу з адміністраціями установ виконання покарань. Протягом останніх двох років через гострий дефіцит фінансування – державні кошти покривають лише 3–4 % від реальних потреб – система стала майже повністю залежною від зовнішньої підтримки.

Проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів для виявлення ТБ в осіб, узятих під варту, регулюється спільними нормативними актами МОЗ, Мін'юсту та МВС. В усіх установах скринінг на ТБ здійснюється за допомогою клінічного анкетування та рентгенографії органів грудної клітки. Національні настанови також гарантують доступ до скринінгу, діагностики та лікування в місцях тимчасового тримання Національної поліції.

Особи, які утримуються в слідчих ізоляторах (СІЗО) з підтвердженим діагнозом ТБ, отримують допомогу в стаціонарних відділеннях медичних частин пенітенціарної служби. Засуджених, які відбувають покарання у виправних колоніях мінімального рівня безпеки, може бути направлено до регіональних протитуберкульозних закладів, однак питання безпеки та логістичні перешкоди обмежують можливість їх тривалої госпіталізації в цивільних медичних установах. Тому більшість пацієнтів, які потребують спеціалізованої допомоги, переводять до спеціалізованих протитуберкульозних лікарень пенітенціарної системи. Такі переведення часто тривають чотири тижні або й довше, що призводить до значних затримок у початку лікування.

Пенітенціарна система має у своєму розпорядженні 28 апаратів GeneXpert та 24 лабораторії для мікроскопічних досліджень. Зовнішній контроль якості здійснюється за багаторівневою системою: діяльність протитуберкульозних лабораторій першого рівня контролюють регіональні протитуберкульозні центри цивільного сектору, а роботу протитуберкульозних лікарень при установах виконання покарань – Національна референс-лабораторія.

Стратегія Уряду з розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки⁴¹ встановлює цільові показники зі збільшення кількості лабораторій з міжнародною

³⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3352-12#Text>

³⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2713-15#Text>

³⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/876-18>

³⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/580-19#Text>

⁴⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/802-2024-%D0%BF#Text>

⁴¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/726-2024-%D1%80#Text>

акредитацією в пенітенціарній системі: 3 лабораторії у 2024 році, 13 – у 2025 році та 31 – у 2026 році.

Усі взяті під варту особи проходять рентгенологічне обстеження під час прибуття до установи та щонайменше раз на рік у подальшому. У 2024 році обстеження пройшли 37 026 осіб (у 2023 році – 45 654). Кількість випадків захворювання на ТБ у пенітенціарній системі зменшилася з 654 у 2020 році до 437 у 2024 році.

Таблиця 5. Кількість випадків ЧТБ та ЛС-ТБ у пенітенціарній системі у 2020–2024 роках

<i>Рік</i>	<i>ЧТБ</i>	<i>ЛС-ТБ</i>	<i>Усього</i>
2020	396	258	654
2021	454	187	641
2022	276	133	409
2023	437	143	580
2024	289	148	437

Результати лікування в установах виконання покарань залишаються неоднозначними. Показник успішності лікування серед нових випадків та рецидивів ЧТБ коливався від 47,9% у когорті 2016 року до 77,5% у когорті 2020 року, а у 2023 році сягнув 67,5%. Серед пацієнтів із МЛС-ТБ успішність лікування зросла з 39% у когорті 2020 року до 57% у когорті 2022 року. До основних проблем належать неефективність лікування, втрата пацієнтів для подальшого спостереження та летальність, що наголошує на необхідності покращення інфекційного контролю, ранньої діагностики, безперервності терапії та зміцнення лабораторної спроможності. Лікарі пенітенціарної системи регулярно застосовують короткі повністю пероральні схеми лікування МЛС-ТБ відповідно до національних стандартів (детальніше див. у розділі «Лікування осіб із ТБ» вище).

Таблиця 6. Результати лікування нових випадків та рецидивів ЧТБ у пацієнтів, зареєстрованих у пенітенціарній системі, когорти 2013-2023 років

Рік	Усього в когорті	Успішне лікування	Невдале лікування	Летальні випадки	Втрачені для спостереження	Не оцінено
2013	1 710	1 034 / 60,5%	209 / 12,2%	78 / 4,6%	3 / 0,2%	386 / 22,6%
2014	1 024	620 / 60,5%	88 / 8,6%	28 / 2,7%	62 / 6,1%	226 / 22,1
2015	877	645 / 73,5%	136 / 15,5%	24 / 2,7%	60 / 6,8%	12 / 1,4%
2016	997	478 / 47,9%	434 / 43,5%	28 / 2,8%	48 / 4,8%	9 / 0,9%
2017	567	433 / 76,4%	48 / 8,5%	30 / 5,3%	46 / 8,1%	10 / 1,8%
2018	475	361 / 76,0%	46 / 9,7%	20 / 4,2%	46 / 9,7%	2 / 0,4%
2019	453	343 / 75,7%	34 / 7,5%	26 / 5,7%	50 / 11,0%	0
2020	396	307 / 77,5%	31 / 7,8%	15 / 3,8%	43 / 10,9%	0
2021	454	305 / 67,2%	59 / 13,0%	17 / 3,7%	39 / 8,6%	34 / 7,5%
2022	276	169 / 61,2%	26 / 9,4%	25 / 9,1%	20 / 7,2%	36 / 13,0%
2023	437	295 / 67,5%	67 / 15,3%	13 / 3,0%	52 / 11,9%	10 / 2,3%

Заходи з відстеження контактів та ПЛТ зазнали суттєвого покращення. У 2021 році ПЛТ розпочали 478 контактних осіб; до 2024 року цей показник зріс до 1 350 з 1 565 ув'язнених, що підлягали лікуванню (86,3%), причому всі вони отримували терапію за схемою 1НР.

НУО, зокрема, АГЗ, «100% Життя» та «Вільна зона», надають психосоціальну підтримку особам, позбавленим волі, та сприяють забезпеченню безперервності лікування ТБ після звільнення.

Висновки за результатами робочого візиту

Під час робочого візиту до виправної колонії в м. Житомирі (де утримується близько 1 000 засуджених) моніторингова група встановила, що, попри наявність медичної частини зі спеціально відведеними приміщеннями для пацієнтів із ТБ, початок лікування на місці неможливий через нормативні обмеження пенітенціарної системи. Один засуджений очікував на переведення до Харківської туберкульозної лікарні; однак цей процес, що відбувається через Київський слідчий ізолятор (СІЗО), зазвичай триває 4–5 тижнів. Протягом цієї затримки пацієнт залишається без лікування, що підвищує ризик погіршення його стану та подальшої передачі інфекції. Хоча в колонії працює лікар із значним досвідом у сфері фтизіатрії, чинні нормативні акти перешкоджають початку лікування.

Моніторингова група рекомендувала забезпечити можливість розпочинати лікування у визначених виправних колоніях, щоб запобігти невиправданім затримкам і зменшити ймовірність важких наслідків для здоров'я.

Основні досягнення та виклики

Центр громадського здоров'я / МОЗ підтримує активну комунікацію з органами охорони здоров'я 40 країн, забезпечуючи швидкий і точний обмін інформацією щодо осіб з діагностованим ТБ або тих, хто раніше проходив лікування. ВПО та мігранти отримують чіткі роз'яснення щодо місця та процедури реєстрації для отримання послуг з лікування ТБ у нових регіонах України чи за кордоном, що сприяє безперервності надання медичної допомоги під час переміщення.

У пенітенціарній системі впроваджено ефективні процедури вхідного скринінгу та заходи інфекційного контролю, включно із систематичною ізоляцією осіб з інфекцією. Лікування ТБ в установах виконання покарань відповідає останнім рекомендаціям ВООЗ, зокрема, широко застосовуються коротші повністю пероральні схеми лікування та проводиться профілактична

терапія ТБ. Персонал пройшов належну підготовку, а клінічні практики відповідають міжнародним стандартам.

Попри досягнутий прогрес, низка проблем продовжує обмежувати ефективність та доступність послуг з лікування ТБ для цих уразливих груп. НУО відіграють ключову роль у скринінгу ВПО та інших груп ризику, проте їхня діяльність обмежена через недостатнє фінансування, внаслідок чого значна кількість людей залишається неохопленою.

Пенітенціарна система стикається з гострим недофінансуванням: державні кошти покривають лише незначну частину операційних потреб, що призводить до значної залежності від зовнішніх донорів у наданні послуг. Структурні перешкоди в пенітенціарному секторі спричиняють тривалі затримки з початком лікування: особи з діагностованим ТБ у колоніях загального режиму часто очікують чотири тижні або більше на переведення до спеціалізованих туберкульозних лікарень, і протягом цього часу лікування не може бути розпочате. Для забезпечення своєчасного початку лікування в межах пенітенціарних установ необхідні зміни на нормативному та операційному рівнях.

Рекомендації

Біженці та ВПО

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
Біженці та ВПО			
1	Посилити заходи зі скринінгу на ТБ серед ВПО. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	АГЗ, «100% ЖИТТЯ»
2	Збільшити обсяги фінансової та матеріальної підтримки для НУО через нове фінансування Глобального фонду з метою розширення охоплення ВПО скринінгом на ТБ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ГФ
3	Забезпечити постійну та тісну координацію з органами охорони здоров'я сусідніх країн для сприяння транскордонному обміну даними щодо пацієнтів із ТБ. [Високий пріоритет]	На постійній основі	МОЗ, ЦГЗ
Особи, позбавлені волі			
1	Розглянути децентралізацію ініціації лікування ТБ у визначених пенітенціарних установах, почавши з пілотних об'єктів. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	Мін'юст
2	Розглянути посилення механізмів масового скринінгу шляхом впровадження скринінгу двічі на рік для більшості осіб, позбавлених волі (приблизно 90–95%). [Високий пріоритет]	Короткостроковий	Мін'юст
3	Розглянути можливість включення закупівлі інструментів для скринінгу (рентгенівських систем із САПР/ШІ та апаратів Xpert) до нової заявки до	Короткостроковий	Мін'юст, ЦГЗ, ГФ

	Глобального фонду для забезпечення ефективного масового скринінгу в пенітенціарних установах. [Високий пріоритет]		
4	Розглянути запровадження регулярного моніторингу та підтримуючого нагляду, що проводиться фахівцями центральних та/або регіональних медичних служб пенітенціарної системи, за можливості із залученням цивільних експертів. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	Мін'юст, ЦГЗ

*

*

*

Профілактика ТБ та інфекційний контроль

Україна належить до країн, які ефективно інтегрували рекомендації ВООЗ у національні політики у сфері профілактики інфекції ТБ та інфекційного контролю (ПІІК). У країні також створено міждисциплінарні координаційні структури на національному та місцевому рівнях для спрямування діяльності, націленої на запобігання передачі ТБ та контроль за нею.

Специфічні заходи з ПІІК щодо ТБ регулюються Стандартом інфекційного контролю для закладів охорони здоров'я, що надають допомогу хворим на туберкульоз, затвердженим наказом Міністерства охорони здоров'я України від 1 лютого 2019 року № 287 (далі – Стандарт ІК-ТБ). Ширшу нормативно-правову базу визначає наказ Міністерства охорони здоров'я України від 3 серпня 2021 року № 1614 «Порядок впровадження профілактики інфекцій та інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та закладах надання соціальних послуг/соціального захисту населення», який запровадив комплексний підхід до впровадження системи ПІІК. Впровадження цих нормативних актів спершу було сповільнено через пандемію COVID-19, оскільки карантинні обмеження були скасовані лише в червні 2023 року. Подальші перешкоди, спричинені війною, призвели до значних фізичних руйнувань, фінансових обмежень та дефіциту кадрів.

На національному рівні координація заходів із профілактики ТБ та контролю за його передачею інтегрована з діяльністю у сферах протидії ВІЛ та гепатитам, а також біобезпеки в межах Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. У кожній області діють обласні центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ), які відповідають за координацію протитуберкульозних заходів у відповідних регіонах. Наказом МОЗ № 1614 від 3 серпня 2021 року визначено організацію профілактики інфекцій, пов'язаних із наданням медичної допомоги у закладах охорони здоров'я, які надають стаціонарну допомогу, незалежно від їхнього відомчого підпорядкування. Впровадження заходів ПІІК забезпечується керівництвом закладу через відділи з інфекційного контролю⁴² (ВІК) та керівників структурних підрозділів.

З метою підтримки впровадження стандарту ІК-ТБ фахівці ЦКПХ у 2023 та 2024 роках провели моніторингові заходи з використанням опитувальників, що охоплювали адміністративні, інженерно-технічні заходи та засоби захисту органів дихання. Отримані результати були узагальнені в аналітичних довідках, які надали цінну інформацію про рівень впровадження заходів ПІІК у протитуберкульозних закладах.

На основі звітів за результатами моніторингу, інтерв'ю з ключовими респондентами та спостережень на місцях було зроблено такі основні висновки.

У 74% протитуберкульозних закладів створено ВІК, однак їхня функціональність обмежена через відсутність штатних співробітників, що працюють повний робочий день, та кваліфікованого персоналу. Зростання робочого навантаження та скорочення кадрового потенціалу системи охорони здоров'я, спричинені міграцією та перерозподілом працівників під час війни, ще більше загострили цю проблему.

Оцінка ризиків у приміщеннях та відділеннях закладу є ключовим завданням ВІК, що визначає пріоритетність заходів з ПІІК, включно з розподілом ресурсів. Звіт за результатами моніторингу 2024 року показує, що лише 36,1% закладів визначили зони ризику, що є важливим компонентом ефективного планування.

Попри те, що 52,7% закладів охорони здоров'я розрахували обсяг коштів, необхідних для заходів з ПІІК, бюджети закладів рідко містять окремі статті для фінансування ПІІК. В умовах загального дефіциту фінансування ПІІК часто розглядається як неперіоритетний напрям, через що зазнає

⁴² Укр. Відділ інфекційного контролю, ВІК

особливих труднощів. Нестача державного фінансування частково компенсується інвестиціями міжнародних партнерів, зокрема, Глобального фонду.

Більшість закладів розробили стандартні операційні процедури (СОП), виконання яких регулярно контролюється. Також були розроблені плани з ПІІК-ТБ, хоча деякі з них потребують перегляду чи адаптації. Поточні процеси акредитації закладів охорони здоров'я можуть сприяти покращенню якості документації.

Згідно з наявними даними, передача ТБ, пов'язана з наданням медичної допомоги, видається обмеженою. У 2024 році було зареєстровано лише 11 випадків захворювання на ТБ серед персоналу протитуберкульозних закладів, а за п'ятирічний період 2020–2024 років – 58 випадків.

Протягом останніх років було проведено різноманітні навчальні заходи з питань ПІІК, зокрема, присвячені ПІІК-ТБ. У межах поточного гранту Глобального фонду було організовано три офлайн-тренінги для керівників протитуберкульозних закладів та фахівців ВІК. Організація PATH підтримала проведення тренінгів з ПІІК-ТБ в регіонах та заснувала професійну школу «Основи моніторингу заходів з ПІІК» для керівників та спеціалістів ЦКПХ. Крім того, на базі ЦГЗ діє спеціалізована онлайн-платформа (https://courses.phc.org.ua/courses/course-v1:PHC+116_3+2025/about), яка містить навчальні курси з ПІІК.

Інфраструктура багатьох протитуберкульозних закладів залишається незадовільною для ізоляції пацієнтів з імовірним ТБ (осіб із підозрою на ТБ) та для розділення пацієнтів із підтвердженим діагнозом. Унаслідок бойових дій шістнадцять протитуберкульозних лікарень було повністю або частково зруйновано, а пацієнтів і персонал переміщено до інших закладів, переважно інфекційних лікарень. Через фінансові обмеження та ризик подальших руйнувань відбудову не розпочато. За таких умов адміністративні заходи ПІІК мають пріоритет над інвестиціями у відновлення.

Ізоляція осіб із підозрою на ТБ та пацієнтів із підтвердженим діагнозом на період їхньої контагіозності є обов'язковою вимогою національного законодавства та ключовим компонентом адміністративної політики ПІІК-ТБ. Для зменшення навантаження на стаціонари багато пацієнтів отримують лікування амбулаторно. За оцінками, три чверті пацієнтів із ЧТБ та одна чверть пацієнтів із ЛС-ТБ проходять повний курс лікування в амбулаторних умовах.

Госпіталізованих пацієнтів розміщують у різних відділеннях – а в межах відділень, у різних палатах – відповідно до ступеня їхньої контагіозності та профілю резистентності. Попри це, можливості для ізоляції пацієнтів із підозрою на ТБ або контагіозних пацієнтів у лікарнях залишаються обмеженими та часто неадекватними. Згідно зі звітом з моніторингу за 2024 рік, лише 12,3% закладів охорони здоров'я мають приміщення, що відповідають вимогам до ізоляції класу N (негативний тиск, підтверджений напрямок потоку повітря, витяжна вентиляція >12 обмінів на годину, герметичні двері, санвузол, засоби індивідуального захисту на вході та ультрафіолетове опромінення), і лише 36,4% мають окремі ізоляційні палати для пацієнтів із ТБ, що відповідають стандартам класу S (природна або механічна вентиляція з кратністю повітрообміну щонайменше 6 разів на годину).

У пенітенціарній системі заходи з ПІІК-ТБ ґрунтуються на тих самих принципах, що й у цивільному секторі, однак практика ізоляції визначається обмеженнями у пересуванні та законодавчими нормами. Діагностика ТБ в осіб, позбавлених волі, є швидкою (3–4 дні шляхом дослідження мокротиння в територіальних протитуберкульозних закладах), проте початок лікування відкладається до моменту переведення пацієнта до пенітенціарної лікарні, що часто займає до одного місяця.

Заходи ПІІК-ТБ у частині вентиляції приміщень:

- природна вентиляція широко використовується в більшості протитуберкульозних закладів, хоча її ефективність обмежується кліматичними умовами, особливостями

конструкції будівель, а також готовністю персоналу та пацієнтів тримати вікна відчиненими;

- механічна вентиляція застосовується рідше, переважно в лабораторіях або ізоляторах протитуберкульозних закладів, особливо в нових будівлях. Основними причинами її недостатнього використання є висока вартість впровадження та обслуговування, а також обмежений технічний потенціал;
- завдяки тренінгам, організованим останніми роками, та наявності вимірювального обладнання (термоанемометрів Teslo 440, ванеометрів, лазерних далекомірів), закупленого організацією PATH для протитуберкульозних служб у межах проєкту «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні», фахівці з інфекційного контролю в закладах охорони здоров'я та ЦКПХ тепер мають змогу вимірювати ефективність вентиляції.

Заходи ПІІК-ТБ: УФ-випромінювання

- *УФ-випромінювання широко використовується в протитуберкульозних закладах України. За програмою Глобального фонду було закуплено та поставлено 7 815 екранованих бактерицидних опромінювачів, а також УФ-радіометри Gigahertz Optik (діапазону UVC). Обладнання було передано протитуберкульозним закладам та обласним ЦКПХ для належного застосування технології УФ-опромінення. У медичних закладах використовуються різні моделі УФ-опромінювачів. Наказ МОЗ № 882 від 06.05.2021 року затверджує деталізовані норми щодо їх експлуатації, обслуговування та моніторингу.*

Політика захисту органів дихання

- *Політика захисту органів дихання добре продумана та активно впроваджується в закладах охорони здоров'я з урахуванням рівня інфекційного ризику. Пандемія COVID-19 позитивно вплинула на дотримання правил носіння респіраторів та хірургічних масок. Персонал був забезпечений достатньою кількістю респіраторів різних моделей; дефіциту засобів захисту під час моніторингових візитів та у звітах зафіксовано не було. Більшість співробітників пройшли процедуру фіт-тестування, доступну в усіх закладах. У рамках проєкту «Підтримка зусиль у протидії туберкульозу в Україні» організація PATH закупила по одному високоякісному комплекту для фіт-тестування для кожного ЦКПХ. Для відділу моніторингу за дотриманням заходів ПІІК-ТБ та антимікробної резистентності в рамках цього проєкту було придбано один апарат для кількісного фіт-тестування (PortaCount Model 8048-1).*

Основні досягнення та виклики

Структури, відповідальні за координацію заходів із запобігання передачі та контролю над ТБ, чітко визначені на національному, регіональному (обласному) та інституційному рівнях (рівні закладів). Політики у сфері контролю за передачею ТБ відповідають рекомендаціям ВООЗ, офіційно затверджені МОЗ та підкріплені створенням міждисциплінарних координаційних структур на національному, регіональному та інституційному рівнях.

Заклади охорони здоров'я розпочали оцінку ризиків передачі ТБ та визначення фінансових ресурсів, необхідних для впровадження заходів інфекційного контролю. Створено план навчання для медичного персоналу, що реалізується через змішані та віртуальні платформи та включає освітні заходи з питань ПІІК-ТБ.

Розширення амбулаторної діагностики та лікування для значної кількості пацієнтів дозволило зменшити навантаження на лікарні, що сприяло ефективнішому впровадженню адміністративних заходів, таких як ізоляція та розмежування стаціонарних пацієнтів із

контагіозною формою ТБ. Молекулярно-генетичні методи експрес-діагностики також сприяли скороченню контагіозного періоду серед пацієнтів із ТБ.

Водночас, декілька ключових викликів продовжують перешкоджати ефективному інфекційному контролю за ТБ. Впровадження заходів на рівні закладів часто є неоптимальним. Одним із головних обмежень є недостатня кількість персоналу, що спеціалізується саме на заходах ПІІК-ТБ, і ця проблема загострилася під час воєнного стану. Необхідне постійне спеціалізоване навчання, аби персонал мав належні навички для контролю за передачею ТБ.

Фінансування заходів з контролю за інфекціями, що передаються повітряним шляхом, у протитуберкульозних закладах є недостатнім, і посилена координація з міжнародними партнерами могла б сприяти залученню додаткових ресурсів. Подекуди плани з ПІІК-ТБ є переважно формальними документами, а передбачені процедури не завжди адаптовані до конкретних умов функціонування окремих закладів. Багатьом протитуберкульозним відділенням бракує інфраструктури, необхідної для ефективної ізоляції та розподілу пацієнтів, що зумовлено як фінансовими обмеженнями, так і збитками, завданими війною.

Додаткові виклики включають затримки з початком лікування пацієнтів із ТБ у пенітенціарних установах в очікуванні переведення до спеціалізованих лікарень, а також обмежене використання механічної вентиляції. Останнє пов'язано з малою кількістю належно обладнаних лікарень, недостатнім фінансуванням та обмеженим технічним потенціалом для обслуговування систем.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Забезпечити належне фінансування заходів з ПІІК-ТБ, зокрема, для підтримки координаційних структур з ПІІК, персоналу на рівні закладів та програм навчання. [Високий пріоритет]	Коротко- / середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, ВІК, партнери
2	Облаштувати ізоляційні палати (бокси) для пацієнтів із підозрою на ТБ та з уперше діагностованим ТБ в усіх лікарнях, що надають протитуберкульозну допомогу. [Високий пріоритет]	Коротко- / середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, ВІК
3	Впровадити системи механічної вентиляції в зонах високого ризику, зокрема, в ізоляційних палатах, приміщеннях для збору мокротиння та протитуберкульозних лабораторіях.	Середньо- / довгостроковий	МОЗ, ЦГЗ, обласні ЦКПХ, ВІК
4	Забезпечити стале технічне обслуговування обладнання для ПІІК, включно з системами вентиляції та бактерицидними ультрафіолетовими опромінювачами (БУФО). [Високий пріоритет]	Середньо- / довгостроковий	Обласні ЦКПХ, ВІК
5	І далі проводити та посилювати регулярний моніторинг показників ПІІК-ТБ у закладах охорони здоров'я.	На постійній основі	ЦГЗ, обласні ЦКПХ

*

*

*

Орієнтована на потреби людини допомога та комплексний підхід до лікування ТБ

Інтеграція на рівні первинної медичної допомоги

ВООЗ наголошує на важливості надання людиноорієнтованої допомоги пацієнтам із ТБ на всіх її етапах, а також на необхідності усунення бар'єрів, що обмежують доступ пацієнтів до послуг щодо ТБ. Посилення первинної ланки медичної допомоги має ключове значення для забезпечення більш інтегрованого, комплексного підходу, що включає профілактику, ранню діагностику та орієнтоване на пацієнта лікування з підтримкою прихильності.

19 січня 2023 року наказом МОЗ № 102 було затверджено оновлені Стандарти медичної допомоги «Туберкульоз», які закріплюють пацієнтоорієнтований підхід та посилюють роль первинної медичної допомоги. Очікується, що їх упровадження сприятиме підвищенню якості допомоги та результатів лікування пацієнтів, а також зниженню пов'язаних із лікуванням витрат і ризиків для них. Порядок імплементації було додатково деталізовано наказом МОЗ від 16 листопада 2024 року № 1923 *«Про затвердження Порядку надання послуг з амбулаторного лікування людей, які хворіють на туберкульоз, у закладах первинної медичної допомоги»*.⁴³

Інтеграція послуг із лікування ТБ у систему ПМД визначена як національний пріоритет. Сімейні лікарі відіграють центральну роль у діагностиці, моніторингу лікування та веденні побічних реакцій. Вони є першою точкою контакту для пацієнтів, що сприяє ранньому виявленню захворювання, забезпечує безперервність надання допомоги та зменшує стигматизацію завдяки включенню послуг із протидії ТБ у повсякденну практику ПМД. До обов'язків сімейних лікарів входить консультування пацієнтів, моніторинг побічних реакцій на лікування, своєчасне направлення до спеціалізованих закладів та координація допомоги з протитуберкульозними центрами. Така інтеграція є особливо важливою для сільських та прифронтових регіонів.

Міністерство охорони здоров'я через Центр громадського здоров'я здійснює керівництво та координацію заходів з протидії ТБ, тоді як регіональні фтизіопульмонологічні центри виконують роль координаційних вузлів, забезпечуючи безперервність надання послуг попри виклики воєнного часу. Для підтримки послуг щодо ТБ підтримується тісна співпраця з міжнародними партнерами. Зміцнення потенціалу ПМД у сфері протидії ТБ, зокрема, підтримка прихильності до лікування, консультування пацієнтів та інтеграція послуг з лікування ВІЛ, вірусних гепатитів та наркотичної залежності, визнано наріжним каменем національної стратегії протидії ТБ.

Україна продовжує перехід від стаціонарної моделі лікування до амбулаторної та орієнтованої на громаду. Реорганізація протитуберкульозної служби пріоритезує скорочення необґрунтованих госпіталізацій, розширення амбулаторного лікування з першого дня та залучення надавачів ПМД до скринінгу та супроводу лікування. Децентралізація прискорила перехід до амбулаторних, пацієнтоорієнтованих підходів.

Станом на 2024 рік 70% усіх пацієнтів з ТБ по всій країні розпочинали амбулаторне лікування з першого дня, що дозволило досягти національного цільового показника. 51% цих пацієнтів отримували підтримку за допомогою цифрових інструментів контролю прихильності, таких як ВКЛ. Вісімнадцять областей досягли або перевищили цільовий показник; найвищі результати зафіксовано у Київській (89%), Кіровоградській (84%), Сумській (87%), Хмельницькій (85%) та Чернігівській (84%) областях. Областями з нижчими показниками стали Запорізька (38%), Харківська (43%), Рівненська (53%), Миколаївська (58%), Тернопільська (58%), Вінницька (61%) та Херсонська (62%).

Ранній початок амбулаторного лікування, зокрема, за допомогою цифрової підтримки прихильності, є одним з індикаторів Операційного плану заходів з реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року

⁴³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1813-24#Text>

(розпорядження КМУ від 18.06.2024 року № 564-р). На 2024 рік цільовий показник становить 65%.

Руйнування інфраструктури внаслідок воєнних дій обмежило спроможність протитуберкульозних служб у прифронтових регіонах. У відповідь на ці виклики Україна почала використовувати мобільні амбулаторії та гнучкі моделі надання допомоги, щоб охопити населення у віддалених районах та групи підвищеного ризику, включно з ВПО, що дозволяє пом'якшити наслідки пошкодження чи руйнування медичних закладів.

Психосоціальна підтримка

Комплексне впровадження послуг медико-психосоціального супроводу (МПСС) призвело до відчутного покращення прихильності до лікування та його результатів. Проекти, реалізовані в рамках Національної програми протидії ТБ з компонентом МПСС, дозволили суттєво зменшити кількість випадків переривання лікування, смертності та невдалих результатів. Проте частина пацієнтів і досі скаржиться на недружнє чи стигматизуюче ставлення персоналу в медичних закладах, що руйнує довіру та знижує мотивацію до лікування. Тривала госпіталізація та ізоляція часто посилюють психологічне навантаження, через що більшість пацієнтів надає перевагу амбулаторному або домашньому лікуванню.

Такі заходи підтримки, як відшкодування транспортних витрат, надання продуктивних наборів, психосоціальні консультації та допомога з вирішенням адміністративних питань, сприяли покращенню прихильності та результатів лікування. У пацієнтоорієнтованій моделі догляду все більше уваги приділяється соціальним, психологічним та економічним чинникам, що впливають на здоров'я, а також наголошується на спільному ухваленні рішень, конфіденційності та гнучкості у виборі схем лікування.

Інтеграція протитуберкульозної допомоги в систему ПМД розширила доступ до послуг, особливо в сільській місцевості та постраждалих від війни регіонах, увівши ведення випадків ТБ до ширшого спектра медичних послуг на рівні громад.

З 2024 року послуги з МПСС інтегровано в заклади ПМД у шести пілотних областях: Закарпатській, Запорізькій, Київській, Львівській, Полтавській та Рівненській.

Протягом 2024 року понад 1100 пацієнтів отримали загалом 34 485 послуг підтримки, зокрема:

- оцінювання індивідуальних потреб та розроблення планів догляду;
- психологічна допомога;
- надання продуктивних наборів або талонів на харчування;
- поповнення мобільного рахунку/інтернету для підтримки зв'язку та ВКЛ;
- юридична та адвокаційна підтримка;
- інформаційно-роз'яснювальна робота в громадах та повернення до лікування пацієнтів, які його перервали.

Заходи заохочення

Грошові виплати та компенсація транспортних витрат покращили прихильність до лікування завдяки зниженню непрямих витрат. Фінансова підтримка, що включає ваучери на проїзд, продуктивні набори та пряму грошову допомогу, допомагає компенсувати втрату доходу та подолати логістичні перешкоди, що сприяє кращому дотриманню режиму лікування.

Кейс-менеджери та соціальні працівники допомагають пацієнтам отримати доступ до соціальних пільг та інших видів підтримки. Під час війни було впроваджено інноваційні адаптації, як-от мобільна доставка медикаментів та продовження лікування в медичних потягах, що дозволило зберегти доступ до послуг.

Однак така підтримка залишається нестабільною та значною мірою залежить від зовнішнього фінансування. Адміністративні затримки та відмінності між регіонами ускладнюють її

впровадження. ВПО та біженці можуть втратити доступ до місцевих пільг, що підвищує їхню вразливість і негативно впливає на прихильність до лікування та його результати.

Цифрові технології контролю прихильності до лікування

Україна успішно впровадила ВКЛ та інші цифрові інструменти, покращивши дотримання режиму лікування та зменшивши кількість випадків його переривання. У 2024 році понад половина всіх пацієнтів, які розпочали амбулаторне лікування, отримували підтримку за допомогою цифрової терапії під безпосереднім наглядом. Дистанційне відео-підтвердження прийому ліків зменшило транспортне навантаження та кількість переривань лікування, особливо в прифронтових або сільських районах.

Використання смарт-боксів для ліків було розширено на 11 областей. Серед пацієнтів, які завершили терапію з цифровою підтримкою, цей метод продемонстрував близько 84% прихильності до лікування та приблизно 78% успішності лікування.⁴⁴

Основні досягнення та виклики

Попри глибокі виклики, пов'язані з війною, було досягнуто значного прогресу в приведенні протитуберкульозної допомоги у відповідність до міжнародних стандартів та впровадженні людиноорієнтованих підходів.

Протягом останніх років послуги з лікування ТБ дедалі більше децентралізуються, що наближає допомогу до громад та зменшує залежність від стаціонарної моделі лікування. Застосування цифрових технологій контролю прихильності, особливо відео-контрольованого лікування, допомогло покращити дотримання режиму терапії, зменшити кількість перерв у лікуванні та скоротити транспортні витрати пацієнтів. Паралельні адвокаційні та комунікаційні заходи допомогли зменшити рівень стигми та заохотити до активнішої участі як громади, так і медичних працівників.

Однак декілька системних викликів і далі гальмують прогрес. Залучення сімейних лікарів до надання протитуберкульозної допомоги залишається обмеженим через прогалини в навчанні, брак практичного досвіду та відсутність стандартизованих клінічних протоколів, особливо щодо ведення пацієнтів із побічними реакціями на ліки. Дефіцит кадрів на рівні ПМД додатково обмежує здатність надавати стабільну людиноорієнтовану допомогу, а доступ до послуг у різних регіонах залишається нерівномірним.

Фінансові та логістичні перешкоди, такі як вартість проїзду, потреба в супутніх ліках та втрата доходу, лишаються вагомими чинниками, що впливають на прихильність до лікування. Водночас вимушене переміщення через війну ще більше порушує безперервність медичної допомоги. Руйнування медичної інфраструктури значно обмежило надання послуг у прифронтових областях. Мобільні клініки частково вирішують цю проблему, але їхнє покриття залишається недостатнім для задоволення потреб населення.

Стигма та психосоціальні стресові фактори й надалі підривають довіру та залученість пацієнтів. Повідомляється про випадки недружнього ставлення в медичних закладах, а психологічний тягар ізоляції негативно впливає на звернення за лікуванням та його успішне завершення.

Рекомендації

<i>№</i>	<i>Рекомендація</i>	<i>Термін виконання</i>	<i>Виконавець(ці)</i>
----------	---------------------	-------------------------	-----------------------

⁴⁴ V Kochanov, A Bogdanov, K Karpiuk, R Rodyna, M Germanovych, G Dravniece, Leveraging digital adherence technologies to enhance public health: insights from TB care in Ukraine, *European Journal of Public Health*, Volume 34, Issue Supplement_3, November 2024, ckae144.1190 (Кочанов В., Богданов А., Карпюк К., Родина Р., Германович М., Дравнієце Г. Використання цифрових технологій контролю прихильності до лікування для зміцнення громадського здоров'я: досвід лікування туберкульозу в Україні // *European Journal of Public Health*. – 2024. –Vol. 34, Issue Supplement_3. – С. ckae144.1190), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1190>.

1	Продовжувати інтеграцію протитуберкульозних послуг у систему первинної медичної допомоги, зокрема, ранньої діагностики, скринінгу, вакцинації БЦЖ та профілактичних заходів для ЛЖВ, і контактних осіб, за підтримки цільового фінансування в межах Програми медичних гарантій. [Високий пріоритет]	На постійній основі	МОЗ, ЦГЗ, обласні органи/установи охорони здоров'я
2	Посилювати спроможність системи ПМД через стандартизоване навчання, чіткі протоколи та розширення повноважень сімейних лікарів для надання комплексних протитуберкульозних послуг. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, медичні університети та заклади післядипломної освіти, донори й партнери
3	Переглянути та вдосконалити механізми соціальної та матеріальної підтримки для зменшення фінансового тягаря для пацієнтів та їхніх домогосподарств, а також для підвищення прихильності до лікування та утримання під наглядом. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності, МОЗ, органи місцевого самоврядування, НУО, донори
4	Розширювати використання цифрових технологій контролю прихильності до лікування для забезпечення його безперервності, особливо в умовах, коли надання послуг порушене через війну. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, донори
5	Продовжувати долати стигму та виклики у сфері психічного здоров'я шляхом систематичного навчання, пацієнтоорієнтованої комунікації та залучення громадськості. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, НУО, донори та партнери
6	Розширювати залучення медсестер/братів ПМД до лікування під безпосереднім наглядом та патронажу на дому.	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, НУО
7	Посилювати механізми забезпечення якості, моніторингу та зворотного зв'язку з пацієнтами для вдосконалення послуг на основі даних.	Середньостроковий	МОЗ, НУО, донори та партнери

* * *

Участь громадянського суспільства та спільнот, яких торкнулася проблема ТБ, у заходах з протидії ТБ

Нормативно-правова база

В Україні діяльність благодійних організацій, що представляють неурядовий сектор (НУО), зокрема, спільноти, яких торкнулася проблема ТБ, регулюється переважно Цивільним кодексом⁴⁵ та Законом України «Про благодійну діяльність та благодійні організації».⁴⁶ З метою підтримки інституційного розвитку ОГС та участі громадян в управлінні державними справами було розроблено План заходів⁴⁷ з реалізації Національної стратегії сприяння розвитку громадянського суспільства в Україні на 2021-2026 роки⁴⁸. Цей план спрямований на покращення громадського середовища, зокрема, через підтримку онлайн-реєстрації, впровадження модельних статутів, проведення публічних консультацій, запровадження бюджетів участі та заохочення волонтерської діяльності.

Важливість співпраці з ОГС та їхня роль зазначені у «*Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року*»⁴⁹ та «*Державній стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року*»⁵⁰, де ОГС згадані серед виконавців відповідних заходів. Ці заходи мають на меті: забезпечення активної участі у сфері громадського здоров'я, включно з протидією ТБ; сприяння лікуванню та профілактиці; підтримку моніторингу та соціального захисту пацієнтів із ТБ та ЛТБІ, а також членів їхніх родин шляхом надання комплексних та орієнтованих на потреби послуг; впровадження ефективних політик; забезпечення мультисекторного підходу до подолання ТБ. Цей стратегічний документ окремо визначає серед управлінських та організаційних інструментів, необхідних для ефективної реалізації Національної стратегії, інтеграцію ОГС у національну систему формування та надання послуг, а також у програми та заходи як у межах досягнення стратегічних та операційних цілей самої стратегії, так і в поєднанні з іншими національними заходами у сферах охорони здоров'я, соціальної допомоги, освіти та регіонального розвитку.

ОГС залучені до заходів із протидії ТБ в Україні через реалізацію низки ініціатив, спрямованих на вдосконалення людиноорієнтованої допомоги, адвокацію змін у державній політиці, надання підтримки спільнотам, яких торкнулася проблема, та сприяння процесам прийняття рішень відповідно до національних стратегічних цілей. Вони надають зібрані на рівні громад дані в режимі реального часу, що підкреслено в положеннях численних угод, які регулюють діяльність із протидії ТБ в Україні, у рамках взаємодії з державними структурами та/або партнерами з розвитку і донорами.

В Україні ОГС надають широкий спектр послуг для людей, яких торкнулась проблема ТБ, водночас спільноту людей з ТБ представляє єдина національна організація, що відіграє системну роль у формуванні заходів протидії захворюванню. Організація «TBPeopleUkraine» тісно співпрацює з людьми, які отримують лікування у зв'язку з ТБ, підтримує надання людиноорієнтованих послуг на рівні громад та впроваджує цифрові технології, адаптовані до специфічних потреб у лікуванні ТБ, з метою розширення доступу до послуг в умовах викликів воєнного часу. Крім того, організація застосовує моніторинг під керівництвом та силами спільнот (МКСС) для виявлення бар'єрів, збору зворотного зв'язку та адвокації системних змін у політиці,

⁴⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15#Text>

⁴⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5073-vi#Text>

⁴⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/246-2025-%D1%80#Text>

⁴⁸ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/487/2021#Text>

⁴⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

⁵⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/1415-2019-%D1%80?lang=uk#Text>

використовуючи мультисекторальний підхід до співпраці та надання послуг із протидії ТБ як на національному, так і на регіональному рівнях.

Залучення громад до надання послуг

У 2023 році в рамках загальнодержавних заходів протидії ТБ Міністерство охорони здоров'я розробило пакет нормативних документів^{51 52 53} та створило підґрунтя для державного фінансування послуг медико-психосоціального супроводу (МПСС) для пацієнтів із ЧТБ та ЛС-ТБ. Ключове завдання надавачів МПСС – надавати комплексні послуги для формування й підтримки прихильності до лікування та мінімізувати ризики його переривання.

За даними ЦГЗ психосоціальну підтримку в процесі отримання допомоги отримують до 60% людей із ЧТБ та до 80% людей із ЛС-ТБ. Форма та зміст пакета послуг МПСС визначаються на основі індивідуальної оцінки потреб та мультидисциплінарних планів з метою реагування на реальні потреби в підтримці, а не застосування уніфікованого підходу до всіх. Протягом жовтня–грудня 2023 року МОЗ через ЦГЗ, у межах програми «Громадське здоров'я та заходи боротьби з епідеміями» та за процедурою держзакупівель, придбало послуги МПСС для 409 пацієнтів із Риф-ТБ/МЛС-ТБ (4 254 послуги) та 68 пацієнтів із ШЛС-ТБ (621 послуга) у шести областях (Закарпатській, Запорізькій, Київській, Львівській, Полтавській та Рівненській). Попри складні умови, ЦГЗ продовжив закуповувати послуги МПСС для 1 132 пацієнтів із МЛС-ТБ (34 485 послуг) у шести зазначених областях. За угодами з Глобальним фондом у 2024 році було надано підтримку 12 228 пацієнтам із ЧТБ та 5 640 пацієнтам із ЛС-ТБ у 17 областях (на всій території України, крім тимчасово окупованих регіонів).

Переорієнтувавши свою діяльність на вирішення конкретних викликів воєнного часу, ГФ підтримує ОГС у наданні допомоги людям, які перебувають на лікуванні від ТБ, та впроваджує інноваційні методи надання послуг. Серед них: поштова доставка протитуберкульозних препаратів людям, які проходять лікування у віддалених регіонах; транспортування мокротиння до закладів охорони здоров'я; використання велосипедів для доставки медикаментів та/або збору мокротиння; застосування термосумок для зберігання ліків. Організації MSF та Червоний Хрест продовжують працювати на прифронтових територіях, надаючи невідкладну допомогу тим, хто її потребує. Адресна підтримка надається ВПО із ТБ, які стали окремою великою групою, що потребує медичних, психологічних та соціальних послуг. Особлива увага приділяється забезпеченню безперервності лікування та отримання послуг цими людьми в регіонах їх нового перебування. Ця діяльність спричинила нові виклики, пов'язані зі значним зростанням та коливанням кількості бенефіціарів у відносно безпечних регіонах і, як наслідок, переважанню місцевих організацій.

Особлива увага приділяється дітям із ТБ та ролі ОГС у наданні допомоги цій групі. Організацією TBPeopleUkraine було створено п'ять багатофункціональних ресурсних кімнат та просторів психологічної підтримки в протитуберкульозних лікарнях Одеси, Кропивницького, Рівного, Запоріжжя та Луцька для надання комплексної підтримки дітям і підліткам, яких торкнулася проблема ТБ, та їхнім родинам. Ці послуги доповнюють медичну допомогу психологічною підтримкою, освітніми заходами, соціальним супроводом та гуманітарною допомогою. Вони спрямовані на задоволення індивідуальних потреб кожної родини, одночасно покращуючи якість життя дітей та осіб, що за ними доглядають, під час лікування та одужання.

⁵¹ Наказ МОЗ від 11 серпня 2023 року № 1444 «Про затвердження Граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», доступно за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1443-23#Text>

⁵² Наказ МОЗ від 13 квітня 2023 року № 692 «Про затвердження Порядку надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», доступно за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0973-23#Text>

⁵³ Наказ МОЗ від 4 квітня 2023 року № 632 «Про затвердження Методики розрахунку граничних тарифів на надання послуг медико-психосоціального супроводу пацієнтів з чутливим та мультирезистентним туберкульозом», доступно за посиланням: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0915-23#n16>

Водночас TBPeopleUkraine та спільнота людей, яких торкнулася проблема ТБ, посилюють напрям психічного здоров'я та психосоціальної підтримки шляхом впровадження цифрових технологій у процес надання послуг. Метою є забезпечення всебічної підтримки та зменшення бар'єрів у доступі до неї. Нещодавня публікація, що аналізує досвід України, продемонструвала, як місцеві ОГС змогли забезпечити безперервне надання людиноорієнтованої допомоги в складних умовах пандемії COVID-19 та війни, що триває.⁵⁴

Рекомендований ВООЗ Стандартизований пакет послуг супроводу щодо ТБ (СППС-ТБ) частково відображений у послугах МПСС. Деякі втручання, зокрема ті, що охоплюють етапи соціальної підтримки та/або реабілітації на переддіагностичному етапі та після завершення лікування, ще не врегульовані на офіційному рівні відповідними нормативно-правовими актами в країні (див. **Таблиця 7** нижче). Українське законодавство забезпечує достатню правову основу як для надання послуг, так і для адвокації їх закупівлі через соціальне замовлення на місцевому рівні. Чинні нормативні документи визнають право ОГС укласти договори на надання послуг або брати участь у їх наданні, однак не містять і не затверджують конкретного переліку послуг, що можуть надаватися виключно ОГС.

Крім того, враховуючи актуальність заходів із профілактики та скринінгу в сучасних умовах, а також дефіцит кадрових і фінансових ресурсів, важливо й надалі надавати пріоритет ключовим групам та групам підвищеного ризику⁵⁵, а також активно залучати громадськість до скринінгу, профілактики та подолання ТБ. Для цих конкретних послуг, що надаватимуться ОГС, необхідно передбачити офіційне нормативне регулювання та належне фінансування, а також подальший перегляд відповідного законодавства, зокрема, Закону України «Про соціальні послуги». Також варто запланувати узгодження вартості послуг незалежно від джерела фінансування (внутрішнього чи зовнішнього).

Таблиця 7. Послуги та втручання, що надаються в Україні, порівняно з рекомендованим ВООЗ Стандартизованим пакетом послуг супроводу

	Рекомендований стандартизований пакет послуг супроводу	Послуги та заходи, що надаються в Україні, включно з дітьми, 2024–2025 роки	Угоди, які їх регулюють
1	Підвищення обізнаності, комунікація щодо ризиків, залучення та мобілізація громад	Зменшення стигми, захист прав людини, моніторинг під керівництвом та силами спільноти	Угоди Глобального фонду, Партнерства «Зупинимо туберкульоз», ЮСЕЙД, РАТН тощо. Не включено до переліку МПСС
2	Консультації осіб із груп ризику щодо захворювання на ТБ	Проекти Глобального фонду в рамках послуг МПСС	Угоди Глобального фонду. Не включено до переліку МПСС
3	Неклінічне ведення випадків ЛТБІ	–	Не включено
4	Підтримка активного виявлення випадків захворювання	Проекти Глобального фонду як частина МПСС	Угоди Глобального фонду. Не включено до переліку МПСС
5	Спостереження за лікуванням за підтримки	Організація постачання та контроль за прийомом протитуберкульозних	Згідно з Порядком надання послуг МПСС,

⁵⁴ Тематичні дослідження щодо залучення громад та громадянського суспільства до подолання туберкульозу. Всесвітня організація охорони здоров'я, 2024. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/e2d3bfb0-b160-4f57-882c-9b462fa00a38/content>

⁵⁵ Щорічний звіт щодо ТБ за 2023 рік .

		препаратів, а також опитування щодо наявності побічних реакцій на ліки; контроль своєчасності моніторингу	включено до переліку МПСС
6	Заходи щодо пацієнтів, втрачених для подальшого спостереження, та профілактика переривання лікування	Повернення отримувача послуг до лікування	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
7	Оцінка індивідуальних потреб	Оцінка потреб отримувача послуг та складання індивідуального плану надання послуг МПСС пацієнтам	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
8	Підтримка психічного здоров'я та психологічний супровід	Послуги психолога; оцінка психоемоційного стану отримувача послуг	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
9	Ведення випадків ТБ	Послуги психолога; правова допомога; індивідуальні послуги; супровід лікування та, за потреби, підтримка отримувача послуг під час госпіталізації та клінічного моніторингу стану	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
10	Матеріальна підтримка	Мотиваційні пакети у вигляді ваучерів/сертифікатів для мереж закладів з реалізації продуктів харчування або продуктових наборів для підтримки безперервного прийому протитуберкульозних препаратів; скретч-картки для поповнення мобільного зв'язку та/або інтернету	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
11	Роз'яснювальна робота та консультування з питань охорони здоров'я	Консультування з питань прихильності до лікування; оцінка психоемоційного стану отримувача послуг	Згідно з Порядком надання послуг МПСС, включено до переліку МПСС
12	Соціальний супровід та/або реабілітація після завершення лікування	Комплексна підтримка дітей та їхніх родин	Угоди Глобального фонду, PATH, AMP США. Не включено до переліку МПСС

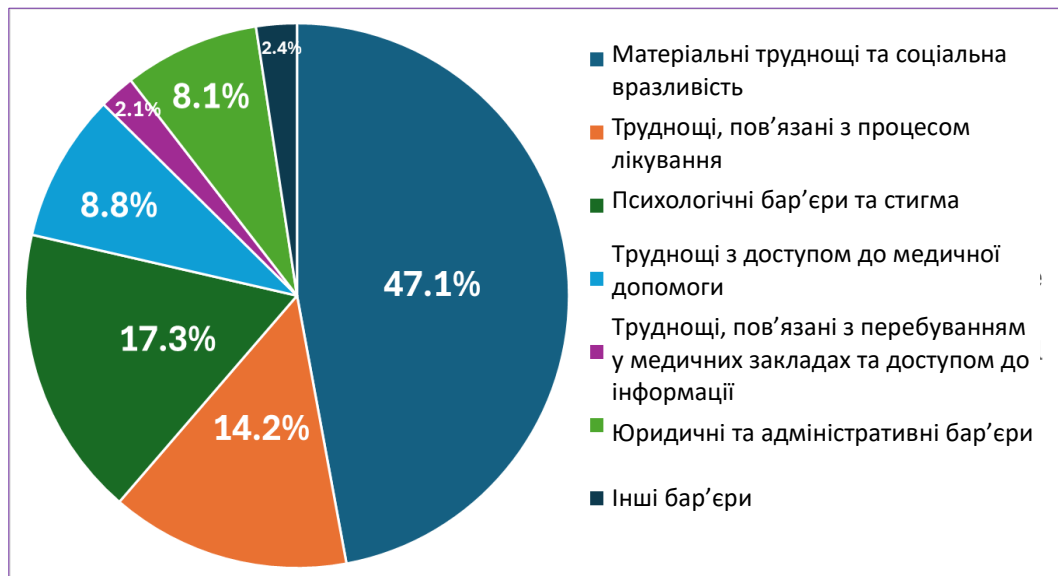
Моніторинг під керівництвом та силами спільноти

Механізм МКСС в Україні – OneImpactUkraine⁵⁶ – це цифрова система, створена спільнотою людей, яких торкнулася проблема ТБ, для потреб цієї ж спільноти. Система доступна на всій території країни та допомагає пацієнтам із ТБ та їхнім родинам повідомляти про бар'єри, а також легко отримувати інформацію, консультації та контакти для отримання допомоги під час лікування.

Згідно з даними, наданими організацією TBPeopleUkraine (серпень 2024 – серпень 2025 року), було зареєстровано 4 381 звернення. До трьох основних категорій викликів увійшли: матеріальні труднощі та соціальна вразливість (2 063 випадки), психологічні бар'єри та стигма (756 випадків), а також проблеми, пов'язані з лікуванням (624 випадки). Ці дані свідчать про значний вплив економічних обмежень, стигми та вразливості на доступ до лікування (**Рис. 10**).

⁵⁶ <https://tbpeopleukraine.com/oneimpact/>

Рис. 10. Бар'єри та труднощі, зареєстровані через систему OnelmpactUkraine, серпень 2024 – серпень 2025 року



Джерело: Цифрова система Onelmpact

Регіональний розподіл зареєстрованих випадків свідчить про охоплення платформи та довіру до неї у трьох провідних областях: найбільшу кількість випадків зафіксовано в Чернігівській (843), Львівській (663) та Тернопільській (470) областях. Значна кількість повідомлень також надійшла з Дніпропетровської (326) та Одеської (290) областей, що підтверджує активне використання системи для інформування про проблеми як у великих міських, так і в менших сільських громадах. Для розширення доступу до платформи Onelmpact для людей, які не мають смартфонів, організація ТВPeopleUkraine встановила в лікарнях інформаційні скриньки. Зібрані дані висвітлюють нагальні потреби та вразливі аспекти, а також дозволяють пацієнтам і надавачам послуг у режимі реального часу отримувати чітке уявлення про сфери, що потребують удосконалення, формуючи надійну доказову базу для адвокаційної діяльності.

Україна також є однією з небагатьох країн у регіоні, що наразі працює над інституціоналізацією моніторингу подолання ТБ під керівництвом та силами спільнот (МКСС-ТБ) як послуги та інтеграцією OnelmpactUkraine до національної системи епідеміологічного нагляду для своєчасного використання даних з метою покращення наявності, доступності, прийнятності та якості послуг з протидії ТБ.

Правозахисні програми у сфері послуг з протидії ТБ, включно з МКСС, є менш масштабними, ніж аналогічні програми щодо ВІЛ. Це пояснюється тим, що значні інвестиції в такі програми почали надходити лише в останні роки, хоча показники ефективності цих заходів суттєво зросли. Враховуючи вплив МКСС-ТБ та зусилля з реформування законів, політик і практик, важливо підтримувати ці ініціативи та продовжувати їхню інтеграцію із заходами з підвищення правової грамотності, інформування про доступ до правосуддя, забезпечення обізнаності, а також із програмами надання послуг. Це необхідно для підвищення їх ефективності та сталості за умови пропорційного розподілу цільового фінансування між сферами протидії ТБ та ВІЛ.

Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація

Загальна комунікаційна стратегія підтримується МОЗ та узгоджена з усіма партнерами НППТ, включно з ОГС та спільнотою людей, яких торкнулася проблема ТБ. Кампанія до Всесвітнього дня боротьби з ТБ у березні 2025 року охопила низку національних і місцевих заходів та публікацій (зокрема, національний круглий стіл у Києві «Так! Ми можемо подолати ТБ!», засідання книжкового клубу НППТ у Публічній бібліотеці імені Лесі Українки, приєднання восьми громад

Хмельниччини до ініціативи «Громада, вільна від ТБ»). Загалом було проведено 2851 інформаційний захід, підготовлено 7050 публікацій, організовано 259 медіаподій, а охоплення у Facebook сягнуло понад 500 000 людей по всій країні. ОГС та спільнота людей, яких торкнулася проблема ТБ, беруть активну участь в інформаційних кампаніях, спрямованих на профілактику, ранню діагностику та своєчасне лікування ТБ.

У співпраці з ЦГЗ було розроблено навчальні матеріали для журналістів і проведено тренінги, що сприяло ширшому висвітленню тем, пов'язаних із ТБ, включно з інноваційними підходами⁵⁷. За підтримки Міністерства освіти і науки було створено⁵⁸ комплексний навчальний курс для вчителів, що охоплює всі вікові групи – від дошкільнят до випускників. Курс містить методичні матеріали про те, як говорити з дітьми про ТБ, і супроводжувався низкою загальнонаціональних заходів⁵⁹ ⁶⁰ Крім того, для дітей було розроблено широкий спектр освітніх матеріалів (мультфільми, комікси та книги)⁶¹ ⁶².

Окрема роль у сфері адвокації передбачена в кількох документах з питань адвокації та комунікації⁶³ ⁶⁴ у сферах протидії ТБ та ВІЛ. Ці документи були розроблені спеціальною технічною робочою групою з метою координації інформаційно-роз'яснювальних програм та програм із захисту прав людини. Особливу увагу приділено співпраці, інтеграції та ефективності адвокаційної діяльності. Ця платформа також використовувалася для реагування на пандемію COVID-19, обговорення заходів у відповідь на повномасштабне вторгнення Росії, розробки нової стратегії подолання бар'єрів у доступі до послуг з ВІЛ та ТБ, пов'язаних із правами людини, та узгодження пріоритетів для підтримки Глобального фонду.⁶⁵

Громадянське суспільство та спільнота людей, яких торкнулася проблема ТБ, систематично працюють над усуненням виявлених бар'єрів, сприяючи посиленню наявних державних програм через спільну діяльність та комплексні підходи. У відповідь на високий рівень стигми щодо людей, які хворіють на ТБ, зокрема, серед медичних працівників, виявлений за результатами «Оцінки рівня стигми, пов'язаної з ТБ» 2021 року⁶⁶, на національному рівні було впроваджено комплекс адвокаційних заходів. Серед них розробка політики протидії стигмі та дискримінації в закладах охорони здоров'я та впровадження навчального модуля, за яким пройшли підготовку понад 10 000 фахівців по всій країні.

Одним із вимірних результатів цих зусиль стало обов'язкове запровадження на рівні закладів цільової програми з протидії стигматизації та дискримінації людей, які хворіють на ТБ, і забезпечення конфіденційності відповідних медичних даних. Цю вимогу було ухвалено НСЗУ та включено до Програми медичних гарантій на 2023 рік⁶⁷. Однією з обов'язкових умов є розробка та дотримання «політики толерантного ставлення до людей, які хворіють на ТБ, відповідно до затвердженої програми надавача медичних послуг із запобігання та подолання проявів стигматизації та дискримінації людей, які хворіють на ТБ». У 2023 році для підтримки практичного впровадження цього підходу ЦГЗ розробив «*Національні рекомендації дестигматизуючої термінології у сфері протидії туберкульозу*».⁶⁸

⁵⁷ <https://tbpeopleukraine.com/wp-content/uploads/Posibnyk-dlya-ZMI.pdf>

⁵⁸ https://tbpeopleukraine.com/wp-content/uploads/metodychnyy-keys_treners.pdf

⁵⁹ https://uied.org.ua/wp-content/uploads/2022/07/metodychnyj_posibnyk_tb_ch1.pdf

⁶⁰ <https://mon.gov.ua/news/vidbuvsya-vseukrainskiy-krugliy-stil-osoblivosti-prosvitnitskoi-roboti-v-zakladakh-osviti-shchodo-zapobigannya-zakhvoryuvannyu-na-tuberkuloz-realii-ta-perspektivi>

⁶¹ <https://www.youtube.com/@convictusukraine>, <https://youtu.be/hlpSjlomaA>, https://youtu.be/_v5JfCngus

⁶² <https://www.convictus.org.ua/komiks-stop-tb/>

⁶³ https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/11_strategia_z_prav_liudyny_ta_vil_tb_do_2030_r.pdf

⁶⁴ <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Advocacy%20Strategy%202021-23.pdf>

⁶⁵ https://resources.theglobalfund.org/media/14554/cr_2023-progress-assessment-ukraine_report_en.pdf

⁶⁶ <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/Report%20100%25Life%20TB%20Stigma%20%20ENG.pdf>

⁶⁷ <https://tbpeopleukraine.com/wp-content/uploads/Polityka-protydyi-SiD.pdf>

⁶⁸ https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/Rekomendaciji_destygmazyzacija_TB_2023.pdf

Повторне дослідження «Оцінка рівня стигми, пов'язаної з ТБ», проведене у 2024 році⁶⁹, засвідчило значні зміни: рівень стигми в закладах охорони здоров'я знизився на понад 70%. У 2024 році 27% учасників дослідження назвали стигму в медичних установах, на роботі та вдома бар'єром для доступу до послуг з тестування, лікування та догляду, тоді як у 2021 році цей показник становив 39%. Покращення цього індикатора можна частково пояснити адвокаційною та комунікаційною діяльністю, яку впродовж останніх років проводили організації громадянського суспільства та спільнота людей, які хворіють на ТБ, у тісному партнерстві з учасниками НППТ.

Розбудова спроможності

Протягом останніх років ОГС та спільнота людей, які хворіють на ТБ, продемонстрували спроможність і потенціал для реалізації проєктної діяльності, а також для участі в пілотуванні цифрових рішень і застосуванні нових підходів. Працівники ОГС з кваліфікацією соціальних працівників мають можливість проходити індивідуальне навчання після прийняття на роботу; крім того, для них регулярно проводяться інформаційні заняття. Навчальний курс від Альянсу громадського здоров'я стандартизує та систематизує всі питання, пов'язані з ТБ, і передбачає сертифікацію знань після його завершення.

Можливості для навчання також доступні в межах донорських проєктів та заходів, які проводить ЦГЗ у форматі вебінарів для всіх зацікавлених надавачів послуг, включно з ОГС. Значних зусиль було докладено ОГС для створення та інтеграції в навчальну платформу ЦГЗ (для безперервного професійного розвитку фахівців усіх рівнів) модуля, присвяченого подоланню стигми та дискримінації, психічному здоров'ю та добробуту, а також пацієнтоорієнтованому підходу до планування й реалізації лікування ТБ. Організація TBPeopleUkraine розробила навчальний курс «Формування толерантного ставлення у медичних працівників до людей, які хворіють на ТБ, та представників груп найвищого ризику»⁷⁰, який доступний на електронній платформі Національної служби здоров'я України для професійного розвитку. Крім того, було розширено механізми звітування, моніторингу та реагування на випадки стигми та дискримінації у сфері протитуберкульозних послуг. Інструмент Opelmpact було адаптовано для інформування та навчання медичних працівників практикам, що знижують рівень стигми та дискримінації щодо людей, яких торкнулася проблема ТБ.

Водночас бракує системного підходу до навчання та розвитку потенціалу ОГС, а випадки розбудови спроможності для надання специфічних послуг, передбачених рамковою програмою ВООЗ МПСС-ТБ, є нечисленними. Наявні дані⁷¹ свідчать про кадровий дефіцит в ОГС: через мобілізацію до програм підтримки (гуманітарних і соціальних) залучається менше чоловіків, що особливо помітно в сільських та віддалених районах. Повномасштабна війна, надмірне навантаження на соціальних працівників, мобілізація, чинні обмеження та зниження рівня життя й надалі ускладнюють своєчасне та якісне надання послуг особам, які їх потребують.

З метою підвищення якості та розширення доступу до послуг з протидії ТБ, а також для кращої синхронізації ролі ОГС у наданні послуг як таких, що доповнюють, а за можливості – взаємозамінюють послуги кваліфікованого медичного персоналу, необхідно чітко визначити ролі та завдання ОГС. Також варто запровадити систему безперервного навчання з належною сертифікацією, розроблену спеціально для ОГС, що залучені до надання послуг, як частину плану розвитку людських ресурсів НППТ. Для ефективного планування, з урахуванням місцевих можливостей та потреб, доцільно провести інвентаризацію людських ресурсів в ОГС. Відповідні посібники, методичні та навчальні матеріали потребують вдосконалення для зміцнення систем

⁶⁹ https://network.org.ua/wp-content/uploads/2024/08/TB_stigma_report-english.pdf

⁷⁰ <https://tbpeopleukraine.com/wp-content/uploads/POSIBNYK-DLYA-PROVEDENNYA-TRENINGU.pdf>

⁷¹ https://tbcoalition.eu/resource/files/2025/01/consolidated-report-2024_implementation-of-a-standardized-package-of-support-services-ru.pdf

управління ОГС, з особливим наголосом на взаємодоповнюваності між системою охорони здоров'я та мережами спільнот.

Міжсекторальна співпраця та взаємодія, включно з КМК

Запорукою успішної стратегії подолання ТБ є співпраця з усіма зацікавленими сторонами. Національна Стратегія розвитку системи охорони здоров'я визначає загальні засади для посилення підзвітності шляхом залучення представників відповідних сторін, зокрема, спільнот пацієнтів і ключових груп населення, до розробки політики та прийняття рішень. Вона також спрямована на «сприяння міжсекторальній координації на національному, регіональному та місцевому рівнях із забезпеченням підтримки принципу «здоров'я в усіх політиках».

Відповідальність за подання заявок на гранти Глобального фонду, нагляд за ними та координацію пов'язаних національних ініціатив у сфері охорони здоров'я покладено на Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (Координаційний механізм країни, КМК) при Кабінеті Міністрів України. До її складу входять представники урядових структур, громадянського суспільства, академічних кіл та спільнот, яких торкається проблема, що гарантує інклюзивність та широку участь у прийнятті рішень для протидії ВІЛ та ТБ. Станом на 2025 рік⁷² оновлений склад КМК налічує 13 представників ОГС, що працюють у сферах ВІЛ і ТБ, та залучених спільнот, двоє з яких представляють саме сферу ТБ. Розташування Секретаріату КМК на базі МОЗ підкреслює інтегрованість ради в національну систему охорони здоров'я.

У 2024 році Україна затвердила Алгоритм імплементації Багатосекторальної рамкової програми підзвітності у сфері протидії ТБ (БРПП-ТБ). Координаційним механізмом її впровадження визначено КМК. КМК є динамічною структурою, що у своїй діяльності керується політичними деклараціями високого рівня, до яких приєдналася Україна, та оновлюється за потреби. Триває розробка матриці показників, яку планують завершити та затвердити у 2026 році. Ця система покликана посилити зобов'язання вищих посадових осіб країни, зокрема, через активізацію співпраці з національною парламентською групою з питань протидії ТБ (TB Caucus).

Водночас КМК спільно з ЦГЗ є одним із головних виконавців Комунікаційної стратегії, поширюючи передовий досвід по всій країні, у тому числі в умовах війни, що триває. КМК також займається супутньою діяльністю, наприклад, аналізом роботи параюристів для вироблення уніфікованого підходу до надання цієї послуги. Загалом діяльність КМК зосереджена на посиленні спільних підходів до профілактики, лікування та догляду в контексті трьох захворювань (ВІЛ, ТБ та малярії), враховуючи всі обставини та сприяючи налагодженню надійних міждисциплінарних зв'язків.

Попри те, що дві штатні одиниці Секретаріату КМК інтегровано до структури МОЗ з 2011 року, їх фінансування досі не включено до бюджету Міністерства на оплату праці. Це створює ризики для сталості цього механізму в разі виходу донорів.

Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна»⁷³ - це ще одна платформа, що є добровільним об'єднанням громадських, державних, міжнародних і приватних організацій. Вони спільно працюють над подоланням ТБ у країні та консоліднують позицію громадянського суспільства і спільноти, якої торкнулася проблема ТБ, залучаючи понад 75 ОГС. Партнерство підтримує ініціативи на місцевому й національному рівнях, розширює доступ до якісних медичних послуг, забезпечує соціальний захист людей, які отримують медичну допомогу у зв'язку з ТБ, та докладає зусиль для боротьби зі стигмою. Завдяки об'єднанню зусиль різних секторів, воно сприяє формуванню всеосяжної відповіді на виклики у сфері протидії ТБ, дотримуючись принципів прав людини та гендерної рівності.

⁷² <https://moz.gov.ua/uk/personalnij-sklad>

⁷³ <https://stoptb.com.ua/>

Моніторинг і оцінювання

На рівні ЦГЗ діє робоча група для нагляду за залученням ОГС та спільнот, яких торкнулася проблема ТБ, а також для забезпечення узгодженості з національними цілями за чотирма стратегічними напрямками: надання послуг; зменшення стигми та дискримінації; захист прав людини та МКСС. Загалом діяльність ОГС регулюється в межах міжсекторального підходу, порядку МПСС, укладених донорських угод та інших відповідних документів.

З огляду на важливу роль ОГС та спільнот, яких торкнулася проблема ТБ, у забезпеченні рівного доступу до медичної допомоги, зменшенні стигми, наданні підтримки вразливим групам населення, а також спільнотам, яких торкнулася проблема ТБ, вкрай важливо, щоб країна дотримувалася чітких, уніфікованих підходів і стандартів для оцінки результатів їхньої роботи. Із чотирьох індикаторів моніторингу та оцінки, рекомендованих ВООЗ/ЄРБ для оцінки діяльності та залучення ОГС⁷⁴, жоден не інтегровано до плану МіО НППТ.

ОР Глобального фонду розробляють та подають звіти щоквартально, однак ці дані використовуються переважно для моніторингу й оцінювання проєктів за донорської підтримки та не знаходять належного відображення у щорічних звітах із протидії ТБ, які готує ЦГЗ. Хоча ОР зазначають, що ці дані було б відносно легко збирати та узагальнювати, індикатори для моніторингу й оцінювання надання послуг на рівні спільнот, рекомендовані в Плані дій з боротьби з ТБ для Європейського регіону, здебільшого не використовуються для відстеження впливу діяльності ОГС в Україні.

Необхідно посилити спроможність НППТ або, за потреби, розширити її мандат і повноваження, враховуючи, що НППТ несе відповідальність за впровадження загальних заходів із протидії ТБ, а також за моніторинг та оцінку відповідності донорської підтримки, інформаційно-роз'яснювальної роботи та діяльності партнерських ОГС цілям і завданням Національної стратегії в цілому. Щорічний звіт щодо ТБ має охоплювати всі дані про заходи та діяльність, пов'язану з ТБ, включно з переліком ОГС, ключовими досягненнями та викликами всіх виконавців, а також наявні дані від інших донорів, які здійснювали втручання у сфері протидії ТБ протягом звітного періоду.

Картографування активних громадських ОГС на місцях та регулярне оновлення їх переліку, а також створення спільної бази даних бенефіціарів ОГС для моніторингу й оцінки наданих послуг та всієї діяльності, пов'язаної з ТБ (включно з правозахисними програмами та МКСС), і обсягів зовнішнього фінансування через ОГС, дасть змогу аналізувати та вимірювати вплив ініціатив, а також роль ОГС і спільноти людей, яких торкнулася проблема ТБ.

Фінансування

В умовах повномасштабної війни в Україні та гуманітарної кризи цільова участь громадянського суспільства та спільноти людей, яких торкнулася проблема ТБ, у наданні послуг із протидії ТБ, адвокації та МКСС наразі підтримується виключно за рахунок фінансування із зовнішніх джерел. Однак через зміни у глобальному ландшафті фінансування існують ризики для інфраструктури спільнот та загальної сталості фінансування. Це також визнається показником значущої участі ОГС у заходах із протидії ТБ та їхньої операційної спроможності забезпечувати стійку роботу на всіх етапах каскаду послуг з лікування ТБ.

ОГС та спільнота людей, яких торкнулася проблема ТБ, сприяють кращому ранньому виявленню випадків ТБ та підвищенню успішності лікування в регіонах своєї діяльності, зокрема, через моніторинг під керівництвом та силами спільноти. Тому необхідно й надалі підтримувати цю роботу, що довела свою ефективність, роблячи рішучий акцент на взаємодоповнюваності між системою охорони здоров'я та спільнотою.

⁷⁴ План дій щодо боротьби з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2023–2030 роки, Додаток 1. Система моніторингу та оцінки, <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/374027/9789289060400-rus.pdf>

Глобальний фонд надає вагому підтримку заходам із протидії ТБ та ВІЛ у країні, виділивши загалом 157,16 млн доларів США на грантовий цикл 2023–2025 років. В Україні діють три основні реципієнти (ОР) коштів ГФ: одна державна установа («Центр громадського здоров'я») та дві неурядові організації («Альянс громадського здоров'я» та «100% Життя»). Хоча посилення комунікації та координації є позитивними зрушеннями, існують певні виклики для НППТ у виконанні її стратегічної лідерської ролі в моніторингу загальної діяльності у сфері протидії ТБ, оскільки вона підпорядкована ЦГЗ, який водночас є одним з ОР Глобального фонду.

Зважаючи на роль ГФ як одного з основних донорів, видається неминучим, що організаційні інтереси ОР можуть впливати на процес ухвалення рішень. Враховуючи складну ситуацію в країні, національне рішення щодо кількості ОР грантів ГФ варто переглянути з метою оптимізації адміністративних ресурсів, визначення організації чи механізму, що найкраще зможе взяти на себе провідну роль у наступній програмній архітектурі Глобального фонду, а також задля досягнення максимальної ефективності, результатів та впливу на підтримку стратегічних цілей країни.

Основні досягнення та виклики

Україна досягла значного прогресу в залученні громадянського суспільства та спільнот, яких торкнулася проблема ТБ, до заходів із протидії ТБ. Грунтова нормативно-правова база надає ОГС та спільнотам чіткі повноваження як для надання послуг, так і для адвокаційної діяльності. Залучення спільнот до надання послуг офіційно врегульовано пакетом документів щодо медико-психосоціальної підтримки, де послуги адаптовані до індивідуальних потреб дорослих, дітей та ВПО та надаються за допомогою інноваційних моделей.

Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація (АКСМ) координуються в межах узгодженої рамкової програми АКСМ під керівництвом МОЗ, а громадянське суспільство та спільноти, яких торкнулася проблема ТБ, беруть активну участь у подоланні бар'єрів та посиленні державних програм. Моніторинг силами спільнот (OneImpactUkraine) широко застосовується як у містах, так і в сільській місцевості, надаючи засновані на фактичних даних відомості про потреби та вразливості в режимі реального часу, що допомагає вдосконалювати послуги та посилювати адвокацію. Розбудова спроможності ОГС підтримується завдяки навчальним заходам, що фінансуються донорами та проводяться під егідою ЦГЗ.

Проте, залишається низка невирішених питань. Декілька важливих ролей та завдань ОГС досі не повною мірою визначено в нормативно-правових актах, зокрема, щодо переддіагностичної підтримки, а також соціального супроводу та реабілітації після лікування. Це обмежує залучення громадськості до скринінгу, активного виявлення випадків захворювання та посилення амбулаторної допомоги людям, які хворіють на ТБ.

Системи моніторингу та оцінки не дозволяють систематично фіксувати обсяги та результативність послуг, що надаються ОГС: дані, які щоквартально подають ОР ГФ, використовуються переважно для нагляду за донорськими проектами та недостатньо інтегровані в національну систему звітності з питань ТБ. Значна залежність від донорського фінансування для надання послуг на рівні спільнот, проведення адвокаційної діяльності та моніторингу підзвітності з боку спільнот робить ОГС вкрай вразливими до фінансової невизначеності та створює ризики для безперервності та стійкості внеску спільнот у протидію ТБ.

Рекомендації

<i>№</i>	<i>Рекомендація</i>	<i>Термін виконання</i>	<i>Виконавець(ці)</i>
1	Визначити ролі та обов'язки ОГС та переглянути відповідне законодавство, зокрема, Закон України «Про соціальні послуги», в частині переддіагностичних	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери, ОГС

	<p>заходів, таких як активне виявлення випадків ТБ та його профілактика, відео-контрольоване лікування та амбулаторне лікування, з метою доповнення послуг ПМД.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>		
2	<p>Забезпечити пропорційне та достатнє фінансування послуг, що надаються ОГС, у межах наявних можливостей, у тому числі шляхом узгодження вартості послуг із різних джерел фінансування та застосування механізмів соціального замовлення за кошти державного бюджету в регіонах із суттєвими прогалинами в наданні послуг або дефіцитом кадрів.</p>	Короткостроковий	МОЗ, партнери
3	<p>Підтримати моніторинг протидії ТБ під керівництвом та силами спільнот (платформа OneImpact) з метою його подальшого розвитку та інтеграції з ініціативами у сферах правової грамотності, доступу до правосуддя, інформаційно-роз'яснювальною діяльністю та програмами надання послуг, передбачивши для цього цільове фінансування.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий	МОЗ, партнери
4	<p>Розробити та затвердити систему моніторингу та оцінки послуг на рівні спільнот, що включатиме відстеження рекомендованих ВООЗ індикаторів, та інтегрувати отримані результати у щорічні звіти НППТ. Створити спільну базу даних бенефіціарів ОГС для підтримки моніторингу та оцінки програм, пов'язаних із протидією ТБ та захистом прав людини.</p> <p>[Високий пріоритет]</p>	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери
5	<p>Створити сертифіковані програми безперервного навчання для ОГС, залучених до надання послуг, у рамках плану розвитку людських ресурсів НППТ. Це має включати облік людських ресурсів ОГС, а також оновлення методичних та навчальних матеріалів для посилення їхньої управлінської спроможності.</p>	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери
6	<p>Провести оцінку впливу залучення ОГС та спільнот до національних заходів із протидії ТБ, здійснити картографування місцевих ОГС та донорів, що працюють у</p>	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери

	сфері ТБ, із відповідним розподілом фінансування, а також регулярно оновлювати реєстр активних ОГС та донорів.		
7	Розглянути можливість перегляду кількості основних реципієнтів Глобального фонду та визначити організаційну структуру, що найкраще відповідатиме вимогам наступної програмної архітектури Глобального фонду, зосереджуючись на максимізації ефективності, результатів та впливу в поточному контексті. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, КМК

*

*

*

Врядування, організаційна структура та спроможність Національної програми протидії ТБ

Попри виклики воєнного часу Міністерство охорони здоров'я та національні партнери зберігають свою відданість продовженню реформ системи охорони здоров'я, включно з ухваленням законодавства та нормативно-правових актів, спрямованих на посилення стійкості та підвищення ефективності медичних послуг, зокрема, протитуберкульозної допомоги. МОЗ несе загальну відповідальність за заходи з протидії ТБ та відіграє центральну роль у координації реалізації програми з національними зацікавленими сторонами як на центральному, так і на регіональному рівнях, а також із міжнародними партнерами. Центр громадського здоров'я (ЦГЗ), створений при МОЗ у 2015 році, є провідною установою країни у сфері громадського здоров'я та контролю над захворюваннями.

Відповідно до свого Статуту, оновленого в лютому 2024 року⁷⁵, ЦГЗ відповідає за реалізацію державної політики у сфері громадського здоров'я. Його функції згруповані у 21 напрям діяльності, що включають: розробку нормативно-правових актів і стратегій у сфері громадського здоров'я та контролю над захворюваннями; епідеміологічний нагляд за інфекційними та неінфекційними захворюваннями; управління медичною статистикою; управління лікарськими засобами та медичними виробами; зміцнення здоров'я та профілактику неінфекційних захворювань (НІЗ); дослідження та інновації у громадському здоров'ї; аналіз соціальних детермінант здоров'я; координацію реагування на надзвичайні ситуації у сфері громадського здоров'я відповідно до Міжнародних медико-санітарних правил; нагляд за біобезпекою та біозахистом; контроль якості лабораторних досліджень та виконання функцій референс-лабораторії; впровадження заходів із ПІІК та АМР; діяльність у сферах метрології та сертифікації, а також інші відповідні завдання.

ЦГЗ виконує функції центрального координаційного підрозділу національних програм протидії ТБ та ВІЛ, відповідаючи за планування, впровадження, моніторинг та оцінку, інформаційні системи та інші наскрізні функції. Центр тісно співпрацює з Державною кримінально-виконавчою службою Міністерства юстиції, яка відповідає за надання послуг з протидії ТБ у пенітенціарних закладах. Практичне управління та координацію програми протидії ТБ здійснює Департамент управління програмами протидії ТБ ЦГЗ. ЦГЗ є державним основним реципієнтом грантів Глобального фонду для боротьби з ТБ та ВІЛ, поряд із двома неурядовими основними реципієнтами (БО «Альянс громадського здоров'я» та БО «100 ВІДСОТКІВ ЖИТТЯ»).

З липня 2021 року в усіх областях функціонують центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ). Підпорядковані МОЗ та уповноважені відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я»⁷⁶ від 2022 року, ЦКПХ відповідають за епідеміологічний нагляд та реагування на інфекційні хвороби, профілактику неінфекційних захворювань, біобезпеку та біозахист, імунпрофілактику, зміцнення здоров'я, контроль за АМР та готовність до надзвичайних ситуацій. Їхня роль у сфері протидії ТБ суттєво зросла, що проявляється в посиленій співпраці між ЦКПХ, ЦГЗ та регіональними протитуберкульозними закладами у таких напрямках: епідеміологічний аналіз, заходи з інфекційного контролю та профілактики, відстеження контактів, розслідування спалахів, підвищення обізнаності та інформування населення про ТБ, участь у роботі регіональних координаційних рад з питань ТБ/ВІЛ, а також проведення спільних візитів з моніторингу/нагляду у межах НППТ у відповідних регіонах.

З часу проведення Огляду програми протидії ТБ у 2022 році Україна впровадила важливі реформи у сфері надання спеціалізованої протитуберкульозної допомоги. Закон України «Про

⁷⁵ Наказ МОЗ України від 09.02.2024 року № 224 «Про затвердження Статуту Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (нова редакція); <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukraini-vid-09022024--224-pro-zatverdzhennja-statutu-derzhavnoi-ustanovi-centr-gromadskogo-zdorovja-ministerstva-ohoroni-zdorovja-ukraini-nova-redakcija>

⁷⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/2573-20#Text>

подолання туберкульозу в Україні»⁷⁷ (чинний з лютого 2024 року) визначає регіональний фтизіопульмонологічний центр як єдиний заклад, відповідальний за координацію та надання протитуберкульозної допомоги у своєму регіоні, що надає діагностичні та лікувальні послуги дорослим і дітям в амбулаторних та стаціонарних умовах на підставі договору про медичне обслуговування населення (стаття 1.11).

Структурні реформи було впроваджено шляхом об'єднання медичних закладів, і станом на 1 січня 2025 року мережа протитуберкульозних закладів у системі МОЗ складалася з⁷⁸:

- 9 окремих регіональних *фтизіопульмонологічних центрів* (у Вінницькій, Донецькій, Житомирській, Львівській, Тернопільській, Харківській, Хмельницькій, Черкаській областях та м. Києві);
- 8 *фтизіопульмонологічних центрів, об'єднаних з інфекційними або багатoproфільними лікарнями* (у Волинській, Закарпатській, Запорізькій, Івано-Франківській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Чернігівській областях);
- 8 *фтизіопульмонологічних центрів, об'єднаних із центрами з профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом* (у Дніпропетровській, Київській, Кіровоградській, Луганській, Одеській, Полтавській, Херсонській, Чернівецькій областях).

Оптимізація протитуберкульозних закладів спрямована на підвищення ефективності, якості медичної допомоги, інтеграції послуг та на підтримку переходу до людиноорієнтованих моделей надання допомоги в амбулаторних умовах та на рівні громад. Загальна кількість лікарняних ліжок для лікування ТБ зменшилася з 2898 у 2023 році до 2477 у 2024 році (на 14,5%). Порівняно з 2020 роком, коли було 6494 ліжка, стаціонарні потужності скоротилися на 61,9% (у 2,6 рази).

У 2024 році середня тривалість перебування (СТП) у стаціонарі для всіх пацієнтів із ТБ становила 41,6 дня, що на 10,0% менше, ніж у 2023 році (46,2 дня). Для дорослих цей показник скоротився на 9,9% (з 45,7 до 41,2 дня), тоді як середня тривалість госпіталізації дітей зменшилася незначно (з 65,5 до 63,7 дня) через вплив тривалих термінів лікування у прифронтових регіонах, таких як Запорізька область (139,0 дня).

Варто зазначити, що, попри нещодавнє скорочення потужність стаціонарного фонду для лікування ТБ залишається значно надлишковою порівняно з епідеміологічними тенденціями, прогресом у впровадженні ефективних режимів лікування та наявністю амбулаторних моделей ведення випадків ТБ. У 2024 році загальнонаціональний показник завантаженості протитуберкульозних ліжок становив приблизно 50%, а для дитячих ліжок – лише 25%. Майбутнє планування оптимальної стаціонарної потужності має включати консультації між національними установами та експертами й ураховувати численні аспекти, зокрема, механізми оплати лікарняних послуг, а також необхідність підтримувати резервний ліжковий фонд для госпіталізації пацієнтів з іншими захворюваннями та для забезпечення готовності до потенційних майбутніх респіраторних пандемій.

Впровадження людиноорієнтованих підходів, розширення масштабів амбулаторного лікування та посилення залучення первинної медичної допомоги є пріоритетними напрямками роботи Міністерства охорони здоров'я та НППТ. Ключовим завданням «*Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки та затвердження операційного плану заходів з її реалізації*», схваленої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 року⁷⁹ № 726-р, є перехід до інтегрованої, людиноорієнтованої моделі надання послуг з протидії ТБ. Цього необхідно досягти шляхом посилення функцій та механізмів

⁷⁷ Закон України від 14 липня 2023 року № 3269-ІХ «Про подолання туберкульозу в Україні»; <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#Text>

⁷⁸ Примітка: загальна кількість протитуберкульозних закладів становила 29, оскільки процес об'єднання ще не завершено в Харківській та Миколаївській областях, де налічується 4 та 2 заклади відповідно; <https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Довідник%202024.pdf>

⁷⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/726-2024-%D1%80#Text>

взаємодії між різними суб'єктами системи охорони здоров'я (надавачами ПМД, регіональними фізіопульмонологічними центрами, ЦКПХ, органами місцевого самоврядування та громадянським суспільством).

Забезпечення доступу до амбулаторного лікування з першого дня є складовою Операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках «Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року», схваленого розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 року⁸⁰ №564-р, цільовий показник якого на 2024 рік становить 65%. Заклади та фахівці ПМД відіграють особливо важливу роль у впровадженні цієї моделі та практичній реалізації концепцій людиноорієнтованості та інтегрованої допомоги.

Для сприяння реалізації зазначених вище стратегічних напрямів протягом останніх трьох років в Україні було ухвалено низку важливих нормативно-правових актів, зокрема:

- зміни (квітень 2024 року) до наказу МОЗ від 16 лютого 2022 року № 302 «Про затвердження Порядку організації виявлення та діагностики туберкульозу та латентної туберкульозної інфекції»⁸¹;
- наказ МОЗ від 19 січня 2024 року № 102 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги “Туберкульоз”»⁸²;
- наказ МОЗ від 16 листопада 2024 року № 1923 «Про затвердження Порядку надання послуг з амбулаторного лікування осіб із захворюванням на туберкульоз у закладах первинної медичної допомоги»⁸³;
- зміни (листопад 2024 року, січень 2025 року та серпень 2025 року) до наказу МОЗ від 19 березня 2018 року № 504 «Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги».⁸⁴

Варто наголосити, що попри надзвичайні виклики, спричинені повномасштабною війною, Україна і далі розширює застосування людиноорієнтованих підходів у наданні протитуберкульозної допомоги, зокрема, впроваджує переважно амбулаторну модель лікування. За даними ЦГЗ у 2024 році частка людей, які хворіли на ТБ та отримували лікування амбулаторно з моменту його призначення, сягнула 70% у масштабах країни. Таким чином, було досягнуто й перевищено національний цільовий показник у 65%, причому 18 областей продемонстрували вищі результати (п'ять із них зафіксували показники на рівні понад 80%). Водночас НППТ вбачає можливості для подальшого вдосконалення, зокрема, через розгортання цифрових інструментів контролю прихильності до лікування: у 2024 році лише близько половини пацієнтів отримували такий вид підтримки.

Потенціал ПМД досі використовується не повною мірою. За даними ЦГЗ моніторингові візити в регіони виявляють неповне виконання працівниками ПМД покладених на них обов'язків та нормативних вимог. Це часто включає неподання (або значні затримки в поданні) належної звітної інформації про діяльність у групах підвищеного ризику щодо ТБ, зокрема, щодо систематичного скринінгу на активний ТБ, діагностики ЛТБІ та призначення профілактичного лікування ТБ. Виявлення та обстеження груп ризику щодо ТБ лікарями ПМД часто є субоптимальними та недостатньо скоординованими, через що звітні дані щодо цих груп є ненадійними.

Керівництво закладів ПМД не завжди отримує від уповноважених співробітників необхідну аналітичну інформацію для прийняття управлінських рішень. Як наслідок, прогрес у розширенні ролі та підвищенні ефективності мультидисциплінарних команд (МДК) в організації та супроводі

⁸⁰ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-%D1%80#Text>

⁸¹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0366-22#Text>

⁸² <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1813-24#Text>

⁸³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1813-24#Text>

⁸⁴ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#n19>

амбулаторного лікування ТБ є повільним, а в практиках надання допомоги на різних територіях існують значні відмінності. Крім того, НППТ вказує на брак мотивації закладів ПМД брати на себе функцію амбулаторного лікування ТБ, оскільки вона залишається необов'язковою: для цього закладам ПМД необхідно укласти додатковий договір з НСЗУ, а рівень оплати є недостатнім для стимулювання їхньої залученості. Необхідне подальше формування доказової бази на місцевому рівні та адвокація, щоб зробити лікування ТБ обов'язковою функцією в межах ПМД, можливо, із запровадженням спеціальних стимулів за роботу з групами ризику під час перегляду програми у 2026 році.

За даними ключових респондентів, залучених до Огляду, багато закладів загальної медичної мережі використовують застаріле рентгенівське обладнання, а технічне обслуговування та ремонт апаратури залишаються серйозною проблемою. Значний дефіцит кадрів у радіологічній службі (включно з відтоком лікарів-чоловіків) поглиблює затримки з діагностикою.

Важливою інноваційною розробкою є флагманська ініціатива «Громада, вільна від туберкульозу», спрямована на покращення доступності та безперервності медичної допомоги через зміцнення децентралізованого, людиноорієнтованого надання послуг на рівні громад. Це сприяє підвищенню якості послуг та рівня задоволеності пацієнтів і медичного персоналу. Наразі ініціатива реалізується приблизно в 30 громадах і формалізує співпрацю через Меморандуми про взаєморозуміння між регіональними фтизіопульмонологічними центрами, закладами ПМД та органами місцевого самоврядування. Громади зі своїх бюджетів співфінансують соціальний супровід, транспортні послуги та заохочення для пацієнтів. У 20 областях працюють мобільні діагностичні комплекси для виявлення ТБ, ВІЛ і гепатитів. Ці комплекси використовують транспортні засоби, оснащені портативними рентген-апаратами та приладами GeneXpert.

Попри безпекові ризики, дефіцит кадрів та обмежене фінансування в умовах воєнного стану НППТ і далі здійснює діяльність з моніторингу та нагляду. Команди з ЦГЗ на центральному рівні проводять щорічні візити з моніторингу/нагляду до кожної області, а також додаткові візити до пріоритетних регіонів, особливо у прифронтових зонах. Ці візити, що проводяться за фінансової підтримки Глобального фонду та за участі співробітників ЦГЗ і обласних ЦКПХ, включають наставництво на місцях, подальшу оцінку та верифікацію коригувальних заходів. Хоча нагляд залишається систематичним, тривалі бойові дії, обмеженість ресурсів та високе робоче навантаження можуть спричинити затримки порівняно із запланованими графіками та сповільнювати виконання рекомендацій. Чинний штатний розпис відділу ЦГЗ з питань ТБ (лише 6 штатних одиниць, з яких 5 зайняті) вважається недостатнім з огляду на значний, і в багатьох випадках зростаючий, обсяг та складність роботи на центральному рівні НППТ, зокрема, у сферах моніторингу та оцінювання програми й регіонального нагляду.

Заходи з навчання та розбудови потенціалу переважно перейшли в онлайн-формат: ЦГЗ координує масштабні онлайн-курси⁸⁵, національні вебінари та курси змішаного формату. Завдяки цим платформам тисячі медичних працівників змогли отримати акредитовані кредити, що допомогло підтримувати фаховий потенціал попри обмеження на пересування та безпекові виклики. Рівень залученості залишається високим, що забезпечує подальше зміцнення ключових компетенцій у сфері протидії ТБ серед фахівців. Водночас організація практичних тренінгів, заснованих на розборі клінічних випадків, ускладнена через обмеження на поїздки та, часто, недостатнє фінансування, хоча такі курси залишаються корисними, особливо для лікарів-фтизіатрів-початківців та лаборантів.

Також поглибилася співпраця з Національним інститутом фтизіатрії і пульмонології (НІФП). Наразі Інститут уклав договір з НСЗУ на надання пакетів послуг з лікування ТБ, звітує про надані послуги перед МОЗ та тісно співпрацює з ЦГЗ, хоча періодично трапляються затримки в обміні даними.

⁸⁵ <https://portal.phc.org.ua/en/>

Фахівці НІФП беруть активну участь у розробці настанов, робочих групах у рамках НППТ та в операційних дослідженнях.

Насамкінець, Україна продемонструвала рішучу політичну волю та зберегла міцну організаційну основу для протидії ТБ попри кризи воєнного часу. Комплексна нормативно-правова база, що включає новий Закон про протидію ТБ та національні стратегії, забезпечує безперервність надання послуг і узгодженість політики. Регіональні фтизіопульмонологічні центри функціонують у всіх областях за договорами з НСЗУ, підтримуючи скоординований перехід до амбулаторної, людинуорієнтованої допомоги, причому понад дві третини пацієнтів розпочинають лікування в амбулаторних умовах. Ініціативи на рівні спільнот та мобільні діагностичні бригади розширили доступ до послуг, а посилення ролі обласних ЦКПХ зміцнило епідеміологічний нагляд, відстеження контактів та міжсекторальну співпрацю. Системи моніторингу та нагляду залишаються функціональними, а масштабні навчальні онлайн-платформи дозволили підтримувати компетенції медичних працівників.

Проте серйозні виклики залишаються. Війна, що триває, і далі порушує надання послуг, перешкоджає доступу до них та руйнує критично важливу інфраструктуру, включно із протитуберкульозними закладами. Інтеграція послуг з протидії ТБ в первинну медичну допомогу залишається неповною через обмежені стимули для залучення закладів ПМД та нерівномірне впровадження інноваційних практик, таких як цифрові засоби контролю за прийомом ліків. Дефіцит кадрів, наприклад, у сфері радіології, обмежує спроможність системи ефективно надавати послуги. Безпекові обмеження та недостатнє фінансування перешкоджають своєчасному нагляду та впровадженню коригувальних заходів.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Посилити залучення ПМД та амбулаторне лікування ТБ шляхом визначення амбулаторної допомоги людям, які хворіють на ТБ, як обов'язкової функції ПМД у межах пакетів послуг НСЗУ та перегляду механізмів оплати праці надавачів послуг для впровадження стимулів, орієнтованих на результат, зокрема, і для профілактичних послуг. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ – за технічної підтримки ВООЗ та партнерів
2	Підтримати стратегічну співпрацю з Глобальним фондом та іншими зовнішніми партнерами, провести заходи з визначення пріоритетів та включити визначені пріоритети до заявки до ГФ на 2026 рік для забезпечення безперервності фінансування та безперебійного доступу до життєво важливих послуг. [Високий пріоритет]	Короткостроковий, середньостроковий	КМК, МОЗ, ЦГЗ, ОГС, ВООЗ, Партнерство «Зупинимо туберкульоз» / GDF та інші зовнішні партнери
3	Забезпечити сталу підтримку моніторингу програми та супровідного нагляду, що надається фахівцями на центральному та регіональному рівнях, включно із	Короткостроковий, середньостроковий	ЦГЗ

	забезпеченням належного фінансування в наступному циклі фінансування ГФ. [Високий пріоритет]		
4	Включити основні функції НППТ (моніторинг і оцінювання, розбудова потенціалу, безперервний професійний розвиток) до національного бюджету з доповненням донорським фінансуванням, а також підтримати і далі розвивати дистанційні та змішані моделі навчання. [Високий пріоритет]	Короткостроковий, на постійній основі	МОЗ, ЦГЗ, обласні фтизіопульмонологічні центри, зовнішні партнери
5	Підвищити операційну спроможність відділу контролю ТБ у Центрі громадського здоров'я шляхом збільшення штату та виділення цільового фінансування на пріоритетні функції, такі як нагляд за програмою, моніторинг і оцінювання. [Високий пріоритет]	Короткостроковий, середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ
6	Зміцнити потенціал рентгенологічного скринінгу на периферичному рівні надання послуг шляхом розширення використання мобільних та ультрапортативних рентгенівських систем, оснащених САД/ШІ, забезпечити донорське та поступово зростаюче внутрішнє фінансування для їх закупівлі, обслуговування та навчання персоналу, з пріоритетом для розгортання на рівні ПМД у регіонах з обмеженим доступом до послуг. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ, департаменти/ управління охорони здоров'я ОДА, ГФ та інші зовнішні партнери
7	Поліпшити внутрішньосекторальну та міжсекторальну координацію шляхом зміцнення механізмів, що пов'язують ЦГЗ, НСЗУ, обласні ЦКПХ та інші відповідні органи, для узгодження планування, потоків даних і використання ресурсів, а також шляхом посилення співпраці з іншими міністерствами та місцевими соціальними службами для покращення соціальної підтримки, надання протитуберкульозної допомоги в пенітенціарній системі та реінтеграції після лікування.	На постійній основі	МОЗ, НСЗУ, ЦГЗ, департаменти/ управління охорони здоров'я ОДА, обласні ЦКПХ, Мінсоцполітики, Мін'юст, органи місцевого самоврядування, ОГС

*

*

*

Загальне охоплення послугами охорони здоров'я та фінансування послуг у сфері протидії ТБ

ЗОПОЗ та відповідні політики у сфері протидії ТБ

ВООЗ визначає загальне охоплення послугами охорони здоров'я (ЗОПОЗ) як можливість для всіх людей отримувати доступ до повного спектра якісних медичних послуг тоді й там, де вони їх потребують, не зазнаючи при цьому фінансових труднощів. Прогрес у досягненні ЗОПОЗ вимірюється за індикатором 3.8.1 Цілей сталого розвитку ООН (ЦСР) – Індексом охоплення послугами (ІОП), який оцінює середнє охоплення основними послугами на основі індикаторних втручань, спроможності системи та доступу до послуг серед населення загалом та його вразливих груп.⁸⁶

У глобальному вимірі ІОП ЗОПОЗ (з поправкою на чисельність населення) зріс із середнього значення 54 (зі 100) у 2000 році до 71 у 2023 році. За той самий період, за оцінками ВООЗ, ІОП в Україні збільшився з 70 до 80 (Таблиця 8). Цей показник є співставним із середніми показниками для країн Європейського регіону ВООЗ (82) та групи країн із доходом вище середнього (81), до якої належить Україна⁸⁷. Варто зазначити, що розрахунковий рівень субіндексу охоплення послугами з лікування інфекційних захворювань в Україні у 2023 році становив 97, що відповідає середньому показнику для Європейського регіону ВООЗ та є вищим за показники для групи країн із доходом вищим за середній за класифікацією Світового банку (94) та середньосвітової показник (76).

Таблиця 8. Індекс охоплення послугами ЗОПОЗ, 2000–2023 роки

Країна / Група	2000	2005	2010	2015	2020	2021	2022	2023
Україна	70	74	76	78	79	79	79	80
Європейський регіон ВООЗ	72	75	78	80	81	82	82	82
Країни з доходом вищим за середній	69	70	74	78	81	82	81	81
Середній світовий показник	54	57	63	68	70	70	71	71

Джерело: Всесвітня обсерваторія охорони здоров'я, ВООЗ⁸⁸

Політика у сфері охоплення медичними послугами регулюється Конституцією України: стаття 49 проголошує, що «кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування» і що «Держава створює умови для ефективного і доступного для всіх громадян медичного обслуговування. У державних і комунальних закладах охорони здоров'я медична допомога надається безоплатно».⁸⁹ Однак на практиці виконання цього завдання виявилось надзвичайно складним, і, як наслідок, доступ до медичної допомоги був імпліцитно обмежений і значною мірою залежав від прямих платежів (витрат із власної кишені, ВВК) пацієнтів. Згідно з останньою оцінкою ВООЗ (за 2021 рік) ВВК в Україні становили 45,3% від загальних поточних витрат на охорону здоров'я (ПВОЗ).

Найновіше внутрішнє дослідження щодо охоплення послугами та фінансового захисту було опубліковане Європейським регіональним бюро ВООЗ (Барселонський офіс із питань фінансування систем охорони здоров'я) у 2023 році⁹⁰; проте воно оперувало даними обстежень бюджетів домогосподарств за період з 2009 по 2021 рік, тобто до початку повномасштабної

⁸⁶ Глобальна обсерваторія охорони здоров'я, ВООЗ; <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>; дата звернення: 23.12. 2024 року.

⁸⁷ <https://blogs.worldbank.org/en/opendata/world-bank-country-classifications-by-income-level-for-2024-2025>

⁸⁸ <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>; дата звернення: 6 грудня 2025 року.

⁸⁹ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/en/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text>

⁹⁰ *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Ukraine 2023*. WHO Regional Office for Europe (2023) (Чи можуть люди дозволити собі платити за медичну допомогу? Нові дані про фінансовий захист в Україні, 2023. / Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2023); <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/82defc63-1f22-4083-8986-2ce2e0c436c6/content>

війни. Основні висновки полягали в тому, що у 2021 році 11% домогосподарств збідніли або ще більше збідніли через ВВК, а 17% домогосподарств (близько 2,5 мільйона) зіткнулися з катастрофічними витратами на охорону здоров'я (у найбіднішому квінтілі – майже 2 мільйони домогосподарств, або 64%). Катастрофічні витрати були спричинені переважно оплатою стаціонарних послуг та лікарських засобів: у 2021 році на стаціонарну допомогу припадало 44% катастрофічних витрат на здоров'я, а на медикаменти – 43%.

Право на медичну допомогу, що фінансується за державний кошт, ґрунтується на громадянстві та наявності посвідки на постійне проживання. Водночас внутрішньо переміщені особи мають право на аналогічний обсяг медичних послуг, однак можуть стикатися з адміністративними перешкодами в доступі до них. Розширення програми «Доступні ліки» (ПДЛ) з 2017 року та Програми медичних гарантій (ПМГ) з 2018 року стало важливою спробою чітко пов'язати обсяг послуг, що фінансуються державою, з потребами населення в охороні здоров'я та наявними ресурсами. Проте ПДЛ охоплює обмежений перелік захворювань/станів, через що покриття вартості амбулаторних лікарських засобів залишається недостатнім. Офіційні платежі пацієнтів (співоплата) застосовуються лише до рецептурних препаратів, що входять до ПДЛ. Водночас визнається, що неформальні платежі медичним працівникам залишаються поширеним явищем, особливо в лікарняних закладах.⁹¹

Для досягнення прогресу на шляху до ЗОПОЗ та подолання наявних викликів у сферах охоплення, доступу та якості медичних послуг, зокрема, й у протидії ТБ, Уряд України протягом останніх трьох років здійснив низку важливих кроків. Нижче наведено стислий огляд ключових змін, що відбулися після попереднього Огляду програми протидії ТБ, проведеного наприкінці 2022 року. Було розроблено та ухвалено такі основні законодавчі й нормативно-правові акти:

- *Стратегію розвитку системи охорони здоров'я до 2030 року* (далі – Стратегія) схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 17 січня 2025 року № 34-р разом з Операційним планом її реалізації на 2025–2027 роки.⁹²

Стратегія підтверджує відданість України принципам ЗОПОЗ і закладає загальносистемну основу для посилення заходів з протидії ТБ. Її ключові цілі – розширення доступу до якісних послуг, зміцнення ПМД, модернізація маршрутів пацієнтів та скорочення катастрофічних витрат на охорону здоров'я – сприяють ранньому виявленню ТБ, інтегрованому веденню випадків захворювання та безперервності надання допомоги.

Стратегія сприяє рівноправному доступу, вимагаючи створення безбар'єрного середовища для надання послуг у віддалених, сільських, деокупованих та пенітенціарних установах, а також для ВПО та інших уразливих груп населення, на які припадає непропорційно високий тягар ТБ. Інвестиції в епідеміологічний нагляд, лабораторні мережі, контроль за ПДЛ, готовність до надзвичайних ситуацій, психічне здоров'я, реабілітацію та цифрові системи спрямовані на усунення структурних перешкод, які історично погіршували результати лікування ТБ.

Стратегія визначає пріоритетом фінансовий захист населення шляхом посилення державних фінансових гарантій, удосконалення закупівель і забезпечення наявності ліків, а також зниження ВВК, включно з неформальними платежами. Завдяки акценту на залученні громадянського суспільства, пацієнтоорієнтованості та міжсекторальній

⁹¹ Shuftan N, Eriksen A, Aregay A, Cairns D, Kasyanchuk S, Richardson E (2025). *Health Systems in Action (HSIA) Insights – Ukraine, 2024*. European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe (Шуфтан Н., Еріксен А., Арегай А., Кернс Д., Касянчук С., Річардсон Е. (2025). *Аналітичний огляд «Системи охорони здоров'я в дії» (HSIA) – Україна, 2024*. Європейська обсерваторія з систем та політики охорони здоров'я, Європейське регіональне бюро ВООЗ); <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/eeb2d702-6a98-4375-a119-dbe7214fc581/content>

⁹² <https://healthstrategy2030.com.ua/en/strategy>

взаємодії, протидія ТБ позиціонується як невід’ємна складова ширшої реформи системи охорони здоров’я.

- Закон України № 3269-ІХ від 14 липня 2023 року «Про подолання туберкульозу в Україні»⁹³.

Закон, що набув чинності у лютому 2024 року, запроваджує сучасну систему протидії ТБ, яка узгоджується з принципами ЗОПОЗ та ґрунтується на дотриманні прав людини. Він гарантує, що профілактика, діагностика, лікування та реабілітація у зв’язку з ТБ є безоплатними в межах програми державних фінансових гарантій та доступними для всіх людей в Україні. Послуги з протидії ТБ мають надаватися на всіх рівнях медичної допомоги – первинному, амбулаторному та стаціонарному спеціалізованому, а також у пенітенціарних установах. Ця система підтримується стандартизованою трирівневою мережею лабораторій, вимогами інфекційного контролю та застосуванням телемедицини.

Закон закріплює справедливість та фінансовий захист як зобов’язання держави: безоплатне надання протитуберкульозних препаратів (включно з лікуванням побічних реакцій), стаціонарна допомога та профілактичне лікування для груп ризику мають повністю фінансуватися з державних бюджетів. Він забезпечує соціальний захист через надання подовженої оплачуваної відпустки у зв’язку з тимчасовою непрацездатністю зі збереженням робочого місця, заборону звільнення через захворювання на ТБ та посилений захист для медичних працівників, які надають відповідні послуги.

Закон заохочує органи місцевого самоврядування надавати додаткову підтримку, а також офіційно визнає роль організацій громадянського суспільства та громадських організацій у забезпеченні прихильності до лікування, наданні психосоціальної допомоги та правової підтримки, що є вкрай важливим для вразливих груп населення, таких як особи, позбавлені волі, діти та інші ключові групи. Закон впроваджує принципи ЗОПОЗ, визначаючи протидію ТБ як багатосекторальну відповідальність держави, що охоплює сфери охорони здоров’я, соціального захисту, освіти, пенітенціарну систему та інші сектори.

- *Національна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам в Україні на період до 2030 року*⁹⁴ реалізується через трирічні плани заходів. Чинним із них є *План заходів на 2024–2026 роки*, схвалений розпорядженням Кабінету Міністрів України від 18 червня 2024 року № 564-р.⁹⁵

Стратегія та план заходів з її реалізації зобов’язують надавати доступні, якісні та основні послуги з протидії ТБ (профілактика, діагностика, лікування, догляд і підтримка) в межах програми державних гарантій медичного обслуговування населення, що повністю відповідає принципам ЗОПОЗ. У цих документах пріоритетна увага приділяється ключовим та вразливим групам населення, яких торкнулася проблема ТБ, ВІЛ та гепатитів (наприклад, людям, які вживають ін’єкційні наркотики, особам, позбавленим волі, соціально незахищеним групам), з акцентом на підході, що ґрунтується на правах людини та орієнтований на пацієнта.

Завдяки інтеграції послуг з протидії ТБ, ВІЛ та гепатитам у єдину національну систему, Стратегія зменшує фрагментацію та покращує безперервність надання послуг для людей із супутніми захворюваннями чи множинними факторами вразливості. План заходів

⁹³ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3269-20#Text>

⁹⁴ <https://www.globalhep.org/sites/default/files/content/resource/files/2023-06/UKR-112850.pdf>

⁹⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/564-2024-%D1%80#Text>

розширює доступ до послуг шляхом удосконалення діагностики, підвищення якості лікування та охоплення населення з обмеженим доступом.

Успішне виконання Плану на 2024–2026 роки сприятиме подальшій інтеграції послуг з протидії ТБ у державні механізми фінансування та зміцнить стійкість системи надання цих послуг в умовах війни, переміщення населення та економічних труднощів.

Останні зміни у державній політиці свідчать про явний прогрес у розширенні доступу до послуг та посиленні фінансового захисту населення, адже питання протидії ТБ дедалі активніше інтегрується в загальну концепцію ЗОПОЗ. Ухвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я та нового Закону про протидію ТБ чіткіше визначило права пацієнтів та створило нормативну базу для подолання фінансових бар'єрів, розширення охоплення послугами та зміцнення засад для надання справедливої й орієнтованої на потреби людини протитуберкульозної допомоги на всіх рівнях системи.

З іншого боку, значні власні витрати з кишені пацієнтів та поширені неофіційні платежі продовжують підривати фінансовий захист, особливо для соціально вразливих домогосподарств. Покриття вартості амбулаторних лікарських засобів залишається обмеженим. На стійкість системи і далі впливають спричинені війною збої, нерівномірна доступність послуг та суттєві прогалини в доступі до медичної допомоги, її якості та безперервності. Попри тверді політичні зобов'язання, ефективне впровадження, стає фінансування та повноцінна реалізація нових нормативних актів залишаються критично важливими для досягнення ЗОПОЗ у сфері протидії ТБ.

Фінансування послуг у сфері протидії ТБ

У 2021 році (останній рік, за який наявні міжнародно порівнянні дані) видатки України на охорону здоров'я на душу населення перевищували середній показник для країн з рівнем доходу нижче середнього в Європейському регіоні ВООЗ, однак залишалися нижчими за середній показник по регіону.⁹⁶ Поточні видатки на охорону здоров'я як відсоток від ВВП зросли з 7,1% у 2019 році до 8,2% у 2021 році. При цьому 47,9% від загального обсягу витрат на охорону здоров'я надходили з приватних джерел, переважно у формі ВВК. Частка бюджету охорони здоров'я в загальній структурі державних видатків збільшилася з 7,7% у 2019 році до 10,6% у 2021 році, що становить 4,3% від ВВП.⁹⁷

Протягом останніх років Україна впровадила суттєві реформи у сфері фінансування охорони здоров'я, що розпочалися з ухвалення у 2017 році Закону «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення». Створення у 2018 році Національної служби здоров'я України (НСЗУ) як єдиного національного закупівельника медичних послуг уможливило стратегічні закупівлі та запровадження сучасних механізмів оплати⁹⁸. НСЗУ укладає договори з державними та приватними надавачами медичних послуг і відповідає за реалізацію програми «Доступні ліки» (ПДЛ) та Програми медичних гарантій (ПМГ). ПМГ складається з пакетів послуг, що охоплюють лікування конкретних захворювань (наприклад, ТБ, ВІЛ) або ширші категорії медичної допомоги (як-от первинна, екстрена та паліативна допомога). Кількість пакетів послуг зросла з 33 у 2020 році до 44 у 2025 році.⁹⁹

До 2022 року зведений бюджет України на охорону здоров'я демонстрував значне зростання, збільшившись удвічі – зі 102,0 млрд грн у 2017 році до 203,6 млрд грн у 2021 році. Попри серйозні

⁹⁶ Системи охорони здоров'я в дії: Україна, 2024. Європейське регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я та Європейська обсерваторія систем та політики охорони здоров'я.

⁹⁷ Глобальна база даних ВООЗ про витрати на охорону здоров'я, <https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>; дата звернення: 14 вересня 2025 року.

⁹⁸ Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19 жовтня 2017 року. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19?lang=en#Text>

⁹⁹ Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій 2025.

фінансові виклики, що постали з 2022 року, державна підтримка сектору охорони здоров'я залишається на високому рівні (**Помилка! Джерело посилання не знайдено.**).

Таблиця 9. Зведений бюджет на охорону здоров'я в Україні, 2022–2026 роки (млрд грн)*

	2022	2023	2024	2025	2026
Фінансування сфери охорони здоров'я з державного бюджету	184,3	179,3	201,4	217,0	258,0

2022-2024 роки – виконаний бюджет, 2025 рік – затверджений бюджет, 2026 рік – план.

Джерело: Міністерство фінансів України, <https://mof.gov.ua/uk/state-budget>

Варто зазначити, що будь-які порівняння державних бюджетних асигнувань на сферу охорони здоров'я в Україні до та після 2022 року необхідно інтерпретувати з обережністю. Це зумовлено значними змінами чисельності населення та територіального охоплення послугами, спричиненими війною.

Загалом в Україні на національному та субнаціональному рівнях діють надійні системи управління державними фінансами, що демонструють високі показники виконання бюджету у сфері охорони здоров'я.¹⁰⁰ Видатки центрального бюджету на ПМГ спрямовуються через єдину бюджетну програму, якою керує НСЗУ. У 2024–2025 роках ці видатки становлять приблизно 75–80 % від загальних державних видатків на охорону здоров'я. Міністерство охорони здоров'я безпосередньо управляє частиною бюджету, призначеною для громадського здоров'я та національних програм, тоді як обласні та місцеві органи влади надають додаткове фінансування для покриття комунальних послуг, а також для капітальних інвестицій чи поточного утримання закладів, що перебувають у їхній власності.

Як зазначено в огляді НППТ за 2022 рік, фінансування протитуберкульозних послуг залишається частково фрагментованим: органи місцевого самоврядування співфінансують медичні заклади, а протитуберкульозні послуги в пенітенціарній системі фінансувалися на основі ресурсного забезпечення з бюджету Міністерства юстиції. Позитивною сучасною зміною є те, що з 2025 року НСЗУ укладатиме договір з Інститутом фізіотерапії і пульмонології Національної академії медичних наук України та здійснюватиме його фінансування.

Згідно з даними профілю країни ВООЗ щодо ТБ, загальний обсяг фінансування протитуберкульозних заходів в Україні у 2023 році становив 82 мільйони доларів США, з яких 57% було забезпечено за рахунок внутрішніх джерел (порівняно із середнім показником 96% для Європейського регіону ВООЗ), а 43% - за рахунок міжнародного фінансування¹⁰¹. Дані, надані країною до Глобальної бази даних ВООЗ з ТБ за 2021–2024 роки, дають більш повне уявлення про фінансування програми протидії ТБ (**Таблиця 10**).

Таблиця 10. Фінансування Національної програми протидії ТБ в Україні у 2021–2024 роках

(млн дол. США)

Джерело фінансування	2021		2022		2023		2024	
	Заплановано	Отримано	Заплановано	Отримано	Заплановано	Отримано	Заплановано	Отримано
Внутрішні джерела (включно з позиками)	65,7	77,8	113,8	49,7	38,1	46,7	49,4	33,4
Глобальний фонд	40,6	12,7	27,9	44,5	37,7	24,8	25,8	15,0

¹⁰⁰ Виконання бюджету у сфері охорони здоров'я. Тематичне дослідження: Україна (неопубліковано), 2022.

¹⁰¹ Всесвітня організація охорони здоров'я. Профіль захворюваності на туберкульоз: Україна, 2023. Дата звернення: 16 жовтня 2025 року.

Агентство США з міжнародного розвитку	6,8	0,5	0,4	8,5	9,0	9,8	10,9	4,3
Інші джерела	-	-	-	1,0	0,8	0,8	-	0,1
УСЬОГО	113,1	91,0	142,1	103,7	85,6	82,1	86,1	52,8

Джерело: Дані Центру громадського здоров'я для Глобальної бази даних ВООЗ з ТБ.

Протягом 2021-2024 років внутрішнє фінансування становило 63,4% від фактичного фінансування заходів протидії ТБ, тоді як зовнішні донори – переважно Глобальний фонд – забезпечили 36,6%. Таблиця також свідчить про скорочення загального обсягу фінансування після 2022 року, що призвело до більш обмежених фінансових умов для НППТ.

Наразі послуги з лікування ТБ включені до ПМГ у рамках двох пакетів послуг:

- діагностика та лікування дорослих і дітей, які хворіють на ТБ, в амбулаторних та стаціонарних умовах;
- пакет первинної медичної допомоги, який з 2021 року включає «Супровід та лікування дорослих і дітей, які хворіють на ТБ, на рівні первинної медичної допомоги».

Механізм фінансування стаціонарної допомоги, зокрема, протитуберкульозних лікарень, змінився з постатейного бюджетування на оплату за пролікований випадок. Спеціалізовані протитуберкульозні заклади отримують пакетні платежі на основі фіксованої капітаційної ставки на одного пацієнта, що покриває як амбулаторні, так і стаціонарні послуги. Базовий тариф на лікування чутливого до препаратів ТБ зріс з 20,7 тис. грн у 2020 році до 40,3 тис. грн у 2021 році та 49,6 тис. грн у 2025 році¹⁰². Для випадків лікарсько-стійкого ТБ застосовується коефіцієнт 1,4. Тарифи на стаціонарні послуги з лікування ТБ не враховують регіональні відмінності у вартості чи кількості пацієнтів, що може призводити до фінансових труднощів для закладів з меншим навантаженням, оскільки вони можуть не генерувати достатньо доходів для покриття своїх операційних витрат.

Пакет послуг ПМД для людей, які хворіють на ТБ, включає:

1. Спільне визначення моделі підтримки амбулаторного лікування (телемедицина, контрольований прийом препаратів, лікування вдома) разом із лікарем-фтизіатром;
2. Моніторинг стану здоров'я пацієнтів та прогресу в лікуванні;
3. Направлення на лабораторні та інструментальні дослідження до регіональних протитуберкульозних центрів або інших закладів;
4. Організація збору та транспортування зразків для бактеріологічного дослідження;
5. Видача та контроль за прийомом протитуберкульозних препаратів (за призначенням лікаря-фтизіатра);
6. Навчання пацієнтів правилам гігієни та заходам зі зменшення передачі інфекції.¹⁰³

Заклади первинної медичної допомоги для отримання контрактів на додаткові послуги з лікування ТБ в межах пакета ПМД повинні окремо звертатися до НСЗУ. Оплата здійснюється за капітаційною ставкою (835 грн на місяць у 2025 році) із застосуванням коригувальних коефіцієнтів: 0,75 за кожен наступний місяць лікування та 2,0 за його успішне завершення.

¹⁰² Кабінет Міністрів України. Постанова від 24 грудня 2024 р. № 1503 «Про деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2025 році».

¹⁰³ Національна служба здоров'я України. Програма медичних гарантій на 2025 рік. [Пакет послуг первинної медичної допомоги](#).

Однак залученість надавачів залишається нестабільною: у 2021 році лише 21,8% надавачів ПМД уклали договори на надання послуг з лікування під безпосереднім наглядом, у 2022 році – 24,6%, а у 2023 році – 20,5%¹⁰⁴. Це підриває рівний доступ до послуг у різних регіонах.

До 2022 року фінансування протитуберкульозної допомоги за ПМГ демонструвало позитивну динаміку, але ситуація змінилася після початку повномасштабної війни (див. Помилка! Джерело посилання не знайдено. нижче). **Ці зміни необхідно оцінювати з урахуванням переміщення населення та перебоїв у наданні послуг на окупованих територіях.**

Наразі за підтримки ВООЗ триває комплексне дослідження вартості Національного стратегічного плану України (НСП) на 2026–2030 роки з використанням Інтегрованого інструменту для розрахунку вартості програм протидії ТБ¹⁰⁵. Метою дослідження є оцінка загальних витрат на заходи з протидії ТБ, потреб системи охорони здоров'я та заходів із програмної підтримки. Очікується, що попередні результати будуть представлені до кінця 2025 року та стануть основою для планування й бюджетування на наступний п'ятирічний період.

Україна є однією з перших країн у регіоні СЕЦА, що впроваджує соціальне замовлення на послуги з протидії ТБ, уможливаючи державне фінансування таких послуг на рівні громад. За даними ЦГЗ, у 2023 році загальний обсяг фінансування для неурядових організацій становив 291,1 тис. грн, а у 2024 році зріс приблизно до 3,5 млн грн. Станом на вересень 2024 року в межах соціального замовлення цього року було виділено 2,2 млн грн.

Таблиця 11. Фінансування послуг з протидії ТБ з боку НСЗУ, 2021–2024 роки

<i>Показник</i>	2021	2022	2023	2024
Сума виплат (тис. грн)	1 518 584,4	1 169 839,4	853 392,0	779 865,7
Сума виплат (доларів США)*	55 625 802	31 962 825	22 457 683	18 568 230
Загальний обсяг виплат НСЗУ надавачам медичних послуг (за всіма видами допомоги), тис. грн	123 006 780,9	145 656 392,3	133 850 227,7	151 306 502,3
Частка виплат за лікування ТБ у загальній сумі	1,2%	0,8%	0,64%	0,52%

* - за офіційним курсом долара США до гривні, встановленим Національним банком України станом на 31 грудня відповідного року; <https://bank.gov.ua>

Джерело: річні звіти НСЗУ за 2022-2024 роки; <https://edata.e-health.gov.ua/e-data/zviti>

Іншим серйозним викликом є значне пошкодження інфраструктури охорони здоров'я, зокрема, руйнування закладів, комунікацій та медичного обладнання. За даними ЦГЗ, станом на 25 вересня 2025 року з 25 регіональних протитуберкульозних центрів було пошкоджено 16, що торкнулося будівель, інженерних мереж, обладнання та транспорту. Лише один центр відновлено повністю; чотири – частково; ще в чотирьох тривають ремонтні роботи; а відновлення семи ще не розпочалося. Загальна орієнтовна вартість відбудови пошкоджених протитуберкульозних закладів становить приблизно 977,5 млн грн.

Висновки. Упродовж останніх років Уряд України впровадив суттєві реформи у сфері фінансування охорони здоров'я, зокрема, посилив роль НСЗУ як єдиного закупівельника, розширив ПМГ та запровадив сучасні механізми оплати послуг надавачів. Ці реформи зміцнили структуру та прозорість державного фінансування, сприяли включенню та регулюванню протитуберкульозних послуг у межах спеціалізованих пакетів ПМГ та ПМД, а також допомогли зберегти стійкість системи попри значний фінансовий тиск під час війни. Централізовані закупівлі забезпечили стандартизоване придбання ліків, засобів діагностики та інших товарів, що сприяло більш стабільній підтримці послуг із протидії ТБ.

¹⁰⁴ Фінансування охорони здоров'я в Україні: реформа, стійкість та відновлення. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2024.

¹⁰⁵ <https://tb.integratedhealthtool.org>

Проте, і надалі існують значні виклики. Фінансування послуг щодо лікування ТБ з боку НСЗУ скоротилося приблизно на 40% у період між 2021-2022 та 2023-2024 роками, а зовнішнє фінансування залишається непередбачуваним, що створює обмежені умови для надання послуг. Це скорочення необхідно розглядати в контексті переміщення населення та втрати потенціалу медичних служб на окупованих територіях, однак воно все одно обмежує ресурси, доступні для функціонування програми. Залучення закладів первинної медичної допомоги до амбулаторного супроводу пацієнтів з ТБ залишається на низькому рівні: у 2023 році лише один із п'яти надавачів ПМД мав контракт на надання таких послуг, що підриває рівний доступ та безперервність лікування. У сукупності ці фактори підкреслюють потребу в сталому інвестуванні, тіснішій інтеграції на рівні ПМД, а також у забезпеченні належного фінансування та надання послуг із протидії ТБ у найближчі роки.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Забезпечити стабільне державне фінансування життєво важливих послуг із протидії ТБ та основних функцій системи громадського здоров'я для гарантування безперервності надання медичної допомоги. [Високий пріоритет]	На постійній основі	Кабінет міністрів
2	Продовжити посилення ролі надавачів ПМД у протидії ТБ шляхом інтеграції додаткового пакету послуг до основного пакету ПМД у межах Програми медичних гарантій, забезпечивши укладення достатньої кількості договорів із закладами ПМД в усіх регіонах. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	НСЗУ, ЦГЗ
3	Розглянути можливість застосування додаткових коригувальних коефіцієнтів до капітаційної ставки в межах пакета лікування ТБ за Програмою медичних гарантій, щоб врахувати регіональні та місцеві відмінності в умовах надання послуг і навантаженні на заклади охорони здоров'я.	Середньостроковий	НСЗУ

* * *

Кадрове забезпечення у сфері протидії ТБ

Національна програма протидії ТБ в Україні досягла значного прогресу в зміцненні управління кадровими ресурсами у фтизіатричній галузі. Ці зрушення відображають стратегічний підхід до розвитку кадрового потенціалу, що сприяє розширенню доступу до послуг із протидії ТБ та підвищенню їхньої стійкості по всій країні.

Успіхи в законодавчій і стратегічній сферах, насамперед Закон «Про подолання туберкульозу в Україні» 2023 року та Стратегія розвитку протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024–2026 роки, заклали міцну основу для надання людино- та пацієнтоорієнтованої допомоги та вдосконалення управління кадрами. Поступовий перехід від стаціонарної моделі до амбулаторної, орієнтованої на громаду допомоги розширив доступ до послуг і уможливив їх децентралізоване надання. Інтеграція соціальної, психологічної та матеріальної підтримки в систему первинної медичної допомоги в шести пілотних областях сприяла підвищенню прихильності до лікування та безперервності надання допомоги, особливо для вразливих груп населення, як-от внутрішньо переміщені особи та жителі територій, що постраждали від бойових дій.

Навчальні програми для сімейних лікарів і надавачів ПМД посилили їх роль у виявленні нових випадків, амбулаторному лікуванні, моніторингу побічних реакцій та консультуванні пацієнтів. Розвиток систем забезпечення якості та моніторингу вдосконалив нагляд, підтримав покращення на основі зворотного зв'язку та дозволив зібрати важливі дані про використання кадрових ресурсів і потреби в навчанні.

За даними Центру громадського здоров'я України станом на серпень 2024 року в закладах протитуберкульозної служби працювало 5 584 медичні працівники, 82% з яких – жінки. Хоча серед лікарів та адміністративного персоналу чоловіки становлять близько 22%, частка жінок є значно вищою серед молодшого та середнього медичного персоналу – від 90% до 97%. Однак гендерне представництво суттєво змінюється на керівних посадах: у 25 обласних фтизіопульмонологічних центрах дві третини управлінських посад обіймають чоловіки (16 чоловіків проти 9 жінок)¹⁰⁶.

Міські протитуберкульозні центри, як правило, краще укомплектовані персоналом та оснащені сучаснішим діагностичним і лікувальним обладнанням, тоді як у сільській місцевості та прифронтових районах спостерігається значний дефіцит лікарів-фтизіатрів і медичних сестер. Війна спричинила відтік медичних фахівців та обмежила можливості для заміщення персоналу, що звільняється. У регіонах, які найбільше постраждали від бойових дій, наданню послуг перешкоджають пошкодження інфраструктури, обмежений доступ пацієнтів до медичної допомоги та ймовірний брак кадрових ресурсів. Проте точні дані щодо рівня укомплектованості та розподілу персоналу в цих областях відсутні.

Основні виклики у сфері кадрового забезпечення протитуберкульозної служби можна узагальнити таким чином. По-перше, зберігається дефіцит кадрів, особливо в сільській місцевості та прифронтових регіонах, що супроводжується нерівномірним розподілом персоналу – його концентрацією в обласних центрах і нестачею на периферії. По-друге, обмежена кількість достовірних даних про чисельність і розподіл лікарів-фтизіатрів, інших спеціалістів, медичних сестер і допоміжного персоналу перешкоджає ухваленню обґрунтованих рішень та ефективному плануванню послуг. Кількісні оцінки впливу переміщення населення та релокації персоналу на кадровий потенціал не проводилися, а дані про вакансії та незаповнені посади є недостатніми.

¹⁰⁶ https://mediacenter.org.ua/women-dominate-the-healthcare-workforce-in-ukraine-s-tb-facilities-but-men-hold-leadership-roles/?utm_source=chatgpt.com

Аналіз непрямих показників (високе робоче навантаження, зростання захворюваності на ТБ, погіршення доступу до послуг, наслідки активних бойових дій) дозволяє припустити, що дефіцит медичних кадрів є найгострішим у таких областях:

- у південних та східних областях, охоплених бойовими діями (Донецькій, Луганській, Херсонській, Запорізькій), де особливо відчутний відтік персоналу, руйнування інфраструктури та логістичні труднощі;
- в областях, що прийняли значну кількість ВПО, де кількість пацієнтів збільшилася, проте кадрове та матеріальне забезпечення залишилося без змін;
- в областях центральної України (зокрема, Дніпропетровській та Кіровоградській), де помітне зростання зареєстрованих випадків ТБ може вказувати на прихований дефіцит медичного персоналу¹⁰⁷;
- у віддаленій сільській місцевості, де роль сімейних лікарів є ключовою, однак їм часто бракує кваліфікації для ведення випадків ТБ.

За інформацією НППТ, рівень вигорання серед медичних працівників є надзвичайно високим. Це зумовлено тиском воєнного часу, розширенням медичних і соціальних обов'язків та психологічним виснаженням через роботу в небезпечних умовах. Разом з тим, рівень оплати праці здебільшого вважається незадовільним, що спричиняє зниження мотивації та високу плинність кадрів.

Сімейним лікарям часто бракує належних компетентностей та/або мотивації для ведення випадків ТБ. Нещодавнє дослідження «Допомога в разі ТБ в Україні: розуміння бар'єрів доступу на рівні первинної медичної допомоги»¹⁰⁸ показало, що сімейні лікарі в окремих районах Київської, Одеської, Миколаївської та Волинської областей мали обмежений практичний досвід ведення випадків ТБ, попри проходження кількох навчальних курсів.

Кадрові ресурси є наріжним каменем успішного впровадження та сталості пацієнтоорієнтованої моделі лікування ТБ в Україні. Ефективність цієї моделі залежить не лише від сучасних технологій та клінічних протоколів, але й від професійної спроможності, мотивації та безперервного професійного розвитку медичних працівників. Попри дефіцит фахівців, нерівномірний розподіл кадрів та зростання навантаження, система охорони здоров'я України продовжує функціонувати завдяки самовідданості та адаптивності своїх спеціалістів.

Посилення навчання та розбудова спроможностей, особливо на рівні ПМД, є необхідною умовою забезпечення функціонального та сталого підходу, орієнтованого на потреби людини та пацієнта. Підвищення компетентностей у сфері виявлення ТБ, ведення випадків, консультування та інфекційного контролю сприятиме покращенню якості послуг і результатів лікування. Не менш важливими заходами є поліпшення умов праці, забезпечення належної винагороди та впровадження нефінансових стимулів для підтримки мотивації й зниження рівня професійного вигорання.

Інтеграція послуг з лікування ТБ у загальну систему ПМД вимагає сильного лідерства, координації та чіткого розподілу функцій на всіх рівнях надання медичної допомоги. Постійний розвиток професійних навичок, фахова супервізійна підтримка та співпраця з місцевими громадами матимуть вирішальне значення для ефективного впровадження реформ.

¹⁰⁷ Krokva D, Mori H, Valenti S, Remez D, Hadano Y, Naito T. Analysis of the impact of crises tuberculosis incidence in Ukraine amid pandemics and war. *Sci Rep.* 2025 May 16;15(1):17045. doi: 10.1038/s41598-025-01723-7. PMID: 40379776; PMCID: PMC12084344 (Кроква Д., Мори Г., Валенті С., Ремез Д., Хадано Й., Найто Т. Аналіз впливу криз на захворюваність на туберкульоз в Україні в умовах пандемії та війни // *Scientific Reports.* 2025. Т. 15, № 1. с. 17045).

¹⁰⁸ A Boiko, U Snidevych, V Odrynskyi, M Duda, P Pavlenko, B Hinchey, N Avaliani, E Polomoshnova, M Samko, A Tokar, TB Care in Ukraine: Understanding Access Barriers at the Primary Healthcare Level, *European Journal of Public Health*, Volume 34, Issue Supplement_3, November 2024, ckae144.1589 (Бойко А., Снідевич У., Одринський В., Дуда М., Павленко П., Хінчі Б., Аваліані Н., Поломошнова Е., Самко М., Токар А. Допомога в разі ТБ в Україні: розуміння бар'єрів доступу на рівні первинної медичної допомоги // *European Journal of Public Health.* 2024. Т. 34, дод. 3. ckae144.1589), <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1589>

Зрештою, стійкість та довгостроковий успіх людиноорієнтованої моделі лікування ТБ в Україні залежатимуть від сталих інвестицій у кадрові ресурси, заохочення до професійної досконалості та створення сприятливого середовища, яке дозволить медичним працівникам надавати високоякісну, гуманну та доступну допомогу.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Провести комплексну оцінку кадрового потенціалу спеціалізованої протитуберкульозної служби на стаціонарному та амбулаторному рівнях для обґрунтування стратегічного й оперативного планування.	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери
2	Регулярно оновлювати національний реєстр кадрових ресурсів протитуберкульозної служби з урахуванням потреб системи та територіальної доступності.	Короткостроковий, на постійній основі	МОЗ, ЦГЗ
3	Розробити та вдосконалити механізми стимулювання для залучення й утримання молодих фахівців у протитуберкульозній службі, зокрема, шляхи кар'єрного зростання, заходи із запобігання професійному вигоранню та цільові заохочення для роботи у віддалених регіонах і зонах високого ризику. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, обласні управління/ департаменти охорони здоров'я
4	Регулярно здійснювати оцінювання кадрового дефіциту на загальнодержавному та регіональному рівнях, зокрема, з прогнозуванням майбутніх потреб у фахівцях. [Високий пріоритет]	Середньостроковий, на постійній основі	МОЗ, ЦГЗ, обласні управління/ департаменти охорони здоров'я
5	Забезпечити безперервність та інституціоналізацію програм із розбудови потенціалу для надавачів ПМД, зосереджених на ранньому виявленні та діагностиці ТБ, з регулярним оновленням навчальних матеріалів та впровадженням сучасних стандартів лікування.	На постійній основі	МОЗ, ЦГЗ, партнери
6	Залучати студентів та інтернів закладів вищої медичної освіти до науково-дослідної та оцінювальної діяльності в межах НППТ з метою підвищення зацікавленості та привабливості кар'єри у фтизіатрії та пульмонології.	Середньостроковий	МОЗ, ЦГЗ, партнери

*

*

*

Управління обігом лікарських засобів та інших медичних виробів

Політика та врядування

Останніми роками Україна досягла значного прогресу у зміцненні інституційної та нормативно-правової бази своєї системи управління закупівлями та постачанням (УЗП) протитуберкульозних препаратів, попри серйозні виклики, спричинені війною та економічним тиском. *Національна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року*, а також Операційний план з її реалізації на 2024-2026 роки визначають національні пріоритети у сфері протидії ТБ. Серед них – забезпечення безперебійного постачання ліків, сприяння їх раціональному використанню та розширення доступу до сучасних схем лікування й профілактики.

Центр громадського здоров'я (ЦГЗ) Міністерства охорони здоров'я України виконує функції центральної структури, відповідальної за управління виконанням національної програми протидії ТБ, та провідного органу у сфері ЗУП. ЦГЗ відповідає за прогнозування потреби в лікарських засобах, моніторинг їх залишків, підготовку запитів на закупівлю, а також за координацію дій з регіональними органами влади та донорами.

Державні закупівлі протитуберкульозних лікарських засобів та супутніх товарів здійснює Державне підприємство «Медичні закупівлі України» (МЗУ), що належить до сфери управління МОЗ та використовує електронну систему ProZorro. Така модель забезпечує високий рівень прозорості та конкуренції у сфері публічних закупівель і, в міру поступового відновлення державного фінансування та національних закупівель, дозволить підвищити прогнозованість постачання та скоротити адміністративні затримки між закупівельними циклами. МЗУ укладає з постачальниками багаторічні (до трьох років) рамкові угоди, що сприяє довгостроковій стабільності постачання та покращує бюджетне планування.

У межах координаційних механізмів МОЗ діє Робоча група з питань супроводу закупівель та постачання лікарських засобів для лікування соціально значущих хвороб, зокрема, ТБ. Її мета – покращення комунікації між національними зацікавленими сторонами та міжнародними партнерами (ГФ, ВООЗ, Партнерство «Зупинимо туберкульоз» / GDF та інші). Ця структура сприяє регулярному обміну даними та ухваленню спільних рішень для забезпечення безперервності постачання та зміцнення стійкості системи УЗП.

Прогнозування та визначення обсягів потреби

За висновками місії, національна система прогнозування потреби у протитуберкульозних препаратах поступово переходить від статичних щорічних оцінок до аналітичної моделі, що ґрунтується на даних. Ця модель інтегрує показники споживання в реальному часі, контроль за термінами придатності та прогнози щодо динаміки виявлення нових випадків.

ЦГЗ відіграє центральну координаційну роль через свій відділ управління лікарськими засобами та медичними виробами. Відділ збирає та верифікує дані з обласних фтизіопульмонологічних центрів, аналізує тенденції та надає рекомендації для планування закупівель. Фахівці ЦГЗ пройшли навчання з використання інструменту QuanTB, який застосовується як на центральному, так і на регіональному рівнях відповідно до керівництва ВООЗ/GDF.

Перелік препаратів для прогнозування потреби узгоджений з національними стандартами лікування ТБ та клінічними настановами. Попри те, що Національний перелік основних лікарських засобів є застарілим, це не обмежує доступність ключових протитуберкульозних препаратів, які закуповуються в межах державних програм. Усі препарати, потрібні для лікування ЧТБ, Риф-ТБ та латентної туберкульозної інфекції для дорослих і дітей, враховані в національних планах прогнозування та закупівель.

Прогнозування потреб здійснюється за допомогою інструмента QuanTB, який з 2021 року замінив методи розрахунку на основі відсоткових показників на розрахунки, що ґрунтуються на

фактичній кількості пацієнтів, які проходять лікування, та прогнозованій кількості нових випадків. Цей інструмент дає змогу кількісно визначати потреби в лікарських засобах за схемами лікування (включно з BPaLM, повністю пероральними короткостроковими схемами та педіатричними формами), категоріями пацієнтів та регіонами, а також моделювати рівні запасів і виявляти ризики дефіциту або надлишкових запасів.

Наразі національні файли QuanTV оновлюються щорічно, проте плануються щоквартальні оновлення для кращого відображення змін у споживанні, епідеміологічних тенденціях та обсягах постачання. ЦГЗ проводить валідацію та зведення регіональних даних, забезпечуючи єдині стандарти кількісного визначення та інтеграцію інформації про запаси й епідеміологічну ситуацію до національних прогнозів.

Після валідації дані з QuanTV експортуються у формат Excel для подальшого аналізу та об'єднуються з інформацією про рівні запасів на центральному складі, очікувані поставки та іншими відповідними параметрами. На основі цих зведених даних ЦГЗ готує аналітичні звіти для МОЗ та МЗУ, що слугують основою для планування закупівель та графіків постачання відповідно до бюджетних асигнувань та програм, які фінансуються донорами.

В умовах воєнного стану ЦГЗ коригує прогнози з урахуванням змін у структурі споживання, обмеженого доступу до певних регіонів та внутрішнього переміщення населення. Показники потреби узгоджуються з наявними бюджетними ресурсами, що фінансуються переважно донорами. Це підтримує стійкість ланцюгів постачання та сприяє своєчасному розподілу лікарських засобів.

Результати прогнозування та аналітичні звіти надаються МОЗ, МЗУ та партнерам-донорам для розгляду й узгодження обсягів закупівель. Попри ефективну координацію, чинна нормативна база (наказ МОЗ № 1062 від 12.10.2016 року) є застарілою та не відображає сучасних аналітичних інструментів. Проте ЦГЗ запровадив оновлені операційні практики, зокрема, щоквартальний моніторинг даних і регулярні консультації з регіональними фахівцями та партнерами-донорами.

Ключовими викликами залишаються якість та своєчасність даних, що надходять із закладів у регіонах. Це підкреслює необхідність регулярного оновлення прогнозів відповідно до епідеміологічних тенденцій та переміщення населення. Програмне забезпечення QuanTV є основним інструментом для кількісної оцінки та аналізу ризиків на національному, регіональному та пенітенціарному рівнях, і його використання має бути офіційно закріплено в національних нормативних документах.

Процедура закупівель

До лютого 2022 року закупівля більшості протитуберкульозних препаратів в Україні здійснювалася за кошти державного бюджету, а вся продукція проходила державну реєстрацію. Плани закупівель на 2026 рік вже закладено до відповідного паспорта бюджетної програми. Уповноваженою організацією з проведення закупівель залишається МЗУ, яке розпочинає роботу після затвердження бюджету (зазвичай у січні–лютому).

Починаючи з лютого 2022 року, закупівлі фінансуються переважно донорами – насамперед ГФ і, меншою мірою, Урядом США. Для цього використовуються міжнародні механізми, зокрема, Глобальний механізм доступу до ліків (GDF) Партнерства «Зупинимо туберкульоз». В межах цього підходу лікарські засоби не проходять реєстрацію в Україні, а постачаються на підставі наказів МОЗ у статусі гуманітарної допомоги, що дозволяє забезпечити безперервність лікування в умовах кризи. Внутрішні державні закупівлі залишаються обмеженими, проте МОЗ продовжує виконувати координаційні та регуляторні функції. Національна система закупівель діє на основі чіткого розподілу повноважень між МОЗ, ЦГЗ та МЗУ.

МЗУ є уповноваженою агенцією для здійснення закупівель за державний кошт. Процедури проводяться через електронну систему ProZorro, що гарантує прозорість та конкурентність. Після затвердження річного паспорта бюджетної програми МОЗ надає МЗУ доручення розпочати закупівельні процедури. Для забезпечення стабільності та прогнозованості поставок МЗУ укладає з постачальниками трирічні рамкові угоди. Такі угоди дозволяють вносити корективи через додаткові договори без необхідності проведення нових тендерів, що підвищує загальну ефективність і гнучкість процесу.

Утилізація та знищення гуманітарних лікарських засобів, термін придатності яких закінчився або які стали непридатними, регулюється наказом МОЗ № 242 від 24 квітня 2015 року «Про затвердження Правил утилізації та знищення лікарських засобів» (зі змінами, внесеними наказом МОЗ № 1602 від 6 вересня 2022 року) та постановою Кабінету Міністрів України № 728 (2000), які визначають процедури безпечного знищення та звітування, а також доповнюють заходи контролю за складським господарством та управлінням запасами.

Графік закупівель і постачання протитуберкульозних препаратів ґрунтується на розрахунках системи QuanTB; однак тривалі процедури перевірки та погодження можуть час від часу спричинити затримки тендерів або поставок. Протягом 2024–2025 років через глобальний дефіцит активних фармацевтичних інгредієнтів (АФІ) для препаратів, що містять рифампіцин, виникла тимчасова відсутність їх на складах. Ці проблеми вдалося пом'якшити завдяки екстремим пожертвам від благодійних організацій до моменту надходження нових партій.

Загалом, система УЗП є добре налагодженою та продемонструвала стійкість в умовах воєнного стану, зберігши функціональність попри логістичні перебої. Чіткий розподіл повноважень між МОЗ, ЦГЗ та МЗУ у поєднанні з прозорими закупівлями через систему ProZorro забезпечує підзвітність та ефективну координацію.

Розподіл та зберігання

В Україні застосовується централізована модель розподілу з елементами децентралізації. Після прибуття в країну всі протитуберкульозні препарати, закуплені за кошти проекту Глобального фонду, доставляють на центральний склад. Після цього ЦГЗ здійснює нагляд за даними про товарно-матеріальні запаси та координує роботу з МЗУ та логістичними партнерами для забезпечення видимості запасів на національному рівні.

Ввезення протитуберкульозних препаратів відбувається без затримок за спрощеною процедурою гуманітарної допомоги. Вантажі проходять митне та санітарно-епідеміологічне оформлення за прискореним процесом, що звільняє гуманітарні вантажі від вимог стандартної реєстрації та ліцензування імпорту. Митне оформлення спільно координують МОЗ, Державна митна служба, ЦГЗ, GDF та логістичний агент.

Після прибуття на національний склад ЦГЗ визначає обсяги розподілу по регіонах, а МЗУ встановлює графіки поставок на основі рекомендацій ЦГЗ, враховуючи рівень запасів, обсяги споживання та ризики дефіциту в регіонах. Препарати розподіляються переважно до обласних фтизіопульмонологічних центрів, а за потреби здійснюється доставка до інших закладів. Процедури контролю якості в регіональних закладах відповідають наказу МОЗ № 584 (2003), згідно з яким уповноважені особи в кожному закладі зобов'язані проводити візуальний огляд та контролювати умови зберігання. Державна служба України з лікарських засобів та контролю за наркотиками проводить періодичні перевірки для контролю за дотриманням вимог.

До 2025 року розподіл переважно здійснювався одразу після надходження вантажу до країни. Цей підхід було переглянуто за рекомендаціями партнерів, і з 2025 року основна частина запасів зберігається централізовано, тоді як у регіонах підтримується шестимісячний резерв. ЦГЗ щомісяця аналізує регіональні дані та готує плани розподілу або перерозподілу. Терміновий

перерозподіл відбувається, коли в регіонах виникає ризик дефіциту або наближається закінчення терміну придатності препаратів.

З 2022 року шість складських приміщень було пошкоджено або зруйновано. Наразі гуманітарні запаси централізовано на складі «Фармасофт» у Києві, що виконує функцію центрального сховища. Оскільки моніторингова місія проводилася дистанційно, безпосередня перевірка умов зберігання була неможливою, тому рекомендовано провести подальшу оцінку на місцях.

Загалом, централізований розподіл, що координується ЦГЗ та МЗУ, функціонує ефективно завдяки участі регіонів та наявності механізмів перерозподілу.

ІСУЛ та Система раннього попередження

Відділ управління фармацевтичною продукцією та контролю за запасами ЦГЗ виконує функції національного координаційного органу з управління протитуберкульозними препаратами. Його ключові завдання:

- консолідація даних, отриманих від регіональних протитуберкульозних закладів;
- аналіз рівня запасів та розрахунок їх обсягу в місяцях споживання;
- виявлення ризиків дефіциту, закінчення терміну придатності або надлишкових запасів;
- підготовка рекомендацій щодо розподілу, перерозподілу або коригування закупівель.

ЦГЗ ефективно виконує функцію національної Системи раннього попередження (СРП) щодо протитуберкульозних препаратів шляхом щомісячного моніторингу даних, які надходять з усіх регіонів відповідно до внутрішніх нормативних положень. Інформацію подають в електронному вигляді регіональні координатори та заклади охорони здоров'я за допомогою шаблонів Excel, надсилаючи їх електронною поштою. Отримані файли зберігаються у внутрішніх папках, консолідується та використовуються для підготовки аналітичних довідок і звітів.

Результати цього аналізу представлено в щомісячних аналітичних оглядах Робочої групи з питань УЗП. Ці огляди містять показники забезпеченості запасами, прогнози споживання, інформацію про очікувані поставки, терміни придатності та виявлені ризики. Огляди надаються керівництву ЦГЗ, донорам і партнерам та слугують основою для розробки рекомендацій щодо перерозподілу запасів між регіонами. Підсумкові матеріали також завантажуються до системи документообігу ЦГЗ для затвердження та подальшого поширення серед керівництва та партнерів.

Внутрішні процеси регламентуються двома ключовими Стандартними операційними процедурами (СОП): *«Підготовка пропозицій щодо мінімізації ризиків»* та *«Участь у координації розподілу лікарських засобів та медичних виробів між регіонами України»*. Ці СОП описують повний цикл реагування на ризики, що включає:

- аналіз даних про товарні залишки та терміни придатності;
- підготовку пропозицій щодо перерозподілу;
- координацію дій з відділами з питань ТБ та ВІЛ, а також із партнерами-донорами;
- організацію міжрегіональних поставок та розподілу;
- перевірку сертифікатів якості та супровідної документації.

За погодженням із Глобальним фондом ЦГЗ також оновлює дані в Програмному інструменті відстеження УЗП, що дає змогу порівнювати заплановані й фактичні поставки за джерелами фінансування (державний бюджет, ГФ тощо), а також контролювати рівень запасів, терміни придатності та дефіцит. Завдяки цій діяльності ЦГЗ виконує функцію національної СРП, охоплюючи весь цикл управління ризиками: від моніторингу залишків і термінів придатності до ініціювання перерозподілу та запобігання втратам.

Проте більшість процесів досі виконуються за допомогою паперових або напівелектронних інструментів, без централізованої електронної платформи. Збір та аналіз даних проводяться

вручну в програмі Excel, що сповільнює час реагування та збільшує ймовірність розбіжностей у звітах із регіонів.

Для подолання цих обмежень ЦГЗ розпочав розробку автоматизованого процесу управління запасами та звітності в межах Інформаційної системи «Моніторинг соціально значущих хвороб». Ця система поступово розширюється та буде доповнена новими звітними й аналітичними модулями.

Новий модуль електронної звітності забезпечить централізований збір та валідацію даних про запаси, терміни придатності й рух товарів, а також автоматичний розрахунок залишків на певну кількість місяців, ризиків закінчення термінів придатності та пов'язаних із цим показників. Додаткові запропоновані функції – зокрема, інтеграція даних із систем QuanTB та Інструмент відстеження УЗП, а також створення базових елементів для національної Інформаційної системи управління логістикою (ІСУЛ) – визнано важливими вдосконаленнями. Однак їх впровадження може створити технічні труднощі в наявних медичних інформаційних системах, а отже, може потребувати додаткової технічної оцінки та обговорення.

Із подальшим впровадженням автоматизації зростатиме значущість достовірності та своєчасності даних. Для ефективної роботи ІСУЛ необхідно встановити чіткі терміни подання та валідації регіональних даних перед проведенням аналізу на національному рівні, а також забезпечити регулярний аудит якості даних.

Попри наявні обмеження, ЦГЗ вже запровадив системний та структурований підхід до управління запасами, який поєднує в собі:

- задокументовані процедури з управління ризиками та перерозподілу;
- регулярний аналіз наявності товарних запасів та термінів їх придатності;
- тісну координацію з регіональними органами влади та донорами;
- перші кроки до цифрової трансформації – перехід від інструментів на базі Excel до автоматизованої ІСУЛ.

Впровадження автоматизованої ІСУЛ стане значним кроком до повної цифрової інтеграції та забезпечить моніторинг ланцюга постачання протитуберкульозних препаратів у країні в режимі реального часу.

Фінансування та сталість

З лютого 2022 року фінансування програми протидії ТБ в Україні забезпечується переважно за рахунок донорських коштів. Більшість протитуберкульозних препаратів та супутніх товарів повністю покриваються із зовнішніх джерел, головним чином через Глобальний фонд і, меншою мірою, через Уряд США, із залученням міжнародних механізмів закупівель, як-от GDF.

Внутрішнє державне фінансування залишається обмеженим. Закупівлі за кошти державного бюджету у 2026 році стануть можливими лише після затвердження річного бюджетного паспорта; однак очікується, що виділені ресурси покриють лише частину загальних потреб програми. Обмежений обсяг додаткової підтримки надається з місцевих бюджетів та від гуманітарних організацій, переважно на покриття транспортних і комунальних витрат або надання цільової допомоги окремим закладам.

Загалом фінансова сталість заходів із протидії ТБ в Україні залишається вкрай залежною від донорської підтримки, і зберігається ризик переривання програми в разі скорочення зовнішнього фінансування за відсутності стабільного внутрішнього фінансування.

Підсумовуючи, було досягнуто значного прогресу в посиленні системи закупівель та управління постачанням протитуберкульозних препаратів. Завдяки координаційним механізмам, що діють при МОЗ, вдалося покращити комунікацію та узгодити дії між урядовими інституціями, донорами й партнерами. Відділ фармацевтичної продукції Центру громадського здоров'я

забезпечує методичний супровід обласних закладів, що сприяє застосуванню послідовних підходів до кількісного визначення потреби, прогнозування, моніторингу запасів, звітності та перерозподілу.

Сьогодні в усіх регіонах як єдиний стандартизований інструмент для прогнозування попиту на медикаменти та інформаційного забезпечення планування закупівель використовується система QuanTV. Це робить управління ланцюгами постачання більш уніфікованим та прозорим.

Разом з тим, нормативний документ, який регламентує процес розрахунку потреби (Наказ МОЗ № 1062), застарів і вимагає оновлення з метою відображення актуальних практик та інтеграції QuanTV. СРП використовує декілька неінтегрованих між собою джерел даних, зокрема, файли Excel, QuanTV та Інструмент відстеження УЗП, що призводить до збільшення робочого навантаження та ускладнює проведення своєчасного й точного аналізу для ефективного управління запасами.

Зберігаються розбіжності між запланованими та фактичними обсягами споживання лікарських засобів, що позначається на точності прогнозування, оскільки тривала війна й надалі обмежує надійність прогнозів попиту. Згідно з «Епідеміологічним оглядом у сфері протидії ТБ – 2025», річна відсоткова зміна кількості зареєстрованих випадків ТБ становила +16,1% у 2022–2023 роках та – 8,3% у 2023–2024 роках. Хоча у 2025 році очікувалося зростання захворюваності на ТБ, за перші дев'ять місяців року спостерігалось її зниження на 18%. Це призвело до накопичення надлишкових запасів ліків та підвищило ризик закінчення їхнього терміну придатності. Попри цю невизначеність, прогнозований розподіл схем лікування загалом відповідає тому, що спостерігається на практиці.

Крім того, постійні фінансові обмеження в умовах воєнного стану уповільнюють перехід до повного фінансування закупівель за державний кошт, що ставить програму в значну залежність від донорської підтримки для забезпечення безперебійного постачання протитуберкульозних препаратів та інших товарів.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Прискорити розробку та впровадження ІСУЛ у межах Інформаційної системи моніторингу соціально значущих хвороб для забезпечення своєчасного електронного відстеження руху лікарських засобів. [Високий пріоритет]	Середньо-/ довгостроковий	МОЗ, ЦГЗ
2	Розробити мінімальний набір індикаторів УЗП та модуль візуалізації даних в ІСУЛ для автоматизації аналізу залишків, моніторингу логістики та планування закупівель. [Високий пріоритет]	Середньостроковий Включити ТД до нової заявки до ГФ	МОЗ, ЦГЗ, ГФ, GDF
3	Оновити національну методологію кількісної оцінки потреб шляхом впровадження QuanTV як стандартного підходу до прогнозування. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, GDF
4	Інституціоналізувати щоквартальне оновлення регіональних файлів QuanTV,	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ

	включно з даними про випадки захворювання та залишки, для підтримки системи раннього попередження. [Високий пріоритет]		
5	Удосконалити планування споживання на регіональному рівні та підвищити якість звітності в системі QuaпTV шляхом проведення навчань, впровадження стандартизованих шаблонів та забезпечення регулярного зворотного зв'язку з боку центрального рівня. Високий пріоритет]	На постійній основі	МОЗ, ЦГЗ, GDF
6	Посилити аналіз відповідності між плановими показниками та фактичним використанням лікарських засобів на рівні регіонів; узгодити отримані висновки з областями для оптимізації планування споживання, закупівель та використання ресурсів. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ та Робоча група з питань УЗП
7	Здійснювати планування закупівель і постачання протитуберкульозних препаратів двічі на рік із прогнозуванням на 18 місяців; кожне замовлення розділяти на дві поставки з метою мінімізації епідеміологічних ризиків, а також ризиків, пов'язаних із прогнозуванням та доставкою. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	МОЗ, ЦГЗ, ГФ, GDF
8	Підтримувати та розширювати прозорі практики публічних закупівель та забезпечувати їх узгодженість із закупівельними циклами донорів. [Високий пріоритет]	На постійній основі	МОЗ, МЗУ, інші партнери
9	Посилювати сталість закупівель шляхом укладання багаторічних контрактів з постачальниками та багаторічного бюджетного фінансування для закупівлі лікарських засобів і засобів діагностики, відповідно до потреб споживання та з метою мінімізації ризику закінчення терміну їх придатності. [Високий пріоритет]	Середньо-/ довгостроковий	МОЗ, МЗУ, інші партнери
10	Запланувати проведення комплексної очної оцінки систем контролю якості та фармаконагляду в рамках майбутньої місії, що включатиме виїзди на об'єкти:	Середньостроковий	ВООЗ, ГФ, GDF, партнери

	склади, лабораторії та регіональні установи.		
--	--	--	--

*

*

*

Інформаційні системи у сфері протидії ТБ

Система епідеміологічного нагляду за ТБ

В Україні епідеміологічний нагляд за ТБ централізовано координується Міністерством охорони здоров'я (МОЗ) через Центр громадського здоров'я, який забезпечує планування, впровадження та моніторинг протитуберкульозних заходів. Система має вертикальну структуру, де послуги надаються на національному, обласному, районному рівнях та на рівні ПМД. Спеціалізовані протитуберкульозні заклади відповідають за діагностику та початок лікування, тоді як надавачі ПМД відіграють ключову роль у виявленні осіб із підозрою на ТБ шляхом активного й пасивного скринінгу, направленні їх до спеціалізованих служб та підтримці прихильності до лікування в громаді.

Згідно з національним законодавством, виявлення осіб, які хворіють на ТБ, здійснюється медичними працівниками відповідно до стандарту медичної допомоги.¹⁰⁹ У разі виявлення в особи симптомів, що можуть свідчити про ТБ, медичні працівники зобов'язані зареєструвати та повідомити про підозрілий випадок згідно з Порядком здійснення епідеміологічного нагляду за ТБ.¹¹⁰

Епідеміологічний нагляд ТБ організовано за допомогою стандартизованої системи реєстрації та звітності за кожним випадком захворювання, що функціонує на районному, обласному та національному рівнях. На центральному рівні діяльністю з епіднагляду спільно керують Центр медичної статистики МОЗ та ЦГЗ. На регіональному рівні послуги з протидії ТБ координують фтизіопульмонологічні центри, на базі яких також діють експертні комісії з клінічного ведення випадків, зокрема, ЛС-ТБ. Діагноз ТБ підтверджується у спеціалізованих закладах та підлягає обов'язковій реєстрації й повідомленню відповідно до національних процедур. Випадки ТБ класифікують згідно з визначеннями, встановленими в національних «Критеріях, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, що підлягають реєстрації».¹¹¹

Система епіднагляду все ще поєднує паперові та електронні інструменти. Паперові форми включають направлення, лабораторні журнали, індивідуальні карти лікування та форми екстреного повідомлення. Після підтвердження випадку захворювання його реєструють у паперовому та електронному форматах, а повідомлення надсилають до відповідних закладів громадського здоров'я у встановлені терміни. Така подвійна система сприяє комплексному збору даних та інтеграції епіднагляду за ТБ у загальну систему моніторингу громадського здоров'я, але водночас ускладнює процес та збільшує робоче навантаження.

Основною національною цифровою платформою є Інформаційна система «Моніторинг соціально значущих хвороб» (ІС СЗХ), яка у 2022 році замінила систему «e-TB Manager». ІС СЗХ – це веборієнтована система, що працює в режимі реального часу, консолідує дані у чотирьох модулях («Клінічний випадок», «Лабораторія», «Аналітика та звітність» й «Адміністрування») та слугує єдиним сховищем даних для епідеміологічного нагляду за ТБ, ВІЛ та гепатитом С. Система підтримує моніторинг та оцінювання, планування закупівель та управління запасами.

Введення даних до ІС СЗХ здійснюється на основі інформації, зібраної за допомогою стандартизованих паперових форм на районному, лікарняному, обласному та національному рівнях. Модуль «Клінічний випадок» містить детальну інформацію про всі підтверджені випадки

¹⁰⁹ Закон України «Про протидію захворюванню на туберкульоз», стаття 9, частина 1; <https://xn--80aagahqwyibe8an.com/ukrajiny-zakony/zakon-ukrajini-pro-vnesennya-zmin-zakonu-2012-18976.html> [дата звернення: 16 жовтня 2025 року].

¹¹⁰ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 03/09/2021 року № 406, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 11 травня 2021 року за № 622/36244 «Про затвердження Порядку епідеміологічного нагляду за туберкульозом та Зміни до критеріїв, за якими визначаються випадки інфекційних та паразитарних захворювань, які підлягають реєстрації, https://zakononline.com.ua/documents/show/496953___675109 [дата звернення: 1 листопада 2022 року].

¹¹¹ Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 грудня 2015 року № 905, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 12 березня 2016 року за № 379/28509, https://zakononline.com.ua/documents/show/364759___664783#n13 [дата звернення: 1 листопада 2022 року].

ТБ, включно з лікарсько-стійкими формами. Модуль «Лабораторія» реєструє результати діагностики (мікроскопія мазка, Xpert, культуральне дослідження та ТМЧ). Лікувальна карта ТБ01, у якій відстежується щоденний прийом препаратів, інтегрована в систему. Доступ до системи є рольовим, з диференційованими правами для користувачів, спостерігачів (режим «тільки для читання») та адміністраторів.

Попри цифровізацію, процес звітування частково залишається неавтоматизованим. Зведені дані все ще формуються у файлах Word та Excel, а розрахунки показників охоплення, результатів лікування та когортний аналіз проводяться вручну. Якість даних забезпечується завдяки вбудованим правилам перевірки (обов'язкові для заповнення поля, контроль формату, перехресна звірка) та унікальним ідентифікаторам пацієнтів, які унеможливають створення дублікатів.

Фахівці з МіО на регіональному та національному рівнях регулярно експортують дані з системи ІС СЗХ в Excel та звіряють їх із паперовими записами. Розбіжності усувають шляхом перехресної перевірки та, за потреби, аналізу первинних документів. Проте, поглиблені процедури валідації специфічних даних щодо ТБ та стандартизовані підходи до забезпечення якості даних ще не є остаточно розробленими.

Окрім ІС СЗХ, лабораторії використовують власні реєстри на базі Excel та лабораторні модулі в складі лікарняних інформаційних систем, що відрізняються в різних областях і не інтегровані з національною платформою. Хоча система GxAlert використовується для автоматичного збору результатів з апаратів GeneXpert, звітність лабораторій загалом залишається фрагментованою. Досі відсутня єдина Лабораторна інформаційна менеджмент-система (ЛІМС), яка б забезпечила своєчасний, стандартизований та послідовний обмін даними між лабораторіями та надавачами медичних послуг.

Для підтримки прихильності до лікування та залучення громад було впроваджено додаткові цифрові інструменти. Серед них: застосунок для відеоконтрольованого лікування (ВКЛ), що дозволяє пацієнтам записувати прийом ліків для перевірки медичними працівниками; електронні таблетниці evriMed та СМС-нагадування для моніторингу пацієнтів із ЛС-ТБ; а також мобільний застосунок OneImpact для громадського моніторингу послуг з протидії ТБ. Для прогнозування потреби в ліках та управління запасами використовується програма QuantB¹¹², яка отримує дані як з ІС СЗХ, так і з паперових звітів про споживання.

Окрім систем НППТ, для збору даних щодо ТБ використовується низка інших цифрових платформ. Обласні центри контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) використовують систему епідагляду за випадками захворювання, яка реєструє екстрені повідомлення (форма № 058) та забезпечує їх електронну передачу до регіональних установ для реагування й аналізу. Деякі центри також використовують Google Drive для збору даних про відстеження контактів. Лікарняні інформаційні системи на обласному рівні зберігають дані про всіх стаціонарних пацієнтів; однак ці системи не інтегровані з ІС СЗХ та суттєво відрізняються за структурою та функціоналом, що обмежує їхню взаємосумісність. НУО також ведуть власні бази даних для моніторингу пацієнтів із ТБ, представників ключових груп населення та отримувачів послуг на рівні громад, доповнюючи національний реєстр та підтримуючи заходи на місцевому рівні.

Моніторинг і оцінювання (МіО)

Впровадження та координацію протитуберкульозної програми очолює Центр громадського здоров'я, де відділ моніторингу і оцінювання відіграє центральну роль у відстеженні показників ефективності, оцінюванні прогресу у досягненні національних цілей та забезпеченні відповідності стратегічним пріоритетам. Відділ МіО тісно співпрацює з іншими департаментами ЦГЗ, зокрема, фінансовим, науковим, управління фармацевтичною продукцією та ІТ, для забезпечення ефективної міжсекторальної координації. На практиці функцію МіО виконують

¹¹² <https://msh.org/resources/quantb/>

лікар-статистик, відповідальний за підготовку квартальних (форма № 33-коротка) та річних (форма № 33) звітів, та фахівець з аналітики, який працює з ІС СЗХ, збирає вісім форм квартальної звітності, веде документацію із забезпечення якості та відповідні показники, проводить моніторингові візити й виконує пов'язані з цим аналітичні завдання.

На центральному рівні в Центрі медичної статистики МОЗ питаннями звітності щодо ТБ займається один штатний працівник, відповідальний за узагальнення даних за формами № 8 та № 33. На обласному рівні функції МіО зазвичай виконують два-три фахівці організаційно-методичних відділів обласних протитуберкульозних закладів.

На районному рівні функції МіО визначаються чинними нормативно-правовими актами та методичними рекомендаціями і реалізуються в межах наявних організаційних структур закладів охорони здоров'я. Розподіл навантаження та завдань між фахівцями залежить від штатної чисельності та особливостей організаційної структури. Водночас на обласному рівні відсутня стандартизована чи формалізована структура груп з МіО, а обов'язки суттєво відрізняються залежно від місцевих ресурсів, інституційної спроможності та операційних пріоритетів.

Моніторингові візити з національного на обласний та районний рівні зазвичай проводяться щонайменше раз на рік у кожній області. Через безпекові та логістичні обмеження деякі візити було переведено у віртуальний формат. В межах областей також відбуваються візити з МіО до районів та закладів ПМД, однак їхня періодичність та організація значно варіюються, а нагляд часто здійснюється дистанційно (наприклад, телефоном).

У деяких регіонах реалізації протитуберкульозної програми та підвищенню її операційної ефективності сприяють угоди про співпрацю між структурами ПМД, обласними лікарнями та епідеміологічними службами. Проте загалом система МіО на регіональному рівні залишається фрагментованою, не маючи єдиної структури та демонструючи значні відмінності між областями.

Система реєстрації актів цивільного стану

Процедура реєстрації смерті регулюється *Законом України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану»*¹¹³ та пов'язаними з ним нормативно-правовими актами.¹¹⁴ Цей процес розпочинається з видачі лікарського свідоцтва про смерть (форма № 106/о), яке заповнює лікар на підставі клінічних спостережень та записів у медичній документації. Якщо смерть настала поза межами закладу охорони здоров'я, свідоцтво може видати патологоанатом або лікар швидкої допомоги; у випадках насильницької чи нез'ясованої смерті залучається судово-медичний експерт.

Чинна система реєстрації передбачає передачу паперових документів послідовним ланцюгом: від закладу охорони здоров'я лікарське свідоцтво про смерть передається до органів державної реєстрації актів цивільного стану; ці органи видають офіційне свідоцтво про смерть родичам або представникам померлої особи, після чого паперова документація передається від органів реєстрації актів цивільного стану до органів державної статистики.

У разі смерті людини лікар видає лікарське свідоцтво про смерть (форма № 106/о) на основі клінічних спостережень та записів у медичній карті. Якщо смерть настає поза межами медичного закладу (вдома, у громадському місці тощо), свідоцтво може видати патологоанатом або лікар невідкладної медичної допомоги на підставі огляду медичної документації та результатів розтину.

¹¹³Закон України «Про державну реєстрацію актів цивільного стану», <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2398-17> [дата звернення: 1 листопада 2022 року].

¹¹⁴ Наказ Міністерства юстиції України «Про затвердження Правил державної реєстрації актів цивільного стану в Україні»; <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0719-00> [дата звернення: 1 листопада 2022 року].

Лікарське свідоцтво про смерть видається у двох примірниках: перший надається родичам або іншим особам, які взяли на себе зобов'язання щодо поховання, а другий залишається в закладі охорони здоров'я, де зберігається протягом одного року, після чого підлягає знищенню. У сільській місцевості за відсутності лікаря свідоцтво про смерть може видавати фельдшер. У випадках насильницької чи підозри на насильницьку смерть, раптової або нез'ясованої смерті, неможливості встановлення особи померлого, а також раптової смерті дітей віком до одного року залучення судово-медичного експерта є обов'язковим.

Відомості про акти цивільного стану (включно зі смертю) вносяться до Державного реєстру актів цивільного стану громадян – електронної інформаційної системи, ведення якої забезпечують органи державної реєстрації актів цивільного стану. Держателем реєстру є Міністерство юстиції, а адміністратором – державне підприємство «Національні інформаційні системи». Органами, відповідальними за державну реєстрацію актів цивільного стану, є відповідні відділи державної реєстрації, виконавчі органи сільських, селищних, міських рад, а також дипломатичні представництва та консульські установи України за кордоном. Заява про державну реєстрацію смерті подається не пізніше трьох днів із дня настання смерті. Після реєстрації заявник отримує свідоцтво про смерть державного зразка.

Для адміністративних потреб здійснюється обмін даними з Національною службою здоров'я, Єдиним державним демографічним реєстром, Державним реєстром фізичних осіб – платників податків, Державним реєстром виборців та Пенсійним фондом.

Дані про смертність публікує Державна служба статистики, що є єдиним уповноваженим органом, відповідальним за офіційні демографічні показники. Детальна статистика смертності щорічно оприлюднюється у збірниках відкритого доступу, розміщених на вебсайтах Державної служби статистики та її територіальних органів. Крім того, на сайті Держстату доступні щорічні та щомісячні дані про смертність, починаючи з 1989 року.

Україна досягла значного прогресу у зміцненні своїх систем даних щодо ТБ. Перехід на платформу ІС СЗХ уможливив епідеміологічний нагляд у реальному часі на основі ведення кожного окремого випадку. Автоматизований збір результатів GeneXpert через систему GxAlert, а також розширення цифрових інструментів для контролю прихильності до лікування та моніторингу на рівні громад, ще більше посилили епідеміологічний нагляд та підтримку пацієнтів. Спеціальний відділ МіО в структурі ЦГЗ забезпечує належний нагляд за виконанням програми протидії ТБ. Система державної реєстрації актів цивільного стану гарантує стандартизоване документування та своєчасну реєстрацію даних про смертність, включно з випадками смерті, пов'язаними з ТБ.

Для підвищення ефективності, повноти та інтеграції епіднагляду за ТБ все ще необхідно усунути кілька суттєвих недоліків. Платформа ІС СЗХ не має автоматизованих засобів контролю якості даних, і багато ключових показників досі розраховуються вручну. Цифрові системи залишаються лише частково сумісними, що призводить до паралельних потоків даних та фрагментованої звітності. Лабораторна звітність часто є неузгодженою, оскільки за відсутності національної ЛІМС вона спирається на паперові форми та неінтегровані інструменти. Структури МіО значно відрізняються в різних областях, а відсутність єдиного національного посібника з МіО обмежує стандартизацію. Звітність про смертність залежить від паперового документообігу, що затримує отримання статистичних даних про смерті, пов'язані з ТБ.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Посилити автоматизовані механізми забезпечення якості даних на платформі ІС СЗХ.	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ

	[Високий пріоритет]		
2	Підвищити функціональну сумісність та оптимізувати потоки даних між цифровими системами у сфері протидії ТБ шляхом автоматизації інтеграції зовнішніх даних до ІС СЗХ з використанням персональних ідентифікаторів, затвердивши ІС СЗХ як єдине достовірне джерело даних про ТБ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ
3	Розробити в межах ІС СЗХ автоматизовані інформаційні панелі (дашборди) та інструменти звітності для розрахунку ключових показників ТБ безпосередньо на основі персоніфікованих даних, що дозволить скоротити ручну обробку, мінімізувати помилки та забезпечити своєчасну і стандартизовану звітність. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ
4	Розробити та впровадити національну ЛІМС, інтегровану з ІС СЗХ, для забезпечення стандартизованого, своєчасного та повного звітування щодо лабораторних даних про ТБ, що замінить розрізнені реєстри на базі Excel та локальні бази даних закладів. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ
5	Стандартизувати та зміцнити практики МіО на всіх рівнях шляхом створення офіційних команд з МіО на обласному та районному рівнях для забезпечення послідовного впровадження та нагляду. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ
6	Розробити національний посібник з МіО, що визначатиме індикатори, процедури перевірки даних та стандарти звітності для підвищення якості даних, узгодження практик та підтримки прийняття рішень на основі фактичних даних. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ
7	Забезпечити своєчасне та повне звітування про випадки смерті, пов'язані з ТБ. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ

*

*

*

Дослідження у сфері протидії ТБ

Третій основний напрям Європейського регіонального плану дій ВООЗ із боротьби з ТБ на 2023–2030 роки присвячений активізації досліджень та інновацій відповідно до Глобальної стратегії ВООЗ з досліджень та інновацій у сфері протидії ТБ. Очікується, що держави-члени забезпечать інфраструктуру, потенціал та стале фінансування для досліджень ТБ, зокрема, операційних та імплементаційних, щоб прискорити впровадження нових інструментів і підходів для досягнення цілей стратегії «Покласти край туберкульозу» (End TB).

Пріоритетні заходи включають:

- перегляд законодавства для сприяння проведенню досліджень;
- розробку національних планів досліджень ТБ із розрахунком їхньої вартості;
- створення національних дослідницьких центрів з питань ТБ із чіткими повноваженнями щодо визначення, координації та моніторингу програми досліджень;
- створення національної мережі комітетів з питань етики для підтримки досліджень у сфері протидії ТБ.

Національна рамкова програма досліджень ТБ

Україна досягла значного прогресу у створенні сприятливого середовища та визначенні досліджень ТБ як одного з ключових компонентів національної відповіді на епідемію ТБ. Національна стратегія протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам в Україні на період до 2030 року прямо визначає дослідження як рушійну силу інновацій, формування політики на основі фактично підтверджених даних та поліпшення результатів у сфері громадського здоров'я. Стратегія реалізується через трирічні імплементаційні плани. Останній такий документ – План заходів на 2024–2026 роки – визначає конкретні пріоритети досліджень ТБ, серед яких: удосконалення діагностичних алгоритмів, оптимізація схем лікування ЛС-ТБ та оцінка інтегрованих моделей надання допомоги в постраждалих від війни регіонах. План також передбачає проведення епідеміологічних і поведінкових досліджень для кращого розуміння динаміки передачі інфекції серед внутрішньо переміщених осіб та вразливих груп населення, а також дослідження систем охорони здоров'я для оцінки стійкості та адаптивності протитуберкульозних служб в умовах воєнного стану.

У грудні 2023 року в Україні було ініційовано процес, результатом якого стало затвердження національного плану наукових досліджень ТБ на 2023–2027 роки. Цей процес відбувся у форматі багатосторонніх консультацій зацікавлених сторін під головуванням Міністерства охорони здоров'я та за підтримки ВООЗ. План було розроблено з використанням методології, схваленої ВООЗ, що включала огляд ключових документів, тематичні консультації та два раунди опитувань за методом Дельфі. До процесу були залучені фахівці з громадського здоров'я, науковці, клініцисти, представники громадянського суспільства та громад, а також зовнішні експерти. Фінальний план містить 52 теми для досліджень, згруповані за тематичними напрямками. У 2025 році план було переглянуто за участі наукових кіл, після чого під керівництвом Центру громадського здоров'я та за внеску академічних установ й інших партнерів було створено механізм його імплементації.

Крім того, у 2025 році було розроблено та спільно затверджено Концепцію співпраці, що визначає ключові засади взаємодії, пріоритетні напрями діяльності та механізми підтримки спільних зусиль у дослідженнях ТБ. Концепція передбачає:

- консолідацію зусиль науково-дослідних установ, закладів освіти, органів державної влади, закладів охорони здоров'я, громадських організацій та міжнародних партнерів для ефективної протидії ТБ;
- створення єдиної дослідницької платформи для координації наукових ініціатив та сприяння обміну інформацією;

- визначення пріоритетних напрямів досліджень та мобілізацію додаткових ресурсів для їх реалізації;
- розширення партнерства, залучення нових зацікавлених сторін та посилення міжнародного співробітництва.

Система взаємодії об'єднує регіональні фтизіопульмонологічні центри, науково-дослідні установи та академічні кафедри, що займаються підготовкою фахівців і дослідженнями, а також партнерські організації, які підтримують впровадження інноваційних підходів та надання допомоги, орієнтованої на потреби людини. Ця структура покликана забезпечити координацію наукових ініціатив, сприяти обміну інформацією та зміцнювати партнерські відносини між державними органами, громадянським суспільством і міжнародними зацікавленими сторонами.

Екосистема досліджень ТБ в Україні складається з різноманітних установ, що роблять внесок у розробку політики, науковий прогрес та імплементацію програм:

Академічний сектор:

- *Державна установа «Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України» (НІФП)* – провідний національний центр наукових досліджень і клінічної експертизи у сфері протидії ТБ, що реалізує багаторічні дослідження з питань ЛС-ТБ, супутніх захворювань, психічного здоров'я та інноваційних методів лікування;
- *Національна академія медичних наук України (НАМНУ)* – відповідальна за планування, затвердження та фінансування науково-дослідних проєктів;
- *Університети та академічні установи* – роблять внесок в епідеміологічні, лабораторні та медико-системні дослідження через профільні факультети та кафедри, включно з кафедрами фтизіатрії та пульмонології національних медичних університетів (зокрема, Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика та Національного медичного університету імені О. О. Богомольця), а також відповідні кафедри медичних університетів у регіонах.

Неакадемічний сектор:

- *Міністерство охорони здоров'я (МОЗ)* – визначає стратегічні напрями та здійснює нагляд за дослідженнями ТБ;
- *Центр громадського здоров'я (ЦГЗ)* – координує та проводить дослідницьку діяльність у сфері протидії ТБ у масштабах країни; з 2018 року в його структурі функціонує спеціалізований відділ досліджень, що забезпечує підтримку програм громадського здоров'я;
- *Регіональні протитуберкульозні заклади* – є базою для проведення клінічних випробувань, наукових досліджень та збору даних;
- *Міжнародні партнери (ВООЗ, Глобальний фонд та інші)* – сприяють розбудові потенціалу, проведенню операційних досліджень та реалізації спільних наукових проєктів;
- *Організації громадянського суспільства та спільнот* – роблять внесок у дослідження питань стигми, прихильності до лікування, соціальної підтримки та залучення громад.

Фінансування досліджень ТБ

Дослідження ТБ в Україні фінансуються за рахунок поєднання державних та зовнішніх джерел. На інституційному рівні Національна академія медичних наук України (НАМНУ) надає базове фінансування, що переважно покриває витрати на оплату праці персоналу. Додаткові державні ресурси залучаються через програми громадського здоров'я та конкурсні механізми, зокрема,

через Національний фонд досліджень України (НФДУ), Національну академію наук України та цільові державні програми.

Проте на практиці державне фінансування залишається обмеженим, і переважна частина досліджень ТБ здійснюється за підтримки зовнішніх донорів. Серед них – Глобальний фонд, USAID (раніше), ВООЗ, ПРООН, організація «Лікарі без кордонів» (MSF) та інші. Ця підтримка охоплює як цільові дослідницькі гранти, так і дослідницькі компоненти, що є складовою ширших програмних грантів. Разом ці джерела фінансування забезпечують спроможність України проводити стратегічні, операційні та імплементаційні дослідження у сфері протидії ТБ. Із середини 2025 року призупинення дослідницької діяльності, фінансованої Глобальним фондом, у поєднанні із загальним скороченням зовнішнього фінансування, створює суттєвий ризик зменшення масштабів та інтенсивності досліджень ТБ, що може мати наслідки для реалізації Національної програми досліджень ТБ.

Правові та етичні засади досліджень ТБ

Дослідження ТБ в Україні регулюються національним законодавством, етичними стандартами та інституційними механізмами, що забезпечують наукову доброчесність, захист учасників та відповідність міжнародним стандартам.

Ключовими інструментами нормативно-правової бази є:

- *Закон України «Про наукову і науково-технічну діяльність»* (№ 848-VIII від 26.11.2015)¹¹⁵ – визначає засади державної підтримки досліджень, роль наукових установ, а також механізми фінансування та оцінювання.
- *Закон України «Про захист персональних даних»* (№ 2297-VI від 01.06.2010)¹¹⁶ – забезпечує конфіденційність і безпеку персональних даних, що використовуються в дослідженнях, зокрема, чутливої інформації про стан здоров'я.
- *Закон України «Про систему громадського здоров'я»*¹¹⁷ (№ 2573-IX від 06.09.2022) – визначає протидію ТБ як національний пріоритет та вимагає застосування науково обґрунтованих підходів, включно з проведенням досліджень.
- Інші галузеві закони та накази МОЗ – регулюють специфічні заходи з протидії ТБ, лабораторні стандарти та інфекційний контроль¹¹⁸.

Етичне врядування та нагляд відповідають міжнародним стандартам, зокрема, Гельсінській декларації та *Міжнародним етичним рекомендаціям для біомедичних досліджень за участю людини Ради міжнародних науково-медичних організацій (CIOMS)*. Згідно з чинним законодавством України, вимога щодо обов'язкового попереднього схвалення Комісією з питань етики поширюється на клінічні випробування. Водночас в Україні відсутній національний нормативно-правовий акт, який би вимагав схвалення етичних аспектів неклінічних досліджень (наприклад, соціологічних, поведінкових, біоповедінкових чи епідеміологічних). Комісія з питань етики при ЦЗ не розглядає клінічні випробування; натомість вона проводить оцінювання неклінічних досліджень у сфері громадського здоров'я, поданих у межах її компетенції. Для таких досліджень комісія з етичних питань ЦЗ розглядає повний пакет документів, що зазвичай містить: протокол дослідження, усі інструменти дослідження, форми інформованої згоди для респондентів, угоди про конфіденційність даних для дослідницької групи, а також супровідні матеріали (наприклад, документи для залучення учасників, плани управління даними та їхнього захисту).

¹¹⁵ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/848-19#Text>

¹¹⁶ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text>

¹¹⁷ <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>

¹¹⁸ <https://phc.org.ua/en/diseases-and-information/tuberculosis/guidelines>

Етична експертиза досліджень проводиться комісіями з питань етики при МОЗ України (зокрема, Комісією з питань етики при Центрі громадського здоров'я¹¹⁹) та Національній академії медичних наук України (НАМН України). НАМН України здійснює нагляд за дотриманням етичних норм у підпорядкованих наукових установах, включно з НІФП.

Розбудова потенціалу у сфері досліджень ТБ

В Україні створено багаторівневу систему для посилення науково-дослідного потенціалу у сфері протидії ТБ:

- На базі НІФП діє Спеціалізована вчена рада, яка щорічно присуджує 3-4 наукові ступені доктора філософії (PhD) за спеціальностями, пов'язаними з ТБ. Також функціонує Національний тренінговий центр для професійного зростання медичних працівників, який у 2024 році організував 45 освітніх заходів, а у 2025 році – 20, присвячених клінічним дослідженням, діагностиці та громадському здоров'ю.
- Післядипломна освіта координується НАМН України та медичними університетами й охоплює навчальні модулі з методів клінічних досліджень, молекулярної діагностики, імплементаційних наук та етики. Триває робота з інституціоналізації науково-дослідної підготовки в межах програм інтернатури та аспірантури.
- Молоді фахівці залучаються до дослідницької діяльності через програми наставництва та участь у наукових конференціях.
- Організації громадянського суспільства сприяють залученню до досліджень представників уразливих груп населення та є співorganizаторами досліджень, присвячених стигмі, прихильності до лікування та соціальним детермінантам здоров'я.
- Міжнародні партнери роблять свій внесок через організацію тренінгів, надання технічної допомоги та реалізацію спільних дослідницьких проєктів.

Дослідницькі проєкти у сфері протидії ТБ

За останнє десятиліття діяльність із дослідження ТБ значно розширилася. НІФП реалізував низку структурованих науково-дослідних проєктів¹²⁰, серед яких:

- оцінка ефективності елементів медико-психосоціальної підтримки для людей, які хворіють на ТБ (2024 рік);
- оцінка впливу війни та пандемії COVID-19 на психічне здоров'я людей, які хворіють на ТБ, і медичних працівників (2024 рік);
- оцінка ефективності програмного забезпечення CAD у межах програми скринінгу на ТБ в Україні;
- вплив пандемії COVID-19 на виявлення випадків ТБ (2022–2023 роки);
- незалежний огляд Плану переходу України 20-50-80 (2023 рік);
- операційне дослідження дотримання стандартів надання допомоги при ТБ, зокрема, при лікарсько-стійкому ТБ (2021–2023 роки);
- оцінка доступності послуг з протидії ТБ на рівні первинної медичної допомоги (2022–2023 роки);
- дослідження витрат пацієнтів, пов'язаних із діагностикою ТБ та ВІЛ у системі охорони здоров'я (2021–2022 роки);
- оцінка ефективності та безпеки модифікованих короткострокових режимів лікування рифампіцин-резистентного ТБ в Україні (2020–2024 роки);
- оцінка фіскальних, адміністративних та політичних наслідків реформи охорони здоров'я для доступу до послуг людей, які живуть з ВІЛ, ТБ, вірусними гепатитами та розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (2021 рік);

¹¹⁹ <https://phc.org.ua/naukova-diyalnist/komisiya-z-pitan-etiki>

¹²⁰ <https://phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-tuberkulozu>

- розробка диференційованих алгоритмів короткострокової терапії лікарсько-стійкого ТБ (2019–2021 роки);
- дослідження впливу супутніх захворювань (порушень психічного здоров'я, залежностей, хронічних хвороб) на результати лікування ТБ серед цивільного та військового населення (2025–2027 роки).

У межах виконання функцій з управління програмою ЦГЗ координував операційні дослідження, присвячені вивченню бар'єрів на шляху до виявлення, діагностики та лікування ТБ, особливо в сільській місцевості та пенітенціарних закладах.

Додаткові дослідження були спрямовані на оцінку дотримання національних стандартів лікування ТБ, ефективності та безпеки короткострокових режимів (зокрема, ВРАL та мСКЛ), а також на вивчення інтеграції програмного забезпечення CAD у процеси скринінгу на ТБ. Також було досліджено вплив пандемії COVID-19 і війни на результативність програми та стан психічного здоров'я. У 2024 році в межах проекту ГФ ЦГЗ замовив дослідження для оцінки рівня стигми, яке було виконано НУО «100% Життя».

Деякі заплановані на 2025 рік дослідження – як-от опитування щодо катастрофічних витрат та аналіз повноти надання послуг – не були реалізовані через обмежене фінансування. Однак після консультацій з Департаментом досліджень було отримано погодження від Глобального фонду на проведення дослідження щодо катастрофічних витрат серед пацієнтів з ТБ, яке заплановано на 2026 рік.

Рецензовані наукові публікації

У період з 2018 по 2025 рік українські науковці зробили внесок у світову сферу досліджень ТБ у вигляді 55 рецензованих публікацій. У 2018–2022 роках 27 досліджень були присвячені нагляду за лікарською стійкістю, ТБ у дітей та підлітків, ефективності діагностики, результатам лікування та збоям у наданні послуг, пов'язаним із війною. У 2023–2025 роках 28 досліджень зосереджено на поглибленому аналізі когорт, молекулярній епідеміології, цифрових технологіях контролю за прихильністю до лікування та інноваціях у педіатричній діагностиці. Цей зростаючий обсяг роботи свідчить про розширення дослідницького потенціалу та сталу залученість до наукової діяльності.

Інтеграція досліджень у реалізацію програми протидії ТБ

Україна ефективно інтегрувала операційні та прикладні дослідження у свою національну програму протидії ТБ. Отримані дані лягли в основу оновлення клінічних протоколів, діагностичних алгоритмів та моделей надання послуг. Дослідження сприяли впровадженню короткострокових схем лікування ЛС-ТБ, розгортанню молекулярної діагностики на рівні ПМД та застосуванню цифрових інструментів для контролю прихильності до лікування.

Було розроблено диференційовані моделі медичної допомоги для вразливих груп населення, зокрема, для дітей, ЛЖВ та ВПО. Локальні дослідження стали підґрунтям для впровадження інтервенцій у пенітенціарних закладах та сільській місцевості, дозволили оцінити шляхи передачі інфекції під час війни та проаналізувати підходи до надання допомоги на рівні громад. Ці науково обґрунтовані висновки підвищили гнучкість програми, її адаптивність до місцевих потреб та загальну ефективність.

Загалом, Україна досягла значного прогресу у зміцненні науково-дослідного середовища у сфері протидії ТБ. Цьому сприяли ґрунтовна нормативно-правова та стратегічна база, а також розроблення першого Національного плану досліджень ТБ, що визначає чіткі пріоритети та скоординовану структуру впровадження. Дослідницький потенціал поступово зростає завдяки академічним програмам, професійній підготовці та міжнародній співпраці, а дані операційних та наукових досліджень стали основою для оновлення клінічних протоколів, методів діагностики

та надання послуг. Цей прогрес знаходить своє відображення у збільшенні кількості рецензованих наукових публікацій у період між 2018 та 2025 роками.

Водночас фінансування досліджень ТБ залишається обмеженим і нестабільним, а співпраці між установами перешкоджає відсутність формальних механізмів координації. Ці обмеження знижують ефективність, уповільнюють процес отримання наукових даних та обмежують ширший вплив досліджень на результативність програми.

Рекомендації

№	Рекомендація	Термін виконання	Виконавець(ці)
1	Забезпечити подальшу інституційну та міжсекторальну координацію у сфері дослідження ТБ шляхом посилення співпраці між провідними національними установами (НІФП та ЦГЗ) та впровадження механізмів спільного планування за участю академічних установ, органів системи громадського здоров'я та організацій громадянського суспільства. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ
2	Зміцнити координацію та мобілізацію ресурсів на дослідження ТБ за допомогою національного механізму, який об'єднує державні бюджети, міжнародних донорів, приватний сектор та академічні установи з метою гармонізації фінансування та адвокації збільшення державних інвестицій у Національний план досліджень ТБ. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ
3	Гарантувати виконання затверджених високопріоритетних досліджень ТБ, зокрема, запланованого на 2026 рік дослідження катастрофічних витрат за підтримки Глобального фонду; вивчити додаткові можливості для залучення фінансування на дослідження профілактичного лікування контактних осіб з МЛС-ТБ та на інші пріоритетні напрями. [Високий пріоритет]	Короткостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери
4	Інтегрувати моніторинг та оцінку досліджень ТБ у національні програмні засади, розробивши стандартизовану систему для відстеження прогресу, впровадження результатів та їхнього впливу на ефективність протитуберкульозної програми.	Середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери

5	Розширити дослідження ТБ на рівні громад, підтримуючи та масштабуючи проекти, що реалізуються у партнерстві з громадськими організаціями та зосереджені на вивченні стигми, прихильності до лікування та соціальних детермінант здоров'я. [Високий пріоритет]	Середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери
6	Організувати навчання з розробки рукописів та академічного письма для персоналу організацій-виконавців досліджень з метою посилення належної наукової практики та сприяння публікаціям у рецензованих наукових виданнях.	Середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери
7	Розвивати міжнародне співробітництво, заохочуючи партнерські зв'язки між українськими науково-дослідними інституціями у сфері ТБ та закордонними академічними й клінічними установами для обміну знаннями, методиками та найкращими практиками.	Середньостроковий	ЦГЗ, МОЗ, партнери

*

*

*

Додатки

Додаток 1 Огляд епідеміологічної ситуації з ТБ

Додається окремим файлом.

Додаток 2 Оцінювання показників у сфері діагностики

19 вересня 2025 року

<i>Показник</i>	<i>2024</i>
Кількість осіб із діагностованим ТБ з розбивкою за формою захворювання	18 311
Рівень реєстрації випадків ТБ	48,9
Відсоток нових випадків захворювання, що залишаються невиявленими або незареєстрованими	Оціночна кількість людей, які хворіють на ТБ: 33,000 (26,000-40,000) Частка невиявлених або незареєстрованих випадків: 44% (29%-54%)
Відсоток випадків ЛС-ТБ серед уперше виявлених випадків (що може свідчити про первинну передачу інфекції)	22,1% (частка випадків із Риф-ТБ серед нових випадків)
Відсоток уперше виявлених випадків та рецидивів ТБ, діагностованих за допомогою експрес-тестів у рамках первинної діагностики	97,8% (охоплення тестуванням методом Xpert)
Відсоток людей, які хворіють на ЛС-ТБ, яким було проведено ТМЧ до препаратів 2-го ряду	94,2% (охоплення тестуванням на чутливість до фторхінолонів серед людей, які хворіють на МЛС-ТБ/Риф-ТБ)
Відсоток зареєстрованих випадків МЛС-ТБ/Риф-ТБ	19,1
Відсоток осіб із підозрою на ТБ, обстежених за допомогою рекомендованих ВООЗ діагностичних експрес-тестів як початкового методу діагностики	10,7% (10918/101722)
Відсоток випадків, діагностованих клінічно, без бактеріологічного підтвердження	27,3% (5218/19122)
Відсоток бактеріологічно підтверджених випадків серед усіх зареєстрованих випадків ТБ	72,7 (13904/19122)
Відсоток бактеріологічно підтверджених випадків серед осіб, обстежених за допомогою рекомендованими ВООЗ діагностичних експрес-тестів як початкового методу діагностики	67,4% (12593/18692), з них MG+ та LAM+
Чи відповідають національна політика та діагностичний алгоритм принципам забезпечення загального доступу до ТМЧ?	Так
Відсоток діагностичних лабораторій, які здійснюють моніторинг показників ефективності та беруть участь у системі ЗКЯ для всіх методів діагностики, які вони застосовують	93%
Відсоток лабораторій, що проводять ТМЧ, які підтвердили свою компетентність за результатами тестування контрольних зразків у рамках ЗКЯ для всіх методів ТМЧ, які вони застосовують	100%
Відсоток лабораторій, що проводять культуральні, генотипні чи фенотипні ТМЧ (або їх комбінацію), в яких впроваджується офіційна система управління якістю з метою акредитації відповідно до міжнародних стандартів	79%
Чи акредитована Національна референс-лабораторія відповідно до стандарту ISO 15189:2012?	Так
Відсоток діагностичних центрів, що використовують молекулярно-генетичні діагностичні експрес-тести (мШДТ), у яких створено систему обміну даними для електронної	100%

Показник	2024
передачі результатів лікарям та в інформаційну систему управління	
Кількість та частка результатів мШДТ, переданих лікарям за допомогою електронних систем	100% усіх позитивних результатів передаються в режимі реального часу на електронну пошту лікаря обласного протитуберкульозного диспансеру (через систему GX Alert/Aspect)
Частка зразків, зібраних для проведення тестування за допомогою мШДТ, результати яких було отримано у встановлений цільовий термін (тобто час від моменту збору зразка до отримання результату)	100%
Відсоток закладів охорони здоров'я, що мають доступ до швидких діагностичних тестів (ШДТ) (на місці або через систему направлення зразків)	100%
Відсоток потреб у тестуванні за допомогою ШДТ, що покривається наявними діагностичними потужностями	100%
Відсоток зареєстрованих бактеріологічно підтверджених випадків ТБ з результатами ТМЧ щонайменше до рифампіцину	98% (13266/13547)
Відсоток зареєстрованих випадків МЛС-ТБ/Риф-ТБ з результатами ТМЧ до фторхінолонів	82% Усі випадки (легеневі та позалегеневі)
Відсоток зареєстрованих випадків пре-ШЛС-ТБ з результатами ТМЧ до препаратів групи А, окрім фторхінолонів	71,3%
Час виконання тестування від моменту збору зразка до видачі результату лабораторією (у розрізі методів): ► МЕД = 48 годин ► Низькотехнологічний аМГТ (фторхінолони) (ШЛС-ТБ) = 48 годин ► LPA/високотехнологічний мМГТ (піразинамід) = 7 днів ► Культуральне дослідження = до 44 днів (на рідких середовищах) / до 58 днів (на щільних середовищах)	(Кількість тестів, виконаних у межах стандартного терміну / Загальна кількість виконаних тестів) 90%
Відсоток лабораторій, що використовують МЕД та відповідають мінімальному показнику якості	(Загальна кількість лабораторій з рівнем помилок МЕД $\leq 4\%$ / Кількість лабораторій, що проводять МЕД): 100%
Відсоток діагностичних пунктів тестування, які відстежують показники ефективності та беруть участь у системі ЗКЯ для всіх методів діагностики, що застосовуються	100%
Відсоток діагностичних закладів (у розрізі видів тестування), які продемонстрували належний рівень компетентності (>90%) за результатами ЗКЯ	100%
Відсоток діагностичних закладів (у розрізі видів тестування), які акредитовані або перебувають у процесі впровадження офіційної системи управління якістю для подальшої акредитації	92%
Рівень контамінації при культуральному дослідженні на щільних середовищах (з аналізом за партіями)	4,5%
Рівень контамінації при автоматизованому культуральному дослідженні на рідких середовищах (з аналізом за партіями)	9,2%
Відсоток пунктів тестування, що використовують МЕД, у яких впроваджено систему обміну даними, що забезпечує електронну передачу результатів лікарям та в інформаційно-управлінську систему	29 лабораторій 2-го рівня (МОЗ, пенітенціарна служба) – 100% охоплено ІС СЗХ та 100% системою GX Alert/Aspect

<i>Показник</i>	<i>2024</i>
	186 лабораторій 1-го рівня (МОЗ, пенітенціарна служба) – 96% охоплено лише системою GX Alert/Aspect

* * *

Додаток 3 Нормативне регулювання розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах (наказ МОЗ № 1062 від 12.10.2016 року)

Документ

Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 12 жовтня 2016 року № 1062 «Про затвердження Методики розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах», зареєстрований у Міністерстві юстиції України 3 листопада 2016 року за № 1431/29561.

Призначення документа

Запровадження єдиного стандарту розрахунку потреби у протитуберкульозних препаратах першого та другого ряду для раціонального планування закупівель та рівномірного розподілу лікарських засобів в усіх регіонах України.

Основні положення методики

Обов'язковість застосування

Застосування методики є обов'язковим для всіх державних і комунальних закладів охорони здоров'я, які здійснюють діагностику, лікування та профілактику ТБ.

Джерела даних

Розрахунок потреби здійснюється на основі офіційних форм статистичної та епідеміологічної звітності, а саме:

- форма № 4 (ТБ-07) – нові випадки та рецидиви ТБ;
- форми № 8-1 (ТБ-08), 8-2 (ТБ-10), 8-3 (ТБ-11) – дані про результати лікування та лікарську стійкість;
- форма № 33-здоров – річний звіт про пацієнтів із ТБ;
- форми № 4-2 та 8-4 – дані для розрахунку потреби для випадків МЛС-ТБ/Риф-ТБ.

Основні принципи розрахунку

- Застосовується стандартизований підхід для кожної категорії пацієнтів (категорії 1–4, включно з дітьми та людьми, які живуть з ВІЛ).
- Курсове дозування розраховується відповідно до тривалості лікування (6, 12, 18 або 20 місяців, залежно від категорії).
- Включається 100-відсотковий резерв від річної потреби.
- У розрахунках враховуються наявні залишки на складах та гарантовані поставки, включно із закупівлями за підтримки донорів (Глобальний фонд, GDF, гуманітарні програми).

Алгоритми розрахунку

Застосовуються окремі алгоритми для:

- дорослих та дітей із чутливим до лікарських засобів ТБ;
- пацієнтів із моно- або полірезистентним ТБ;
- пацієнтів із МЛС-ТБ/Риф-ТБ (включно з поточними, попередніми та двома роками попередньої реєстрації);
- профілактичного лікування (ПЛТ) для людей, які живуть з ВІЛ, контактних осіб та дітей.

Форма та структура розрахунку потреби

Квантифікація проводиться з використанням стандартизованого шаблону (Додаток 1 до Методології), який включає:

- коди категорій пацієнтів;
- дозування та стандартні курсові дози для кожного лікарського засобу;
- механізм обліку вартості;
- поля для коригування даних про залишки на складах та графіки поставок.

Алгоритми охоплюють:

- препарати першого ряду: H, R, Z, E, S та комбіновані препарати з фіксованими дозами;
- препарати другого ряду: Km, Am, Cm, Lfx, Mfx, Pt, Cs, Trz, PAS, Lzd, Cfz та інші;
- особливі групи пацієнтів: діти (віком 0–14 років), люди, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), пацієнти, які отримують замісну підтримувальну терапію (метадон), а також режими профілактичного лікування (6Н, ЗНР тощо).

Практичне застосування

У період з 2016 по 2020 рік ця Методологія слугувала основним нормативним документом для:

- щорічного та щоквартального розрахунку потреби в протитуберкульозних препаратах;
- підготовки бюджетних запитів та паспортів бюджетних програм;
- планування закупівель через Державне підприємство «Медичні закупівлі України» (МЗУ);
- координації дій з донорами (Глобальний фонд, GDF, АМР США та інші) з метою запобігання дефіциту лікарських засобів.

Коментар щодо поточного стану

З 2021 року за технічної підтримки Фонду «Глобальний механізм із забезпечення лікарськими засобами» (GDF) та ВООЗ Україна перейшла на використання інструменту QuanTB як основного механізму для розрахунку та прогнозування потреби в протитуберкульозних препаратах.

QuanTB забезпечує автоматизовані розрахунки, що враховують рівень запасів, терміни придатності, заплановані поставки та тенденції споживання, а також генерує сигнали раннього попередження про потенційний дефіцит або надлишок препаратів.

Коментарі та рекомендації – Методологія 2016 року, її термінологія, перелік лікарських засобів, форми звітності, обсяг резервного запасу тощо застаріли й потребують перегляду для приведення у відповідність до сучасних практик лікування, що впроваджуються Центром громадського здоров'я.

* * *

Додаток 4. Основні компоненти національної системи управління запасами та раннього попередження (для підрозділу «ІСУЛ та СРП»)

Опишіть поточні основні компоненти національної системи управління запасами та раннього попередження (СРП): які дані використовуються, в якому форматі, як часто вони оновлюються та хто відповідає за їх обробку.

№	Компонент / Процес	Ключові дані та показники	Формат / Інструмент	Періодичність оновлення	Відповідає сторона	Примітка
1	Моніторинг запасів (МЗ)	Залишки лікарських засобів, забезпеченість запасами в місяцях, терміни придатності	Таблиці Excel (шаблон ЦГЗ)	Щоквартально + за потреби в разі виявлення ризиків	Регіональні фтизіопульмологічні центри → ЦГЗ	Основне джерело даних для всіх аналітичних блоків
2	Аналіз ризиків	Відхилення під час МЗ (нестача/ надлишок), частка запасів із терміном придатності <6 місяців	Звіти Excel, зведені дані ЦГЗ	Щоквартально	ЦГЗ, відділ управління фармацевтичною продукцією	Використовується для розробки пропозицій з управління
3	Система раннього попередження (СРП)	Перелік лікарських засобів, що перебувають під ризиком дефіциту, надлишку або закінчення терміну придатності	Модель Excel ЦГЗ + сповіщення електронною поштою	Під час кожного оновлення даних / за потреби	ЦГЗ (національний координатор СРП)	Наразі процес ручний; планується автоматизація
4	Підготовка пропозицій для керівників	Узагальнений аналіз моніторингу, дані про запаси та рекомендації	Службові записки ЦГЗ у Word/Excel → МОЗ та МЗУ	Щоквартально та в надзвичайних ситуаціях	ЦГЗ	Основа для ухвалення рішень про перерозподіл або додаткові закупівлі
5	Документовані процедури (карта ризиків)	Послідовність дій, відповідальні сторони, терміни виконання	PDF/Word – «Карта процесу управління ризиками»	Оновлюється щорічно	ЦГЗ спільно з МОЗ	Визначає єдиний робочий процес для СРП
6	Розробка ІСУЛ	Модуль збору даних, автоматизований розрахунок запасів, інформаційні панелі (дашборди)	Вебплатформа (у розробці)	Заплановано оновлення в режимі реального часу	ЦГЗ (відділ ІТ + відділ управління фармацевтичною продукцією)	На пілотному етапі; планується інтеграція з QuantV

7	Якість та своєчасність даних	Дати подання звітів, помилки під час введення даних	Реєстр контролю звітності на базі Excel	Щоквартально	ЦГЗ + регіональні заклади	Критично важливий елемент для успішної автоматизації ІСУЛ
8	Комунікація та оповіщення	Повідомлення СРП та рекомендації щодо реагування	Електронна пошта / офіційні листи ЦГЗ	У разі виникнення ризиків	ЦГЗ → регіони та донори	Ключовий механізм для забезпечення безперервності постачання

*

*

*

Додаток 5 Результати регіонального аналізу залишків (станом на 1 серпня 2025 року) (для підрозділу «ІСУЛ та СРП»)

Станом на 1 серпня 2025 року було проведено огляд зведених національних і регіональних даних про залишки протитуберкульозних препаратів. Аналіз охоплював препарати для лікування як ЧТБ, так і ЛС-ТБ.

1. Препарати для лікування ЧТБ

Для детального аналізу було обрано кілька маркерних препаратів: 4-компонентний препарат із фіксованою комбінацією доз (ФКД) RHZE (150/75/400/275), 2-компонентний ФКД RH (150/75), рифампіцин 150 мг та 3-компонентний ФКД RHZ (75/50/150) у формі дитячих диспергованих таблеток.

Лікарський засіб	Запас у регіонах, місяців (за середнім споживанням по країні*)	Запас у регіонах, місяців (за даними QuanTB)	Регіональні відхилення (у місяцях)	
			Мінімум	Максимум
4-FDC RHZE (150/75/400/275)	6,9	5,4	2,6 Кіровоград	24,4 Черкаси
2-FDC RH (150/75)	38,9	5,0	5,1 Харків	>100 9 областей
3-FDC RHZ (75/50/150)	5,5	5,9	0,5 Львів	>10 7 областей
Рифампіцин 150	2,3	3,6	0,5 Кіровоград	6,8 Тернопіль

* Середньомісячне споживання за січень–липень 2025 року (сім місяців використання).

Варто зазначити, що середній рівень запасів у регіонах суттєво різняться залежно від препарату та загалом є нижчим за стандартний цикл закупівель. Однак, з урахуванням запасів на центральному національному складі та очікуваних поставок, дефіциту лікарських засобів не спостерігалось.

Ключові спостереження

- Існують розбіжності між запланованим (QuanTB) і фактичним споживанням, у деяких випадках незначні, в інших – суттєві.
- Коливання обсягів запасів у регіонах залишаються значними для всіх лікарських форм.

Інтерпретація

Відмінності в кількості місячних запасів для різних препаратів свідчать про невідповідність між обсягами, що прогнозувалися для споживання в попередньому циклі закупівель (файли QuanTB), та фактичним споживанням. Це може бути зумовлено змінами в кількості зареєстрованих випадків ТБ у країні, а також внутрішньою та зовнішньою міграцією.

На розбіжність між прогнозами QuanTB та фактичними даними споживання могли вплинути коригування у співвідношенні використання різних схем лікування (наприклад, заміна препаратів із фіксованою комбінацією доз (ФКД) на монокомпонентні лікарські засоби, і навпаки, у випадках закінчення терміну придатності), а також такі чинники, як міграція, плинність кадрів та наслідки пандемії COVID-19.

2. Лікарські засоби для лікування ЛС-ТБ

Маркерні препарати: бедаквілін 100 мг, моксифлоксацин 400 мг, претоманід 100 мг, лінезолід 600 мг, даламанід 50 мг.

Лікарський засіб	Запас у регіонах, місяців (за середнім споживанням по країні*)	Запас у регіонах, місяців (за даними QuanTB)	Регіональні відхилення (у місяцях)	
			Мінімум	Максимум
Бедаквілін 100 мг	11,9	16,1	5,4 Запоріжжя	33,1 Рівне
Моксифлоксацин 400 мг	9,1	11,6	1,0 Вінниця	>10 9 областей

Претоманід 100 мг	1,7	3,0	0,6 Івано- Франківськ	>6 3 області
Лінезолід 600 мг	3,2	6,1	0,5 Чернівці	>5 12 областей
Деламанід 50 мг	29,8	20,5	3,2 Чернігів	>30 9 областей

* Середньомісячне споживання за січень–липень 2025 року (сім місяців використання).

Варто зазначити, що середні регіональні рівні запасів суттєво коливаються залежно від найменування продукції, а для деяких товарів є нижчими за стандартний цикл закупівель. Однак, з урахуванням запасів на центральних національних складах та очікуваних поставок, дефіциту лікарських засобів не спостерігалось.

Тенденції, що спостерігаються щодо препаратів для лікування ЛС-ТБ, відображають ситуацію з препаратами для лікування ЧТБ: дисбаланс у тривалості запасів, розбіжність між запланованим і фактичним споживанням та значні регіональні відмінності.

Для співвіднесення цих розбіжностей з епідеміологічними тенденціями, міграцією населення та плинністю кадрів потрібен подальший аналіз.

Попередні висновки та операційні рекомендації

1. Планування закупівель і постачання протитуберкульозних препаратів необхідно проводити двічі на рік, охоплюючи 18-місячний період прогнозування. Кожне замовлення необхідно розділяти на дві поставки для мінімізації ризиків, пов'язаних із помилками прогнозування, змінами епідеміологічної ситуації або затримками в доставці.
2. Розподіл на регіональному рівні має покривати шестимісячну потребу, розраховану у файлі QuanTB, з додатковим тримісячним резервним запасом (буферним стоком). Решту обсягів препаратів варто зберігати на центральному складі для підвищення гнучкості національної системи постачання.
3. Для покращення якості планування розподілу та перерозподілу, а також для забезпечення своєчасної підготовки до нових закупівель, необхідно інституціоналізувати (впровадити на постійній основі) щоквартальне подання регіональних файлів QuanTB.
4. Відділи моніторингу лікування та управління фармацевтичною продукцією ЦГЗ повинні використовувати файли QuanTB для проведення щоквартальних аналітичних оглядів, порівнюючи планове та фактичне споживання препаратів, а також прогнозовану та фактичну кількість залучених до лікування пацієнтів із ТБ за схемами лікування. Це дозволить своєчасно виявляти розбіжності та вживати коригувальних заходів.
5. Для усунення першопричин дисбалансу запасів необхідно проводити щоквартальні координаційні наради між Центром (відділами моніторингу лікування та управління фармацевтичною продукцією) та представниками регіонів за результатами щоквартальних аналітичних звітів.

* * *