



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

щодо проведення спостереження та оцінки
детермінантів здоров'я, що впливають
на захворюваність на ТУБЕРКУЛЬОЗ, та
впровадження територіальними громадами
заходів з мінімізації їх негативного впливу

НАЦІОНАЛЬНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

щодо проведення спостереження та оцінки детермінантів здоров'я, що впливають на захворюваність на туберкульоз, та впровадження територіальними громадами заходів з мінімізації їх негативного впливу

I. Вступ

Ці методичні рекомендації розроблені ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» на виконання заходу 3 завдання 8 Операційного плану заходів з реалізації Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024—2026 роки, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 2 серпня 2024 р. № 726-р, щодо проведення спостереження та оцінки детермінантів здоров'я, які впливають на рівень захворювання на туберкульоз, та здійснення територіальними громадами відповідних заходів та спрямовані на формування системного підходу до:

- спостереження та оцінки детермінантів здоров'я, що впливають на рівень захворюваності на туберкульоз (далі – ТБ);
- організації та впровадження територіальними громадами заходів з мінімізації негативного впливу таких детермінантів.

Відповідно до Закону України «Про систему громадського здоров'я» детермінанти здоров'я - комплекс індивідуальних, соціальних, економічних і екологічних факторів, що визначають стан здоров'я окремих людей, контингентів або груп населення, зокрема:

- індивідуальні детермінанти здоров'я - генетичні (спадкові) та поведінкові особливості конкретної людини;
- соціальні детермінанти здоров'я - рівень доступності харчових продуктів, житла, роботи, освіти, медичної допомоги;
- економічні детермінанти здоров'я - стан та рівень економічних відносин, що безпосередньо впливають на середовище життєдіяльності людини.

Зазначені рекомендації базуються на підходах Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі - ВООЗ) щодо впливу ключових факторів ризику на розвиток ТБ.

У 2014–2015 роках усі держави-члени ВООЗ та ООН взяли на себе зобов'язання покласти край епідемії ТБ, ухваливши Стратегію ВООЗ щодо ліквідації ТБ. Ключові вимоги для досягнення проміжних цілей і кінцевих результатів були визначені в межах трьох основних напрямів Стратегії та включали, зокрема, реалізацію багатосекторальних заходів, спрямованих на усунення ширших соціальних і економічних детермінантів ТБ, які сприяють поширенню інфекції або підвищують ризик розвитку захворювання після інфікування.

Вже у 2023 році під час Засідання на високому рівні Генеральної Асамблеї ООН з питань боротьби з ТБ світові лідери затвердили нову політичну декларацію, яка ще раз підкреслила визначальну роль соціальних детермінантів у підтриманні замкнутого кола ТБ та бідності. У декларації також наголошено, що ці детермінанти та соціально-економічні наслідки ТБ можуть провокуватися або посилюватися кризами у сфері охорони здоров'я та гуманітарними кризами,

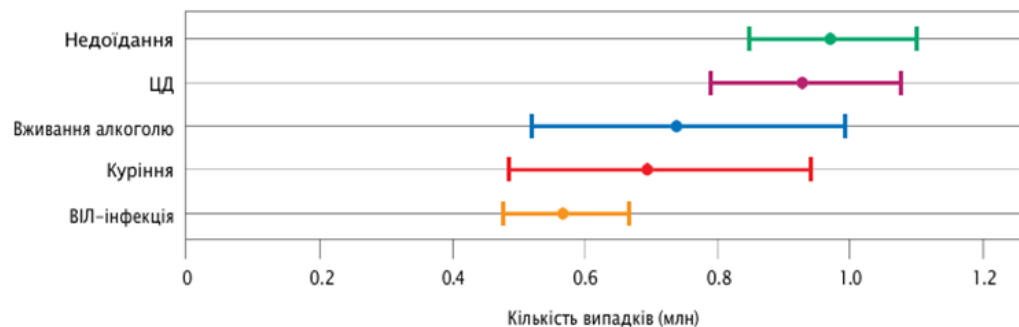
зокрема пандеміями, стихійними лихами й кліматичними змінами. Окремо підкреслено незмінну важливість міжсекторальної співпраці та підзвітності в таких сферах, як охорона здоров'я, продовольча безпека, фінанси, праця, освіта та соціальний захист.

Соціальні детермінанти здоров'я - це немедичні чинники, які визначають стан здоров'я населення. Вони охоплюють умови, в яких люди народжуються, зростають, навчаються, працюють, живуть і старіють, а також ширший спектр сил і систем, що формують повсякденне життя. До них належать економічна політика та економічні системи, програми розвитку, соціальні норми, соціальна політика й політичні інститути. Ці детермінанти можуть як позитивно, так і негативно впливати на справедливість та рівність у сфері охорони здоров'я (Додаток 1).

Соціальні детермінанти здоров'я мають важливий вплив на нерівність у сфері охорони здоров'я - несправедливу різницю в стані здоров'я, якої можна було б уникнути, що спостерігається всередині країни та між країнами. У державах з будь-яким рівнем доходу здоров'я та хвороби мають виражений соціальний градієнт: що нижчим є соціально-економічне становище, то гіршими є показники здоров'я. Для ТБ характерна особливо глибока соціальна нерівність: найбільший тягар захворювання несуть групи населення з низьким соціально-економічним статусом та маргіналізовані спільноти.

За даними Глобального звіту з ТБ, опублікованого у 2025 році, багато нових випадків ТБ у 2024 році пов'язано з 5-ма факторами ризику: недоїданням, цукровим діабетом, розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, палінням (особливо серед чоловіків) та ВІЛ-інфекцією. Усунення цих, а також інших детермінант ТБ, зокрема бідності та низького рівня ВВП на душу населення, вимагає комплексних багатосекторальних підходів.

Глобальні оцінки кількості людей із новим епізодом ТБ (випадки захворювання), що пов'язані з п'ятьма факторами ризику, 2024 рік



^a Оцінки для ЦД, куріння та розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, стосуються лише дорослого населення; це відповідає наявним даним про поширеність. Для дорослих віком ≥ 18 років недоїдання визначається як індекс маси тіла (ІМТ) < 18.5 . Для дітей та підлітків віком 5-17 років воно визначається як ІМТ менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани. Для дітей віком < 5 років недоїдання визначається як виснаження (вага до зросту менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани).

Джерело: Global tuberculosis report 2025

В Україні зазначені фактори ризику також мають суттєве значення. За результатами соціологічного опитування дорослого населення віком від 18 років, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, у 2024 році близько чверті (26%) дорослого насе-

лення України є теперішніми споживачами тютюнових та нікотинових виробів. Частота куріння тютюну становила 22,6%, при цьому показники суттєво відрізнялися за статтю: 33,9 % серед чоловіків та 13,1% серед жінок. Водночас переважна більшість респондентів (95,0%) усвідомлювали, що куріння спричиняє серйозні проблеми зі здоров'ям, що вказує на розрив між рівнем обізнаності та реальною поведінкою.

Дія цих Рекомендацій поширюється на:

- структурні підрозділи з питань охорони здоров'я обласних військових адміністрацій;
- заклади охорони здоров'я;
- органи місцевого самоврядування територіальних громад.

II. Мета та завдання

2.1. Мета

Зниження рівня захворюваності на ТБ шляхом системного виявлення та мінімізації негативного впливу ключових детермінантів здоров'я.

2.2. Основні завдання

- проведення аналізу впливу визначених детермінантів здоров'я на розвиток ТБ;
- формування профілю ризику за розповсюдженістю детермінантів здоров'я та управління поведінковими факторами ризику на рівні регіонів і громад;
- розробка плану заходів з метою подолання негативного впливу визначених детермінантів здоров'я та розробка ефективних управлінських рішень;
- організація реалізації розробленого плану на рівні громад;
- запровадження системи моніторингу і оцінки плану заходів.

III. Детермінанти здоров'я, що підлягають обов'язковій оцінці

Відповідно до рекомендацій ВООЗ, обов'язковій оцінці підлягають такі детермінанти здоров'я:

- недоїдання;
- цукровий діабет;
- розлади, пов'язані з вживанням алкоголю;
- куріння (особливо серед чоловіків);
- ВІЛ-інфекція.

Оцінка інших детермінантів здоров'я може здійснюватися у відповідності до особливостей регіону.

IV. Організація спостереження та оцінки

ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», Центри контролю та профілактики хвороб та регіональні фтизіопульмонологічні центри забезпечують:

- аналіз епідеміологічних показників ТБ у розрізі регіонів та громад;
- оцінку частки випадків ТБ, асоційованих із кожною детермінантою здоров'я;
- аналіз поширеності детермінантів здоров'я (факторів ризику) серед пацієнтів із ТБ;
- формування профілю ризику для кожного регіону/громади;
- визначення територій підвищеного ризику;
- підготовку аналітичного звіту та надання рекомендацій регіонам/громадам.

Оцінка проводиться не рідше одного разу на рік.

V. Дії закладів охорони здоров'я первинного рівня надання медичної допомоги (далі - ПМД)

- формування груп ризику відповідно до визначених детермінантів здоров'я;
- щорічне обстеження груп ризику на ТБ;
- проведення інформаційно-профілактичних заходів щодо негативного впливу визначених детермінантів здоров'я на розвиток ТБ;
- проведення інформаційно-профілактичних заходів щодо попередження власне детермінант здоров'я, що спричиняють на нього негативний вплив;
- включення компонентів допомоги з відмови від куріння до програм ПМД;
- оцінка нутритивного статусу пацієнтів;
- забезпечення проведення двобічного скринінгу (ТБ ↔ цукровий діабет);
- направлення пацієнтів із залежностями до програм лікування залежностей;

VI. Дії територіальних громад

Об'єднані територіальні громади забезпечують:

- аналіз отриманого профілю ризику;
- визначення пріоритетних напрямків для реагування;
- розроблення та затвердження рішенням виконавчого органу плану заходів щодо зменшення негативного впливу детермінантів здоров'я та управління поведінковими факторами ризику відповідно до профілю ризику. План заходів щодо зменшення негативного впливу детермінантів здоров'я та управління поведінковими факторами ризику доцільно

- об'єднати з планом заходів щодо реалізації ініціативи «Громада вільна від туберкульозу»;
- забезпечення міжгалузевої координація дій органів місцевого самоврядування, самоврядних організацій та інших зацікавлених сторін щодо виконання плану заходів;
 - розвиток інформаційно-комунікаційних систем для профілактики туберкульозу;
 - подання інформації про виконання заходів у встановленому порядку.

VII. Моніторинг та оцінка ефективності

Основні індикатори:

- наявність плану заходів соціального захисту, спрямованих на подолання соціальних детермінант ТБ;
- частка курців серед декларантів, охоплених втручанням щодо припинення куріння;
- частка пацієнтів із ризиком зловживання алкоголем серед декларантів, охоплених підтримкою;
- частка пацієнтів із ТБ, обстежених на цукровий діабет;
- частка пацієнтів із цукровим діабетом, обстежених на ТБ;
- частка пацієнтів з оціненим нутритивним статусом;

VIII. Очікувані результати впровадження

- зменшення частки випадків ТБ, пов'язаних із визначеними детермінантами здоров'я та поведінковими факторами ризику;
- доступність та безперервність надання якісної медичної допомоги в територіальних громадах, досягнення економічної ефективності, поліпшення якості та підвищення рівня задоволеності пацієнтів та лікарів;
- підвищення рівня своєчасного виявлення ТБ;
- зменшення захворюваності на ТБ;
- забезпечення мультидисциплінарного підходу під час надання послуг у сфері громадського здоров'я з подолання туберкульозу з посиленням ролі надавачів первинної медичної допомоги;
- посилення міжсекторальної взаємодії та багатогалузевої співпраці на рівні громад;
- забезпечення багатогалузевого та багатосекторального підходу до подолання туберкульозу з наданням переваги участі територіальних громад у подоланні туберкульозу та прийняттям рішень за результатами моніторингу та оцінки здійснення заходів з протидії поширенню туберкульозу на національному, регіональному та місцевому рівні;
- використання організаційного та фінансового потенціалу територіальних громад у здійсненні заходів з подолання туберкульозу.

Список використаної літератури

1. Guidance on social protection for people affected by tuberculosis, 20 May 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240089327>);
2. Global tuberculosis report 2025, 12 November 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924>);
3. Закон України «Про систему громадського здоров'я», (<https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20>);
4. Закон України №1978-IX «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»;
5. Вживання тютюнових і нікотинових виробів серед дорослих в Україні - результати соціологічного опитування дорослих віком від 18 років - Порівняльний аналіз результатів опитувань 2023 та 2024 років, 1 September 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/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>);
6. GYTS Глобальне Опитування Молоді Щодо Тютюну інформаційний бюлетень Україна 2023 рік, 27 June 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m/item/gyts-global-youth-tobacco-survey-fact-sheet-ukraine-2023>);
7. Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення - Листопад 2024 року - основні висновки, 24 July 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m/item/alcohol-consumption-in-ukraine---behaviour-and-attitude---november-2024--key-findings>);
8. Розвиток напрямку надання допомоги у відмові від куріння на рівні громади, 2025 (<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.%20%D0%A0%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BC%2C%20%D1%8F%D0%BA%20%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B8%20%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D1%8F%D0%BC%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B8%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%20%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F%202025.pdf>);
9. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 6: tuberculosis and comorbidities, 29 April 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002>);
10. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №56, 2025 (https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Site_Buleten_56_fin.pdf);
11. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні за 2024 р.» (<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/%D0%94%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202024.pdf>).

СОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ ТБ

У 2014–2015 роках усі держави-члени ВООЗ та ООН взяли на себе зобов'язання покласти край епідемії ТБ, ухваливши Стратегію ВООЗ щодо ліквідації ТБ. Ключові вимоги для досягнення проміжних цілей і кінцевих результатів були визначені в межах трьох основних напрямів Стратегії та включали, зокрема, реалізацію багатосекторальних заходів, спрямованих на усунення ширших соціальних і економічних детермінант ТБ, які сприяють поширенню інфекції або підвищують ризик розвитку захворювання після інфікування.

У 2021 році делегати 109-ї Міжнародної конференції праці звернулися до Міжнародної організації праці із закликом вжити невідкладних заходів для забезпечення загального соціального захисту, щоб прискорити зменшення нерівності та подолати фінансові й соціальні наслідки пандемії COVID-19. Цей заклик ґрунтується на міжнародних стандартах соціального забезпечення, зокрема на Конвенції про мінімальні стандарти соціального забезпечення 1952 року (№ 102) та Рекомендації про мінімальні розміри соціального захисту 2012 року (№ 202), які передбачають створення національних систем соціального захисту, доступних для всіх, щоб гарантувати людям ефективний доступ до охорони здоров'я без труднощів, а також до гарантованого доходу протягом усього життя.

Вже у 2023 році під час Засідання на високому рівні Генеральної Асамблеї ООН з питань боротьби з ТБ світові лідери затвердили нову політичну декларацію, яка ще раз підкреслила визначальну роль соціальних детермінант у підтриманні замкненого кола ТБ та бідності. У декларації також наголошено, що ці детермінанти та соціально-економічні наслідки ТБ можуть провокуватися або посилюватися кризами у сфері охорони здоров'я та гуманітарними кризами, зокрема пандеміями, стихійними лихами й кліматичними змінами. Окремо підкреслено незмінну важливість міжсекторальної співпраці та підзвітності в таких сферах, як охорона здоров'я, продовольча безпека, фінанси, праця, освіта та соціальний захист.

На епідемію ТБ значною мірою впливає соціально-економічний розвиток, у тому числі фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, а також слабкість систем охорони здоров'я та недостатні інвестиції в соціальний захист.

Подолання епідемії ТБ потребує реалізації комплексу біомедицинських, медико-санітарних та соціально-економічних заходів, а також досліджень та інновацій, як зазначено в Стратегії ВООЗ з подолання епідемії ТБ. Компонент 2 стратегії закликає до рішучої політики та систем допомоги, зокрема соціального захисту та подолання бідності, спрямованих на соціальні детермінанти ТБ. Це бачення відповідає

іншим глобальним стратегіям, які протягом останніх кількох десятиліть поступово адаптуються у відповідь на необхідність доповнити біомедичні підходи програмами соціального захисту.

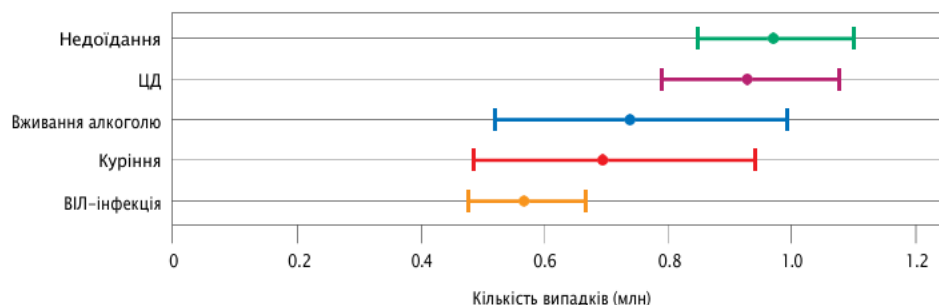
Досягнення глобальних цілей зі зниження тягаря ТБ потребує скоординованих багатосекторальних дій, спрямованих на пом'якшення або усунення бар'єрів у доступі до основних послуг з ТБ, а також на подолання соціальних детермінант, що впливають на передачу інфекції та сприйнятливість до розвитку захворювання.

Соціальні детермінанти здоров'я - це немедичні чинники, які визначають стан здоров'я населення. Вони охоплюють умови, в яких люди народжуються, зростають, навчаються, працюють, живуть і старіють, а також ширший спектр сил і систем, що формують повсякденне життя. До них належать економічна політика та економічні системи, програми розвитку, соціальні норми, соціальна політика й політичні інститути. Ці детермінанти можуть як позитивно, так і негативно впливати на справедливість та рівність у сфері охорони здоров'я.

Соціальні детермінанти здоров'я мають важливий вплив на нерівність у сфері охорони здоров'я - несправедливу різницю в стані здоров'я, якої можна було б уникнути, що спостерігається всередині країни та між країнами. У державах з будь-яким рівнем доходу здоров'я та хвороби мають виражений соціальний градієнт: що нижчим є соціально-економічне становище, то гіршими є показники здоров'я. Для ТБ характерна особливо глибока соціальна нерівність: найбільший тягар захворювання несуть групи населення з низьким соціально-економічним статусом та маргіналізовані спільноти.

За даними Глобального звіту з ТБ, опублікованого у 2025 році, багато нових випадків ТБ у 2024 році пов'язано з 5-ма факторами ризику: недоїданням, цукровим діабетом, розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю, палінням (особливо серед чоловіків) та ВІЛ-інфекцією. Усунення цих, а також інших детермінант ТБ, зокрема бідності та низького рівня ВВП на душу населення, вимагає комплексних багатосекторальних підходів.

Глобальні оцінки кількості людей із новим епізодом ТБ (випадки захворювання), що пов'язані з п'ятьма факторами ризику, 2024 рік

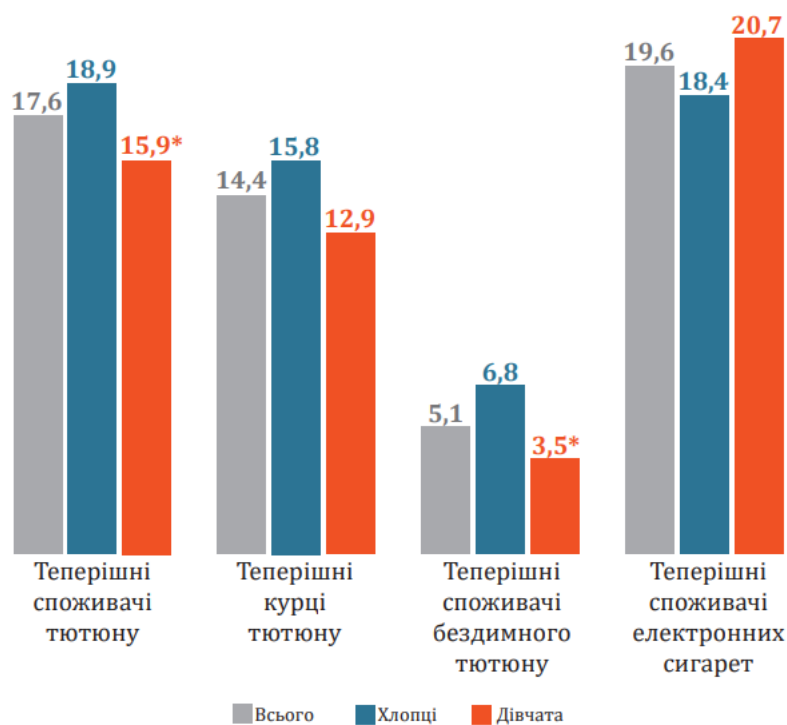


² Оцінки для ЦД, куріння та розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, стосуються лише дорослого населення; це відповідає наявним даним про поширеність. Для дорослих віком ≥ 18 років недоїдання визначається як індекс маси тіла (ІМТ) < 18.5 . Для дітей та підлітків віком 5-17 років воно визначається як ІМТ менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани. Для дітей віком < 5 років недоїдання визначається як виснаження (вага до зросту менше ніж мінус 2 стандартні відхилення від медіани).

В Україні зазначені фактори ризику також мають суттєве значення. За результатами соціологічного опитування дорослого населення віком від 18 років, проведеного Всесвітньою організацією охорони здоров'я, у 2024 році близько чверті (26%) дорослого населення України є теперішніми споживачами тютюнових та нікотинових виробів. Частота куріння тютюну становила 22,6%, при цьому показники суттєво відрізнялися за статтю: 33,9 % серед чоловіків та 13,1% серед жінок. Водночас переважна більшість респондентів (95,0%) усвідомлювали, що куріння спричиняє серйозні проблеми зі здоров'ям, що вказує на розрив між рівнем обізнаності та реальною поведінкою.

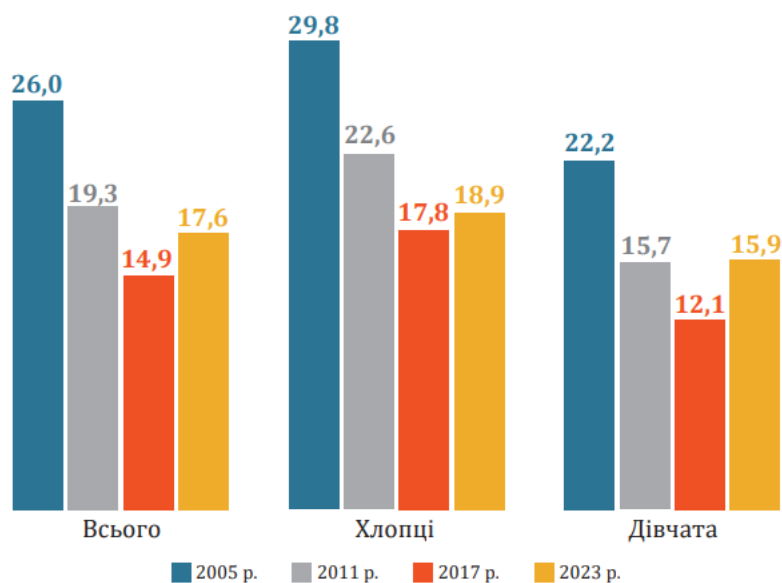
Повномасштабна війна в Україні, що розпочалася у 2022 році, істотно вплинула на моделі споживання тютюнових і нікотинових виробів. Зокрема, 38,0 % дорослих збільшили споживання тютюну або нікотину, з яких - 19,2 % повідомили про значне збільшення. Водночас 10,0 % зменшили споживання, тоді як 10,9 % відновили споживання після перерви, що є суттєвим зростанням порівняно з 3,0 % у 2023 році. Крім того, 1,3 % почали споживати тютюн або нікотин, хоча раніше ніколи цього не робили. 39,5 % повідомили, що їхнє споживання тютюну або нікотину не змінилося через війну. Такі дані можуть свідчити про негативний вплив тривалого стресу та соціально-економічної нестабільності на поведінкові фактори ризику.

Тривожні тенденції спостерігались і серед підлітків. За результатами Глобального опитування молоді щодо тютюну (GYTS), проведеного в Україні у 2023 році, поширеність вживання тютюну серед підлітків знизилася з 26,0 % у 2005 році до 14,9 % у 2017 році, однак у 2023 році знову зросла до 17,6 %. Загалом 17,6 % учнів є теперішніми споживачами будь-яких тютюнових виробів, включно з тютюновими виробами для нагрівання; серед них 18,9 % хлопців та 15,9 % дівчат. Це свідчить про відновлення поширеності тютюнокуріння серед молоді після періоду позитивної динаміки.



*Статистично значущі відмінності за статтю, $p < 0,05$.

Теперішнє вживання тютюнових та нікотинових виробів серед учнів віком 13–15 рр., Україна, 2023 рік. Джерело: Глобальне опитування молоді щодо тютюну (GYTS)



Поширеність (%) теперішнього вживання тютюну за статтю, GYTS Україна 2005, 2011, 2017 і 2023 рр.. Джерело: Глобальне опитування молоді щодо тютюну (GYTS)

За даними комплексної оцінки національної протитуберкульозної програми ВООЗ, у 2024 році серед людей з туберкульозом 28,6% осіб із чутливим туберкульозом були теперішніми споживачами тютюнових і нікотинових виробів, тоді як серед осіб із лікарсько-стійким туберкульозом цей показник становив 33,2%. Крім того, 17% осіб, які померли від туберкульозу, були курцями. У контексті туберкульозу такі показники є особливо значущими, оскільки куріння

залишається одним із ключових факторів ризику розвитку та несприятливого перебігу захворювання.

Поширеність тютюнопаління серед дорослого населення, зростання споживання в умовах війни та відновлення високих показників серед підлітків підкреслюють необхідність посилення міжсекторальних заходів, спрямованих як на зменшення поведінкових ризиків, так і на подолання ширших соціальних детермінант здоров'я.

Не менш вагомим детермінантом є вживання алкоголю, яке залишається поширеним серед дорослого населення. За результатами соціологічного опитування серед дорослих віком від 18 років щодо споживання алкоголю в Україні, проведеного ВООЗ, у 2024 році 78,0% дорослих були теперішніми споживачами алкоголю, при цьому споживання більш поширене серед чоловіків (82,0 %) порівняно з жінками (74,6 %); істотних змін порівняно з 2023 роком не зафіксовано.

Особливе занепокоєння викликає зростання частки активних споживачів алкоголю. Серед теперішніх споживачів 57,3 % вживали алкоголь щонайменше раз на місяць, що є помітним зростанням порівняно з 50,8 % у 2023 році. Споживання алкоголю характеризується вираженими гендерними та віковими відмінностями: активними споживачами є 73,5 % чоловіків і 42,5 % жінок, а найвищі показники спостерігаються у молодших вікових групах (18-29 років - 85,8 %; 30-44 роки - 83,0 %) з подальшим поступовим зниженням у старших вікових групах.

У порівнянні з періодом безпосередньо перед початком повномасштабної війни в Україні у 2022 році спостерігалися зміни в поведінці щодо вживання алкоголю. 22,5 % дорослих повідомили про зменшення споживання, а 6,7 % взагалі відмовилися від алкоголю. Також 8,8 % зазначили, що почали вживати алкоголь більше, а 2,1 % респондентів почали споживати алкоголь вперше або після перерви. Такі дані можуть свідчити про різнобічний вплив війни на моделі споживання алкоголю: частина населення зменшила або припинила вживання, тоді як інша частина, навпаки, збільшила його, що може відображати стресові та соціально-економічні фактори, що виникли під час конфлікту.

Водночас за даними медичної інформаційної системи, в Україні у 2024 році серед людей з чутливим туберкульозом 9% споживали алкоголь, а серед людей з лікарсько-стійким туберкульозом - 14%.

Поряд із поведінковими факторами ризику, такими як куріння та вживання алкоголю, важливу роль у формуванні тягаря туберкульозу відіграють харчові детермінанти, зокрема недоїдання. Цей фактор тісно пов'язаний із соціально-економічною вразливістю, зниженням імунної відповіді та підвищеною сприйнятливістю до інфекційних захворювань.

За даними ВООЗ, недоїдання є одним із ключових факторів ризику, що сприяє поширенню епідемії туберкульозу у світі, та щороку асоціюється з виникненням приблизно 0,96 мільйона випадків тубе-

ркульозу. Поширеність недоїдання серед осіб із туберкульозом оцінюється на рівні близько 48 %, що свідчить про тісний взаємозв'язок між харчовою недостатністю та розвитком захворювання. Особи, які страждають від недоїдання, більш ніж удвічі частіше хворіють на туберкульоз, порівняно з тими, хто має адекватний харчовий статус. Крім того, недоїдання суттєво підвищує ризик несприятливих результатів лікування, зокрема смерті та втрати контакту з пацієнтом під час подальшого спостереження.

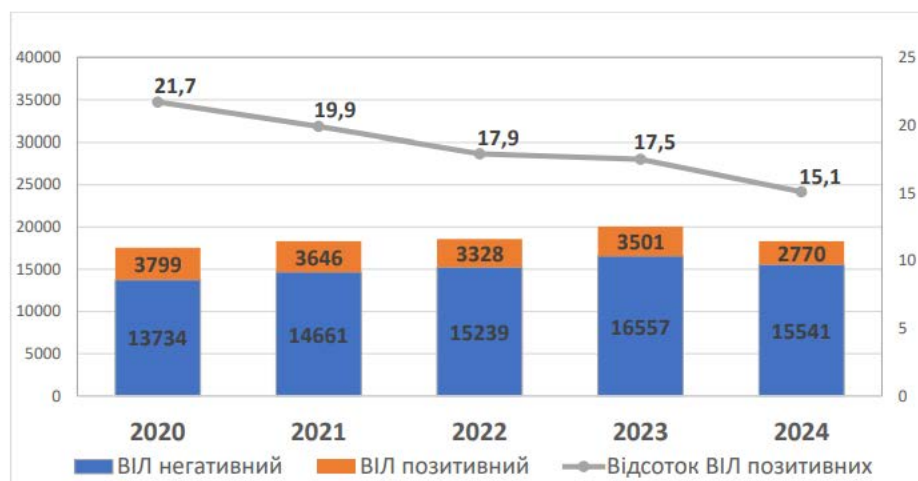
Водночас за даними медичної інформаційної системи, в Україні у 2024 році серед людей з індексом маси тіла нижче 18 з чутливим туберкульозом 9%, а серед людей з лікарсько-стійким туберкульозом - 12%.

Окреме місце серед ключових детермінант туберкульозу займає ВІЛ-інфекція (далі - ВІЛ). ВІЛ послаблює імунну систему, зокрема клітинну імунну відповідь, що в свою чергу підвищує ймовірність захворювання на туберкульоз.

У 2024 році в Україні зареєстровано 10 038 випадків ВІЛ, з них 3 127 випадків захворювання на СНІД, 1 169 випадків смерті від хвороб, зумовлених СНІДом. В країні спостерігається концентрована стадія епідемії ВІЛ з ознаками змішаного типу в окремих регіонах та від'ємним темпом приросту основних показників.

Поширеність ВІЛ за даними диспансерного обліку людей, які живуть з ВІЛ, продовжує зменшуватися і становить 336,1 на 100 000 населення (без врахування демографічних змін). Водночас внаслідок масштабного вторгнення у лютому 2022 р., частина важливих демографічних даних стали недоступні, що суттєво ускладнило оцінку та порівняння інтенсивних показників здоров'я населення у динаміці та у регіонах. З урахуванням інформації щодо зменшення загальної чисельності населення в Україні реальний показник поширеності ВІЛ продовжує поступово зростати.

За даними поточного епідеміологічного нагляду, у період з 2020 по 2024 рр. абсолютна кількість випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ знизилась з 3799 до 2770, як і частка нових епізодів ТБ з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ з 21,7% до 15,1%. Показник захворювання на ТБ/ВІЛ мав тенденцію до зниження з 8,8 у 2020 році до 6,8 на 100 000 населення у 2024 році. Однак, попри зниження випадків ко-інфекції ТБ/ВІЛ, тривалі наслідки війни створюють додаткові ризики для соціально вразливих груп та ускладнюють контроль над захворюванням.



Кількість зареєстрованих нових епізодів ТБ залежно від ВІЛ-статусу; частка випадків ТБ у людей з позитивним ВІЛ-статусом. Джерело: Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні за 2024 р.»

Соціальний захист є однією з ключових сфер державної політики, спрямованої на покращення соціальних детермінант здоров'я, зменшення соціальної нерівності та забезпечення дотримання прав людини, що є критично важливим для захисту від ТБ та інших захворювань.

У контексті ТБ можна виділити дві моделі забезпечення соціального захисту: програми, що враховують проблему ТБ, та програми, спрямовані на боротьбу з ТБ.

ТБ-specific (програми соціального захисту, спрямовані на боротьбу з ТБ) - це програми, призначені виключно для людей, хворих на ТБ, та їхніх домогосподарств. Як правило, ці програми ініціюють і відповідають за них програми боротьби з ТБ, ці програми спрямовані на задоволення конкретних потреб, які не охоплюються загальною системою соціального захисту. Такі програми мають чітку мету - знизити рівень захворюваності на ТБ, смертності від ТБ та витрат на лікування пацієнтів за рахунок зменшення впливу бідності, незахищеності та соціальної ізоляції на домогосподарства та окремих людей, які постраждали від ТБ. Наприклад, у деяких країнах з низьким і середнім рівнем доходу національні системи соціального захисту перебувають на ранній стадії розвитку або можуть бути обмежені у фінансуванні, а отже, вони можуть бути не в змозі запропонувати допомогу людям, які постраждали від ТБ (наприклад, грошові виплати, які могли б покрити витрати на проїзд або харчування). У таких випадках програми соціального захисту, спрямовані на боротьбу з ТБ, можуть допомогти покрити такі потреби. Бюджет таких програм, як правило, формується за рахунок коштів програми боротьби з ТБ, тому важливо розглянути можливість поступового включення програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ, до національної системи соціального захисту для того, щоб забезпечити їхню довгострокову фінансову сталість.

TB-sensitive (програми соціального захисту, які враховують проблему ТБ) – це програми, які не орієнтовані конкретно на домогосподарства або осіб, які постраждали від ТБ. Незважаючи на те, що ці програми не розроблені спеціально для вирішення будь-яких проблем, пов'язаних з ТБ, вони потенційно можуть впливати на епідемію ТБ, якщо включають у критерії відповідності людей, хворих на ТБ, з ризиком захворіти на ТБ, та/або постраждалих від наслідків ТБ. Як правило, програми боротьби з ТБ та сектор охорони здоров'я не ініціюють та безпосередньо не контролюють ці програми. Проте, програми боротьби з ТБ можуть відігравати вирішальну роль у забезпеченні того, щоб ці програми також задовольняли потреби людей, постраждалих від ТБ, і в кінцевому підсумку мали сильніший вплив на епідемію ТБ.

Обидва підходи мають сильні та слабкі сторони. Наприклад, програми соціального захисту, які враховують проблему ТБ, сприяють зміцненню системи соціального захисту в цілому і, отже, працюють з соціальними детермінантами здоров'я в широкому сенсі. Загальний соціальний захист слід розглядати як пріоритет, а отже, програми повинні прагнути до широкого охоплення та уникати вузьких критеріїв включення. Програми соціального захисту, які враховують проблему ТБ, також, як правило, є більш економічно ефективними, оскільки вони використовують вже наявні ресурси, а не вимагають нового бюджету для підтримки адміністративних структур та структур надання допомоги, спеціально для людей, які постраждали від ТБ. Зміцнення національних систем соціального захисту може бути більш стійким підходом до профілактики ТБ, враховуючи, що більшість програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, будуть спрямовані на людей, які вже хворіють на ТБ. Нарешті, вони допомагають мінімізувати стигму, пов'язану з ТБ, яка може бути ненавмисно посилена програмами соціального захисту, спрямованими на ТБ.

З іншого боку, у більшості країн системи соціального захисту – навіть якщо вони враховують проблему ТБ – часто перебувають у зародковому стані і ще не повністю сформовані, як з точки зору діапазону запропонованої допомоги, так і з точки зору кількості населення, яке вони належним чином охоплюють у країнах з високим тягарем ТБ. В дійсності, незважаючи на те, що в багатьох країнах удосконалюється розробка та впровадження політик, систем та програм соціального захисту, комплексне охоплення соціальним захистом і досі залишається на низькому рівні.

Роль соціального захисту в подоланні епідемії ТБ: концептуальні основи.

У будь-якій конкретній ситуації, коли системи соціального захисту існують, ефективно функціонують, є справедливими та доступними для людей, які потребують такого захисту, передбачається, що соціальний захист впливатиме на тягар ТБ в результаті:

- зниження ризику контакту та передачі ТБ;
- зниження ризику розвитку захворювання на ТБ;

- зниження ризиків як незадовільних результатів лікування ТБ, так і несприятливих наслідків ТБ.

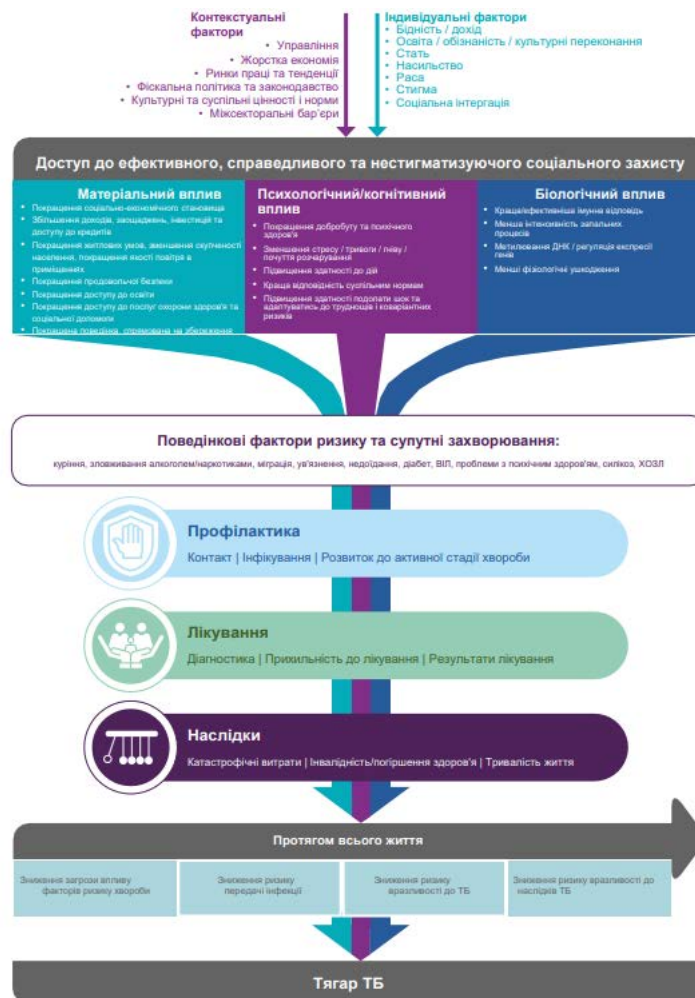
Вплив соціального захисту на тягар ТБ досягають кількома шляхами. Розглянемо лише три з них:

А. Матеріальний чинник: цей чинник діє через умови життя та економічні обставини (в тому числі доходи, житлові та робочі умови, а також продовольчу безпеку) і може впливати на ризик контакту з ТБ, ймовірність розвитку захворювання після інфікування та результати лікування ТБ. Численні докази підтверджують, що соціальний захист, особливо у формі грошових виплат, може значно покращити матеріальні умови життя людей, які є загальновідомими факторами, що спричиняють епідемію ТБ в більшості країн.

В. Психологічний/когнітивний чинник: згідно з ним, нерівномірна поширеність ТБ в загальній популяції пов'язаний не лише з диференційованим впливом матеріальних загроз та економічних обставин, але він може залежати від почуттів та емоцій, спричиненими цими нерівностями, в тому числі стрес, тривогу, гнів, сором, недовіру та депресію. Ці негативні емоції можуть призвести до зміни психо-нейро-ендокринних механізмів, які в кінцевому підсумку роблять людей більш вразливими до інфікування ТБ або розвитку захворювань. Здійснюючи вплив на психічне здоров'я та благополуччя людей, соціальний захист може змінити ці нейро-ендокринні механізми та зрештою вплинути на вразливість бенефіціарів до захворювань, в тому числі до ТБ.

С. Біологічний чинник: хоча ще не повністю підтверджений доказами, можна зробити припущення, що допомога, гадана в рамках соціального захисту та в цілому інтервенції, спрямовані на підтримку доходів, можуть впливати на генетичні, фізіологічні та імунологічні процеси, які, у свою чергу, впливають на ймовірність розвитку ТБ інфекції або захворювання на ТБ, а також на результати лікування від ТБ.

Ці три чинники, які діють на вплив соціального захисту на тягар ТБ, ймовірно, відбуваються одночасно, і в сукупності можуть впливати на поведінку людей та ймовірність розвитку супутніх захворювань. Усі вищезазначені чинники діють протягом усього життя людини, і соціальний захист по-різному впливати у важливі етапи життя залежно від типу наданої допомоги і часу надання соціальної допомоги. Зокрема, програми соціального захисту можуть відігравати певну роль у зменшенні тягаря ТБ протягом усього життя, забезпечуючи здоровий старт для дітей, сприяючи залученню на ринку праці та соціальній інтеграції в дорослому віці, а також гарантуючи безпечне старіння серед людей похилого віку.



Вплив соціального захисту на ТБ: концептуальна основа. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Вплив соціального захисту на туберкульоз: узагальнення доказів.

Наявні докази свідчать про суттєвий вплив програм соціального захисту на ключові епідеміологічні та соціально-економічні показники, пов'язані з туберкульозом, зокрема на рівень захворюваності, результати лікування та фінансовий тягар для пацієнтів і домогосподарств.

Вплив на рівень захворюваності на ТБ: моделювання та екологічні дослідження демонструють зворотний зв'язок між рівнем охоплення соціальним захистом і показниками ТБ. Збільшення державних витрат на соціальний захист асоціюється зі зниженням захворюваності, поширеності та смертності. За результатами модельних оцінок, універсальне охоплення соціальним захистом може забезпечити щорічне зниження захворюваності на ТБ приблизно на 9% та сукупне зниження на понад 70% до 2035 року. Ці дані вказують на потенціал соціального захисту як структурного чинника профілактики ТБ.

Вплив на результати лікування ТБ: ВООЗ рекомендує надання матеріальної підтримки (грошової або продовольчої) людям з ТБ, зок-

крема на лікарсько-стійкі форми. Дані систематичних оглядів і окремих досліджень свідчать про позитивний вплив соціального захисту, переважно у формі соціальної допомоги, на результати лікування ЧТБ в країнах з низьким і середнім рівнем доходів. Позитивний ефект спостерігається для різних типів інтервенцій, включаючи грошові виплати, продовольчі кошики, ваучери та транспортну підтримку, хоча його величина залежить від контексту. Поєднання матеріальної допомоги з консультуванням, психосоціальною підтримкою та іншими послугами («cash plus» підходи) посилює ефект і сприяє кращій прихильності до лікування

Вплив на катастрофічні витрати, пов'язані з ТБ: національні дослідження витрат пацієнтів з ТБ показують, що значна частка домогосподарств, уражених ТБ, зазнає катастрофічних загальних витрат, які включають прямі медичні, прямі немедичні та непрямі витрати. У середньому близько половини таких домогосподарств стикаються з витратами, що перевищують 20% їхнього доходу. Основний фінансовий тягар формують прямі немедичні та непрямі витрати, зокрема витрати на проїзд, харчування та втрату доходу, навіть у країнах, де діагностика та лікування надаються безкоштовно. Наявні дані свідчать, що катастрофічні витрати асоціюються з гіршими результатами лікування. Програми соціального захисту, зокрема грошові виплати, лікарняні, харчова та транспортна підтримка, можуть зменшувати ризик катастрофічних витрат і тим самим покращувати результати лікування.

Найвищі витрати виникають на ранніх етапах взаємодії пацієнтів із системою охорони здоров'я, що обґрунтовує необхідність надання заходів соціального захисту вже на етапі встановлення діагнозу. Соціальний захист зменшує ризик катастрофічних витрат шляхом компенсації втрати доходу та покриття немедичних витрат, які не охоплюються медичними програмами.

Основні етапи планування програм соціального захисту.

Планування ефективних та економічно доцільних програм соціального захисту залежить від конкретного контексту і має відбуватися на основі формального процесу, що складається з п'яти етапів:

1. Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної групи
2. Визначення поточної системи соціального захисту
3. Оцінка потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від тб
4. Визначення бар'єрів на шляху до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ
5. Формулювання рішень

В цілому, цей процес повинен допомогти зрозуміти наявні проблеми та можливості, які можуть вплинути на доступність та придатність програм соціального захисту для людей, які постраждали від ТБ, а також, в кінцевому рахунку, на вплив цих програм соціального захисту на ТБ. Масштаб і сфера застосування цього процесу планування залежать від наявних людських і фінансових ресурсів, вимог до

сталості, а також від рівня комунікації та інтеграції між секторами охорони здоров'я та соціального захисту. Важливо зазначити, що оцінка системи соціального захисту може вже існувати та/або бути проведена робочими групами з питань соціального захисту, тому програмам боротьби з ТБ рекомендується з'ясувати, чи це так, і яким чином вони можуть використовувати такі процеси

Рис. 2.1 Огляд основних етапів планування програм соціального захисту людей, постраждалих від ТБ: роль групи з координації

Етапи	Завдання	Активності	Результати	Корисні інструменти
1 Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної команди стейкхолдерів	Визначити основних стейкхолдерів з сектору боротьби з ТБ та з сектору соціального захисту та встановити з ними контакти	Вивчення стейкхолдерів та погодження щодо стратегії залучення цільового	Чітка та погоджена дорожня карта етапу планування	Керівництво національному стратегічному плануванню з питань ТБ (69)
2 Визначення наявної системи соціального захисту	Регулярно проводити збір та оцінку інформації (переважно щодо охоплення та відповідності) щодо наявних програм соціального захисту, які працюють в країні (як спрямовані на ТБ, так і ті, що враховують проблематику ТБ)	Кабінетний огляд наявної літератури Інтер'ю з ключовими інформантами Вторинний аналіз наявних даних	Список 2-3 пріоритетних програм соціального захисту, які слід більш ретельно проаналізувати на "чутливість" до проблеми ТБ (чи реагують ці програми і чи залучають людей, постраждалих від ТБ)	<ul style="list-style-type: none"> МОП керівництво з національного діалогу на основі оцінки (66) UNDG глобальний інструментарій поспільній роботі в сфері соціального захисту (67) ISPA основний діагностичний інструмент для вивчення та швидкої оцінки наявних програм соціального захисту (68)
3 Оцінка потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від ТБ	Описати потреби в соціальному захисті, які мають люди з ТБ протягом всього континууму допомоги, а також потреби в соціальному захисті всіх членів їх домогосподарств, які можуть опосередковано постраждати від ТБ (в т.ч. діти, підлітки, доглядальники, люди похилого віку)	Збір даних щодо потреб в соціальному захисті, в ідеалі, в різні моменти часу (тобто, на початку лікування та моніторинг до завершення лікування)	Чітке розуміння типу, розміру, термінів та частоти надання допомоги в сфері соціального захисту людям, постраждалим від ТБ	<ul style="list-style-type: none"> Підручник дослідження витрат пацієнтів, хворих на ТБ (70)
4 Визначення бар'єрів у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ	Оцінити бар'єри з боку пропозиції та попиту, які ускладнюють людям, постраждалим від ТБ, доступ до програм соціального захисту	Триангуляція та інтеграція даних, отриманих в рамках: <ul style="list-style-type: none"> кількісного дослідження серед ключових стейкхолдерів зі складу мультидисциплінарної та мультисекторальної групи групових обговорень в фокус-групах з ключовими мультидисциплінарними і мультисекторальними стейкхолдерами 	Чітке розуміння перешкод та "вузьких місць", які перешкоджають людям, які постраждали від ТБ, мати ширший та більш справедливий доступ до програм соціального захисту	Інструмент оцінки ВІЛ та програм соціального захисту. Отримання доказових даних для обґрунтування політик та заходів, спрямованих на ВІЛ та соціальних захист* (65)
5 Розробка належних програм соціального захисту	Обговорити результати попередніх етапів та розробити прийнятні в місцевих умовах програми соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ	Консультації з ключовими представниками мультидисциплінарних і мультисекторальних стейкхолдерів	Консенсус щодо найбільш оптимальної стратегії для досягнення максимального впливу на ТБ в країні, враховуючи її вартість, можливість реалізації та прийнятність	Керівництво національному стратегічному плануванню з питань ТБ (69)

Огляд основних етапів планування програм соціального захисту людей, постраждалих від ТБ: роль групи з координації. *Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis*

Створення мультидисциплінарної/мультисекторальної групи.

Для планування заходів соціального захисту, спрямованих на подолання соціальних детермінант ТБ, під координацією програми з ТБ доцільна наявність координаційної групи, відповідальної за організацію та узгодження процесу. Основними завданнями цієї групи є визначення пріоритетних проблем ТБ, які можуть бути вирішені через механізми соціального захисту; координація аналізу чинної системи соціального захисту, оцінки потреб і бар'єрів доступу; а також формулювання узгодженої стратегії соціального захисту з урахуванням отриманих результатів.

До такої групи доцільно включати представників протитуберкульозної служби, органів соціального захисту, громадянського суспі-

льства та спільнот, постраждалих від ТБ, а також партнерів з розробки та впровадження політики, зокрема міжнародні організації та неурядові структури. За потреби склад групи може бути розширений іншими інституціями, релевантними для національного контексту.

Визначення поточної системи соціального захисту.

Визначення місцевої системи соціального захисту є ключовим для розуміння того, наскільки наявні програми відповідають потребам людей, які постраждали від ТБ, та чи охоплюють вони найбільш уразливі групи. Якщо така оцінка вже проводиться або запланована, доцільно інтегрувати в неї питання соціального захисту, пов'язані з ТБ.

Аналіз системи передбачає огляд джерел (наукові публікації, звіти, концептуальні записки) та визначення пріоритетних програм для людей, постраждалих від ТБ, включно з грошовою або негрошовою допомогою для зменшення факторів ризику (нестабільність доходів, продовольча безпека, погані житлові умови, безробіття), допомогою на охорону здоров'я (медичне обслуговування, транспорт, харчування, довготривалий догляд), грошовими виплатами у зв'язку з хворобою та інвалідністю, виплатами при професійних захворюваннях, підтримкою доходів доглядальників та дітей у постраждалих домогосподарствах, а також доступом до ресурсів для протидії соціальній ізоляції та стигмі, пов'язаній з ТБ або супутніми захворюваннями.

Оцінка пріоритетних програм проводиться за такими критеріями:

- охоплення - здатність програм включати людей, постраждалих від ТБ;
- відповідність - відповідність обсягу, типу та механізмів допомоги реальним потребам постраждалих домогосподарств;
- реалізація - наявність фінансових, адміністративних або географічних бар'єрів доступу.

Для оцінки можуть використовуватися міжнародні стандарти соціального забезпечення та документи з прав людини. Дані кабінетного аналізу доцільно доповнювати аналізом вторинних даних і/або інтерв'ю з ключовими інформантами з різних секторів.

Очікуваним результатом цього етапу є визначення 2–3 пріоритетних програм соціального захисту для подальшого детального аналізу їхньої придатності та доступності для людей, постраждалих від туберкульозу.

Оцінка потреб у соціальному захисті людей, які постраждали від ТБ.

Має враховувати всі етапи континууму надання медичної допомоги, оскільки характер і обсяг потреб змінюються до початку лікування, під час нього та після його завершення. Значна частка витрат виникає ще до початку лікування і пов'язана переважно з втратою доходу через непрацездатність, а наслідки ТБ, зокрема інвалідизація, можуть зберігатися і після завершення лікування, обмежуючи можливість повернення до праці. Тому оцінка має охоплювати не лише

людей з ТБ, але й членів їхніх домогосподарств, з особливою увагою до вразливих груп (жінки, діти та підлітки, люди похилого віку, доглядальники).

Потреби у соціальному захисті доцільно оцінювати за допомогою стандартизованих опитувальників, що дозволяють зібрати інформацію про соціально-економічне становище домогосподарства, джерела доходу та зайнятість, рівень освіти, продовольчу незахищеність, житлові умови та інші соціальні детермінанти ТБ, наявність супутніх захворювань і ТБ-асоційованої інвалідності, стигму, а також доступ до програм соціального захисту.

Опитування можуть проводитися на початку лікування, під час лікування та після його завершення для відстеження динаміки потреб.

Визначення бар'єрів на шляху до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ.

Існують різні бар'єри з точки зору пропозиції та попиту у доступі до соціального захисту, з якими стикаються люди, що постраждали від ТБ.

Бар'єри з боку пропозиції пов'язані з політичними та програмними обмеженнями, що призводять до прямого або опосередкованого виключення груп із високим ризиком ТБ (мігрантів, безхатченків, людей, які вживають психоактивні речовини, людей, що живуть з ВІЛ, та інших маргіналізованих груп). До них належать обмежене охоплення програм, недостатній або несвоєчасний обсяг допомоги, складні та тривалі адміністративні процедури, а також стигма й дискримінаційні практики. Крім того, критерії включення, засновані виключно на доходах або економетричних показниках, можуть не враховувати фактичну вразливість людей, постраждалих від ТБ.

Бар'єри з боку попиту зумовлені індивідуальними чинниками, зокрема браком інформації про наявні програми, відсутністю документів, постійної адреси проживання або банківського рахунку. Додатковими перешкодами є непрямі витрати, пов'язані з доступом до соціального захисту (проїзд, адміністративні витрати, час очікування та втрата робочого часу).

Оцінка бар'єрів передбачає збір інформації щодо:

1. груп населення з високим ризиком ТБ та ключових соціальних детермінант епідемії;
2. формального права людей, постраждалих від ТБ, на участь у пріоритетних програмах соціального захисту та рівня їх потенційного охоплення;
3. основних бар'єрів з боку попиту та пропозиції, що обмежують доступ до цих програм.

Дані можуть збиратися за допомогою кількісних опитувань серед ключових зацікавлених сторін та якісних методів (зокрема фокус-групових дискусій), які доцільно застосовувати послідовно для поглиблення та перевірки отриманих результатів.

Формулювання рішень.

Передбачає синтез результатів попередніх етапів з метою обґрунтування доцільних і контекстно релевантних інтервенцій для людей, постраждалих від ТБ. Отримані докази обговорюються в межах консультацій з мультидисциплінарною та міжсекторальною групою зацікавлених сторін для формування переліку можливих варіантів соціального захисту, оцінки їх переваг і обмежень, досягнення консенсусу щодо пріоритетних інтервенцій та розробки узгодженої стратегії дій із визначенням відповідальних суб'єктів.

Обговорення мають забезпечувати представництво постраждалих громад і громадянського суспільства та бути зосереджені на:

- визначенні пріоритетних інтервенцій з урахуванням наявної політики, ресурсів і підходів (підходу, який враховує проблему ТБ, або підходу, спрямованого на боротьбу з ТБ, або поєднання цих двох підходів);
- формулюванні довгострокових цілей і конкретних завдань інтервенцій;
- оцінці ключових критеріїв впливу, зокрема масштабу виявлених потреб і бар'єрів, очікуваної ефективності, соціальної справедливості, прийнятності для виконавців і цільових груп, можливості реалізації та сталості з часом.

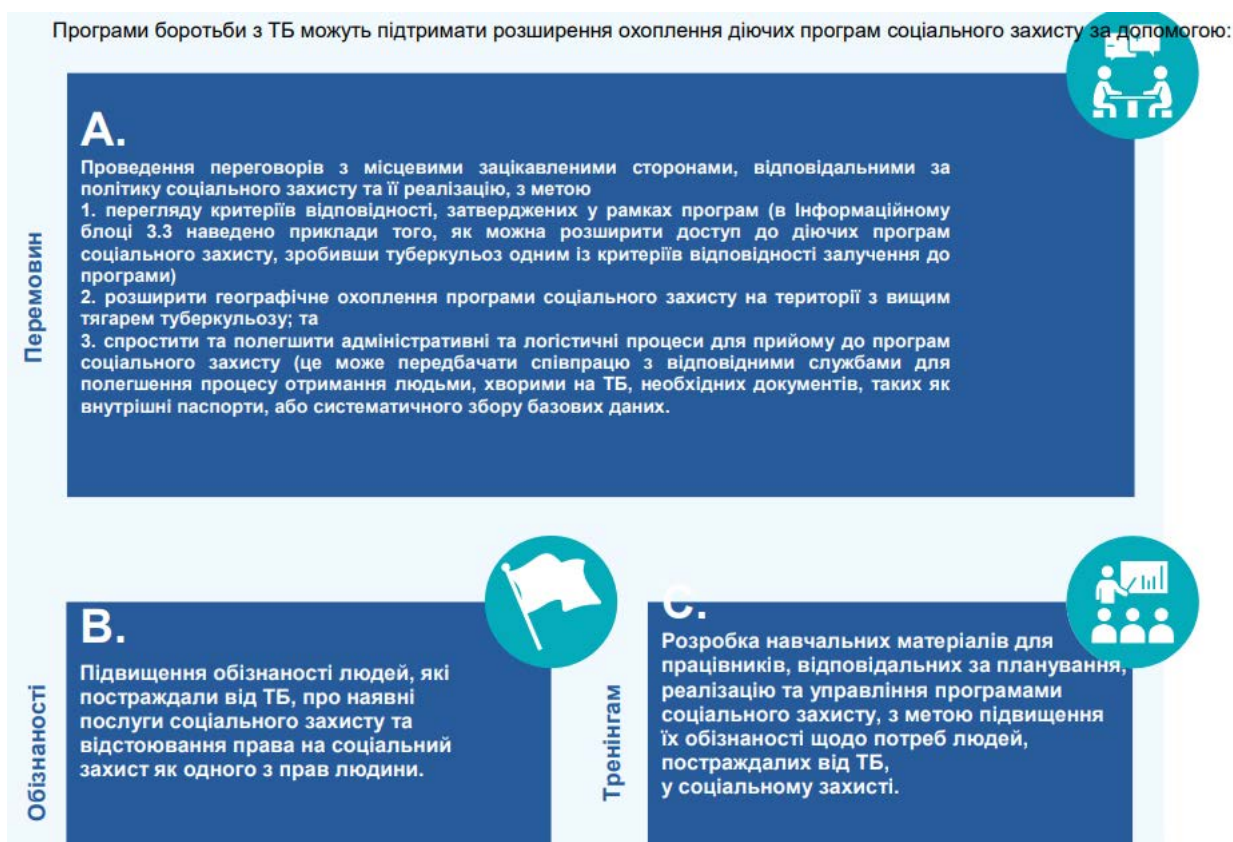
У сукупності цей етап забезпечує розробку потенційно ефективних і сталих програм соціального захисту з урахуванням місцевого контексту та реальних соціальних детермінант ТБ.

Реалізація програм соціального захисту, які враховують проблему ТБ.

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти підвищенню чутливості до проблеми ТБ діючих програм соціального захисту за допомогою:



Сприяння підвищенню чутливості до проблеми ТБ в рамках діючих програм соціального захисту в протитуберкульозних службах. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis



Розширення охоплення програмами соціального захисту. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Вивчаючи можливості розширення послуг соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ, необхідно враховувати як структурні обмеження на рівні системи, так і особливості дизайну окремих програм. У більшості країн з високим тягарем ТБ системи соціального захисту є хронічно недостатньо фінансованими, що суттєво обмежує їх здатність розширювати охоплення та адекватно реагувати на потреби вразливих груп населення. У цьому контексті особливо важливими є адвокація та мобілізація ресурсів для забезпечення належного, справедливого та сталого фінансування соціального захисту.

Дизайн програм соціального захисту має визначальний вплив на те, наскільки ефективно вони охоплюють групи населення з високим ризиком розвитку ТБ. Ключовими чинниками є вибір цільових груп і географічне охоплення програм, достатність розміру та структури соціальних виплат, включно зі ступенем фінансового захисту, а також спроможність програм охоплювати працівників неформальної економіки та членів їхніх домогосподарств, які традиційно мають обмежений доступ до соціального захисту. Важливим елементом є також наявність адекватних виплат у разі тимчасової непрацездатності, що не залежать виключно від відповідальності роботодавця, оскільки саме втрата доходу є одним із ключових соціальних детермінант ТБ.

Розв'язання зазначених проблем потребує системної співпраці між програмами боротьби з ТБ та сектором соціального захисту з метою адаптації наявних механізмів до потреб людей, постраждалих від ТБ. Такі адаптації можуть включати розширення права на отримання соціальної допомоги в районах з високим тягарем ТБ, доповнення існуючих програм соціальних виплат для покриття специфічних витрат, пов'язаних із захворюванням, а також цільове залучення фінансування з боку міжнародних і національних партнерів. Водночас важливо підсилювати аргументацію щодо широкої соціально-економічної віддачі інвестицій у соціальний захист, зокрема їх впливу на зменшення бідності, поліпшення результатів лікування ТБ та зниження поширеності супутніх факторів ризику, таких як ВІЛ, діабет і недоїдання.

Програми боротьби з ТБ можуть сприяти захисту гарантованого доходу людей, хворих на ТБ, за допомогою різних інтервенцій:



Відсутність дискримінації

A.

Сприяння створенню недискримінаційного середовища соціального захисту за допомогою:

- підвищення обізнаності людей, хворих на ТБ, щодо їх прав на соціальний захист;
- інформування в позитивний спосіб про право на участь у програмах соціального захисту або пропозиція стратегій таргетування без стигматизації, щоб спростувати усталене уявлення, згідно з яким бенефіціари програм соціального захисту - це тягар для суспільства, оскільки не бажають працювати та/або недостатньо активно впливають на зміну свого соціально-економічного статусу;
- надання людям, хворим на ТБ, та їх домогосподарствам чіткої інформації про програми соціального захисту, в тому числі їх обсяг та цінність переваг (наприклад, забезпечення завершення лікування або зменшення ступеню подальшого зубожіння); і
- підвищення обізнаності про ТБ, його фактори ризику, клінічні та фінансові наслідки серед співробітників, які працюють у службах соціального захисту.

Безпечні умови праці

B.

Збільшення як охоплення, так і швидкості реагування наявних програм і механізмів виплат соціальної допомоги (в тому числі допомоги у зв'язку з хворобою та інвалідністю) для забезпечення потреб людей, хворих на ТБ.



Загальний соціальний захист

C.

Адвокація переходу від неофіційної економіки до офіційної, щоб забезпечити всім працівникам, хворим на ТБ, доступ до працевлаштування та соціального захисту.



Програми боротьби з ТБ можуть сприяти захисту гарантованого доходу людей, хворих на ТБ, за допомогою різних інтервенцій. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Моніторинг програм соціального захисту, що враховують проблему ТБ, має бути зосереджений насамперед на оцінці їхнього охоплення та здатності своєчасно реагувати на потреби людей, постраждалих від ТБ. Наразі відсутні стандартизовані системи моніторингу та єдині індикатори соціального захисту для людей з ТБ, тому доцільно використовувати обмежену кількість ключових показників результативності.

Основними індикаторами моніторингу можуть бути: частка людей, яким діагностували ТБ і для яких проведено оцінку потреб у соціальному захисті; частка осіб, перенаправлених до відповідних програм соціального захисту; а також частка людей з ТБ, які фактично отримують будь-яку форму соціальної допомоги.

Важливість такого моніторингу підтверджується Політичною декларацією Засідання на вищому рівні Генеральної Асамблеї ООН 2023 року, яка встановлює ціль забезпечити 100% людей з ТБ доступом до пакету медичної та соціальної допомоги з метою запобігання фінансовим труднощам, пов'язаним із захворюванням.

Для збору даних, необхідних для моніторингу, можуть застосовуватися три основні підходи: поєднання національних баз даних з ТБ і соціального захисту за наявності спільних ідентифікаторів; включення відповідних показників до національних опитувань витрат па-

цієнтів з ТБ; а також інтеграція даних про соціальний захист у системи рутинного епіднагляду за ТБ в країнах з цифровими реєстрами. Найбільш ефективними вважаються підходи, що не створюють додаткового навантаження на персонал та дозволяють аналізувати рівність доступу до соціального захисту.

Реалізація програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ.

ВООЗ рекомендує надавати соціальний захист, спрямований на подолання туберкульозу, всім людям, яким діагностовано ТБ, з метою підтримки їх протягом усього курсу лікування. Ця рекомендація ґрунтується на наявних доказах ефективності матеріальної допомоги, зокрема у вигляді харчування та продовольчої підтримки, ваучерів на харчування, транспортних субсидій, фінансової допомоги на проживання, житлових пілґ або грошових стимулів для людей, хворих на ТБ.

Перелік таких заходів не є вичерпним і може доповнюватися іншими формами матеріальної підтримки, спрямованими на покращення умов життя людей з ТБ, та їх домогосподарств, особливо у випадках, коли національні системи соціального захисту не забезпечують належного рівня підтримки. У цьому контексті основна увага приділяється реалізації спеціальних програм соціального захисту, орієнтованих на ТБ, з акцентом на соціально-економічну та аліментарну підтримку.

Соціально-економічна підтримка

ВООЗ рекомендує впроваджувати спеціальні програми соціального захисту, спрямовані на ТБ, для підтримки прихильності до лікування та зменшення негативного впливу захворювання на якість життя людей, хворих на туберкульоз. Такі програми також сприяють запобіганню катастрофічним витратам і пом'якшенню соціально-економічних наслідків ТБ для домогосподарств.

На зображенні нижче перелічені етапи реалізації програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, у вигляді соціально-економічної підтримки. Розробка та реалізація цих програм мають бути людиноцентричними та ґрунтуватися на оцінці потреб, уподобань та цінностей бенефіціарів. Консультування людей, які постраждали від ТБ, медичних працівників та людей, відповідальних за розробку політик, може сформулювати інтервенцію, яка відповідатиме потребам громади, та допоможе оцінити прийнятність такої інтервенції, завдяки досягненню максимального впливу.

Під час реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, які базуються на соціально-економічній підтримці, слід враховувати наступні ключові аспекти.

- 1 Визначте найкраще місце та стратегію надання соціальних виплат та послуг – послуги соціального захисту та протидії туберкульозу можуть надаватися в одному закладі залежно від конкретних соціальних виплат та послуг, які надаються, а також від місцевих адміністративних умов та порядку організації роботи, дотримуючись так званого підходу «єдиного вікна». Впровадження цифрових інструментів, таких як переказ грошової допомоги через мобільні телефони, може допомогти зменшити подальше фінансове навантаження на людей, які постраждали від ТБ, одночасно розширюючи охоплення соціальним захистом. Незалежно від стратегії, важливо, щоб доставка грошових переказів була надійною та прогнозованою для бенефіціарів, яким призначена така допомога.
- 2 Визначте належний розмір і тип грошової допомоги, а також цільові групи населення – Рівень грошової допомоги може ґрунтуватися на опитуваннях про витрати людей, хворих на ТБ, а також на національних даних про витрати домогосподарств, національну нижню межу прожиткового рівня (так звану межу бідності) та заробітну плату; рівень грошової допомоги можна адаптувати таким чином щоб покрити вразливі питання, які були виявлені під час оцінки потреб у соціальному захисті.
- 3 Оцініть, чи є доцільною будь-яка додаткова підтримка в рамках моделі «готівка плюс» Модель «готівка плюс» – це підхід до надання соціальної допомоги, в якому грошові виплати поєднуються з іншою формою соціальної підтримки (наприклад, негрошовою допомогою або послугами), у тих випадках, коли фінансова підтримка рівня доходів вважається недостатньою для зменшення вразливих місць домогосподарств, у тому числі вразливих місць, пов'язаних зі здоров'ям (101-103). Цей «плюс» компонент або «інтенсифікатор» може бути доповненням до грошової допомоги, і він відноситься до конкретних витрат, понесених у конкретних умовах, або для певної категорії людей, хворих на ТБ, (наприклад, людей, хворих на ТБ з множинною лікарською стійкістю (МЛС-ТБ) або людей, які постраждали від ТБ та інших супутніх захворювань), або це може бути видача продовольчого кошика для покращення харчування та/або надання психосоціальної підтримки для подальшого покращення показників утримання пацієнтів в лікуванні ТБ.

Основні зауваження щодо реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ, на основі соціально-економічної підтримки. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Аліментарна підтримка

Недоїдання є ключовим фактором розвитку та поганих результатів лікування ТБ. Люди з ТБ, які недоїдають, мають вищий ризик смерті, повільніше одужують і менш прихильні до лікування. ВООЗ рекомендує включати аліментарну підтримку до стандартного плану лікування, щоб покращити результати та підтримати пацієнтів.

Продовольча безпека включає наявність, доступність, споживання та стабільність продовольства. Нестача їжі може бути як причиною, так і наслідком ТБ, а також пов'язана з цукровим діабетом, психічним здоров'ям і вживанням психоактивних речовин = усі ці фактори підвищують ризик поганих результатів лікування.

Програми аліментарної підтримки можуть надавати пряме харчування, продовольчі кошики, ваучери або грошову допомогу на їжу. Поєднання грошової та продовольчої допомоги забезпечує гнучкість і кращу ефективність. Докази свідчать, що така підтримка покращує результати лікування, прихильність до терапії та зменшує кількість пацієнтів, втрачених для спостереження.

Керівні настанови ВООЗ та Рамкова програма спільних дій щодо ТБ і супутніх захворювань містять детальні рекомендації щодо впровадження аліментарної підтримки у рамках соціального захисту.

Нижче наведено ключові зауваження щодо розробки та впровадження спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, які передбачають надання аліментарної підтримки.

1. Визначте поширеність і ступінь тяжкості недоїдання у хворих на туберкульоз – Оцінку індивідуальних потреб у їжі та харчуванні найкраще проводити на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Згідно з наявними рекомендаціями ВООЗ та ВПП щодо аліментарної підтримки (7, 119), основні зміни, які можна використовувати для моніторингу рівня харчування людей, хворих на ТБ, наведені нижче:

- ІМТ (індекс маси тіла) у дорослих старше 18 років;
- z-показник ІМТ за віком та ІМТ за статтю для дітей та підлітків віком 5–19 років; і
- z-показник «вага на довжину» або «вага на зріст» для дітей віком до 5 років, при цьому окружність середньої частини плеча використовується для виявлення випадків, які потребують невідкладної аліментарної допомоги.

Ці зміни можна реєструвати записані в момент постановки діагнозу і щомісяця до завершення лікування. Дані про рівень харчування мають важливе значення для визначення пріоритетності бенефіціарів та пакетів для аліментарної підтримки (120). Наприклад, можна використовувати різні механізми надання та різні комбінації прямої продовольчої підтримки та грошової допомоги. Враховуючи те, що вразливість до ТБ часто збігається з недоїданням, можна досягти позитивних результатів, використовуючи синергію від співпраці з урядом та організаціями продовольчої підтримки (такими як ВПП (Всевітня Продовольча Програма) або місцеві неурядові організації), оскільки це дозволяє створювати двосторонні програми скринінгу, за допомогою яких організації з продовольчої підтримки можуть перенаправляти своїх клієнтів на скринінгове обстеження на туберкульоз,

і водночас, програми боротьби з ТБ можуть перенаправляти людей, хворих на ТБ, до організацій з продовольчої підтримки для скринінгу їх рівня харчування. Такий підхід може дати змогу провести кількісну оцінку того, наскільки група населення, яка має право на продовольчу підтримку, збігається з групою населення, що складається з людей, хворих на ТБ, і, таким чином, також може надати важливу інформацію для рішення щодо реалізації спільних програм.

2. Використовуйте партисипативні методи, щоб зрозуміти потреби в харчуванні та поточну ситуацію та структуру сільськогосподарського сектора. Програми, які займаються проблемами продовольчої безпеки та недоїдання можуть бути більш ефективними, якщо поєднати грошові виплати або ваучери аліментарною підтримкою на місцях. Консультації з ключовими зацікавленими сторонами з різних секторів, у тому числі з постраждалими громадами та громадянським суспільством, можуть стати джерелом важливої інформації про потреби та бар'єри в доступі до продовольчих продуктів (121). Спеціалізовані установи можуть допомогти провести економічний аналіз ринку, щоб визначити тенденції цін, доступності та сезонності, для отримання даних, необхідних для прийняття рішень щодо аліментарної підтримки людей, які постраждали від туберкульозу. Встановлення партнерських відносин з багатосторонніми організаціями та місцевими неурядовими організаціями також може допомогти у вивченні економічних та сезонних факторів, які можуть вплинути на харчові потреби людей, постраждалих від ТБ.

3. Оцініть належний розмір і тип допомоги – належний розмір і тип допомоги можна з'ясувати з різних джерел, в тому числі національні дослідження витрат пацієнтів з ТБ, національні дані про витрати домогосподарств і ніжньої межі прожиткового мінімуму, а також за допомогою інструменту ВПП «Омега-цінність» (122). ВПП розробила цей інструмент для того, щоб люди, задіяні в розробці політик, мали змогу порівнювати пряме надання продовольчих товарів, ваучери на харчування та грошові виплати, щоб досягти максимальної ефективності і найкращих результатів програми, впливу на бенефіціарів та економії коштів (122). У надання грошових виплат на додачу до продовольчих продуктів також можна включити витрати на такі товари, як мило для рук і паливо для приготування їжі, які необхідні для підтримання біобезпеки харчових продуктів, що є критично важливим детермінантом харчування. Індекси цін на продовольчі товари, які складають ВПП та Продовольча та сільськогосподарська організація ООН (ФАО), можна використовувати для визначення кількості основних продуктів харчування, які необхідно забезпечити. Експерти з харчування можуть допомогти визначити відповідність харчової суміші, необхідної для забезпечення потреб харчування людей, хворих на ТБ..

4. Обирайте такі способи надання аліментарної підтримки, які відповідають потребам на місцевому рівні, та належні комунікаційні матеріали

– Продовольча підтримка може надаватись в період, коли люди, хворі на ТБ, починають лікування, за допомогою залучених медичних працівників громади та/або надання електронних ваучерів, які домогосподарства, постраждалі від ТБ, можуть використовувати для придбання продуктів харчування на місцевих ринках. Надання аліментарної підтримки в закладі лікування ТБ може бути більш людиноцентричним та зручним для бенефіціарів. Дані свідчать про те, що програма продовольчої підтримки в Східному Тиморі не вплинула на результати лікування, оскільки їжу доставляли в лікарню в другій половині дня, і для отримання цієї допомоги бенефіціарі мали відмовитися від виконання своїх робочих зобов'язань (123).

Люди, які постраждали від ТБ, мають бути проінформовані про критерії включення, види допомоги та варіанти її надання, а також про те, як отримати максимальну користь від цієї допомоги, щоб забезпечити максимальний вплив на харчування.


5. Посиліть варіанти здійснення закупівель через співпрацю з місцевими підприємствами – Співпрацю з постачальниками доступних і доступних продуктів харчування потрібно здійснювати на всіх рівнях системи охорони здоров'я, на яких надається аліментарна підтримка (наприклад, в туберкульозних лікарнях). Крім того, рекомендується укладати угоди про закупівлі з приватним сектором (в тому числі, з власниками ринку) та налагодити контакти з дрібними фермерами, щоб посилити синергетичний розвиток та забезпечити стійкі поставки продовольчих товарів у всі сезони.


Зауваження щодо впровадження спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на подолання ТБ, які передбачають надання аліментарної підтримки.
Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Інтервенції зі зменшення стигми, пов'язаної з ТБ

Стигма, дискримінація та соціальна ізоляція є ключовими факторами вразливості людей, хворих на ТБ. Вони можуть значно збільшувати витрати пацієнтів, наприклад, через виселення з житла або втрату роботи.

Хоча вплив стигми широко задокументований, наявні дані щодо ефективних інтервенцій для її зменшення обмежені, і бракує якісних доказів для формулювання чітких рекомендацій.

-  **Створіть мультидисциплінарну групу та залучіть до неї зацікавлені сторони:**
 - визначити та залучити відповідні зацікавлені сторони, в тому числі представників громадянського суспільства та постраждалих громад;
 - створити мультидисциплінарну робочу групу з питань стигми, пов'язаної з ТБ, до складу якої увійдуть представники постраждалих громад та інші ключові зацікавлені сторони; та
 - провести навчання та зміцнити компетенції з оцінки стигми, пов'язаної з ТБ..

-  **Виконайте ситуаційний аналіз наявної стигми, пов'язаної з ТБ:**
 - адаптувати та використовувати інструменти для вимірювання стигми для початкової оцінки, наприклад, розроблені Партнерством "Зупинимо туберкульоз" та Фондом боротьби з туберкульозом KNCV (129,130);
 - оцінити тягар стигми, пов'язаної з ТБ, та її вплив на доступ до лікування ТБ та до послуг соціального захисту;
 - визначити, наскільки чинне законодавство захищає людей від стигми, пов'язаної з ТБ; та
 - на основі цієї оцінки скласти перелік відповідних інтервенцій, які відповідають місцевим умовам.

Сплануйте та мобілізуйте ресурси для інтервенцій, спрямованих на зниження стигми, пов'язаної з ТБ:

 - поширити результати базових оцінок, інформуючи зацікавлені сторони про стигму, пов'язану з ТБ;
 - розробити дорожню карту та фінансово обґрунтований план дій, включно з ресурсами для проведення операційних досліджень, щоб зменшити стигму, пов'язану з ТБ, за безпосередньої участі громад, яких торкнулася проблема ТБ;
 - розробити систему для вимірювання ходу виконання дорожньої карти; та
 - визначити та мобілізувати ресурси для виконання дорожньої карти.

Проведіть моніторинг та оцінку ходу реалізації інтервенцій зі зниження стигми, пов'язаної з ТБ:

 - організувати періодичні зустрічі зацікавлених сторін для аналізу ходу реалізації обраних інтервенцій щодо подолання стигми, пов'язаної з ТБ, з метою виявлення та вирішення проблем; та
 - оцінити досягнутий прогрес за ключовими індикаторами для кожної інтервенції, щоб зібрати докази її ефективності, можливості реалізації та прийнятності.

Підготуйте рукописи для рецензованої літератури:

 - поширити методологічні та операційні висновки, а також дані про вплив, отримані в результаті інтервенцій.

Етапи розробки та оцінки інтервенцій, спрямованих на подолання стигми, пов'язаної з ТБ.
Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Моніторинг та оцінка програм соціального захисту, спрямованих на боротьбу з ТБ.

Моніторинг і оцінка таких програм необхідні для їх адаптації та підвищення ефективності. Наразі комплексної системи та стандартних індикаторів для програм соціального захисту людей, постраждалих від ТБ, не існує, але можна відслідковувати такі аспекти:

Охоплення допомогою, розбите за соціально-демографічними показниками (вік, стать, раса, інвалідність, географія, соціально-економічний статус) для контролю справедливості; проміжна ціль — 100% охоплення осіб, які мають право на допомогу .

Розмір та тривалість отриманої допомоги, включно з грошовою та продовольчою підтримкою.

Використання допомоги: частка витрат на харчування, проїзд, догляд та інші товари.

Соціально-економічні показники домогосподарств: частка бідних і незабезпечених продовольством до та після інтервенції.

Отримання іншої допомоги: частка домогосподарств, які вже користуються будь-якими формами соціального захисту.

Результати лікування ТБ: частка вилікованих та померлих серед бенефіціарів і небенефіціарів.

Фінансовий вплив: частка домогосподарств, які зазнали катастрофічних витрат через ТБ, з розбивкою за статусом бенефіціара.

Ці показники дозволяють оцінити ефективність, охоплення, справедливість і економічний вплив програм соціального захисту для людей, постраждалих від ТБ.

Мультисекторальна співпраця та соціальний захист у боротьбі з ТБ

Програми боротьби з туберкульозом (ТБ) відіграють ключову роль у залученні людей, постраждалих від ТБ, до програм соціального захисту та у реалізації спеціальних програм соціального захисту, спрямованих на ТБ. Інтеграція цих програм є частиною мультисекторального реагування на епідемію ТБ, яке включає координацію між різними секторами для комплексного подолання соціальних детермінант захворювання.

Система мультисекторальної підзвітності ВООЗ (MAF-ТБ) забезпечує механізм координації, відстеження та оцінки таких заходів. Вона узгоджується з підходом НіАР (Здоров'я у всіх політиках), де здоров'я визначається не лише через сектор охорони здоров'я, а й через політики інших секторів, що впливають на соціальні детермінанти.

Мультисекторальна співпраця - це визнані відносини між сектором охорони здоров'я та іншими секторами, спрямовані на спільне вирішення проблем і досягнення результатів у сфері здоров'я більш ефективно, ніж якщо б сектор охорони здоров'я діяв самостійно.

Існують вагомні підстави для інтеграції служб боротьби з ТБ та соціального захисту. Проте ефективна співпраця може стикатися з перешкодами:

- складнощі у визначенні спільних цілей та критеріїв успіху;
- тривалий час для досягнення соціальних змін;
- потреба у стабільному фінансуванні та заохоченнях;
- необхідність підтримки та підзвітності урядових, соціальних та медичних працівників.

Незважаючи на ці виклики, існують можливості та успішні приклади міжсекторальної співпраці між сектором боротьби з ТБ та соціальним захистом.

Мета MAF-ТБ - підтримати ефективну співпрацю між сектором охорони здоров'я та іншими секторами, а також забезпечити підзвітність урядів і зацікавлених сторін на всіх рівнях для прискорення подолання епідемії ТБ відповідно до Стратегії «Подолання туберкульозу» та Цілей сталого розвитку до 2030 року. MAF-ТБ забезпечує концептуальну та операційну основу для міжсекторальних заходів, взаємної підзвітності та оцінки виконання цілей. Система складається з чотирьох компонентів: зобов'язання, заходи, моніторинг і звітність, аналіз.

Програми соціального захисту людей, постраждалих від ТБ, є прикладом ефективного мультисекторального реагування. Взаємодія сектору соціального захисту з програмами боротьби з ТБ входить до компоненту «заходи» MAF-ТБ.

Мультисекторальні підходи, такі як «Здоров'я у всіх політиках» (НіАР), визнаються ефективними стратегіями для вирішення проблем

соціальних детермінант здоров'я та забезпечення рівного доступу до послуг охорони здоров'я.

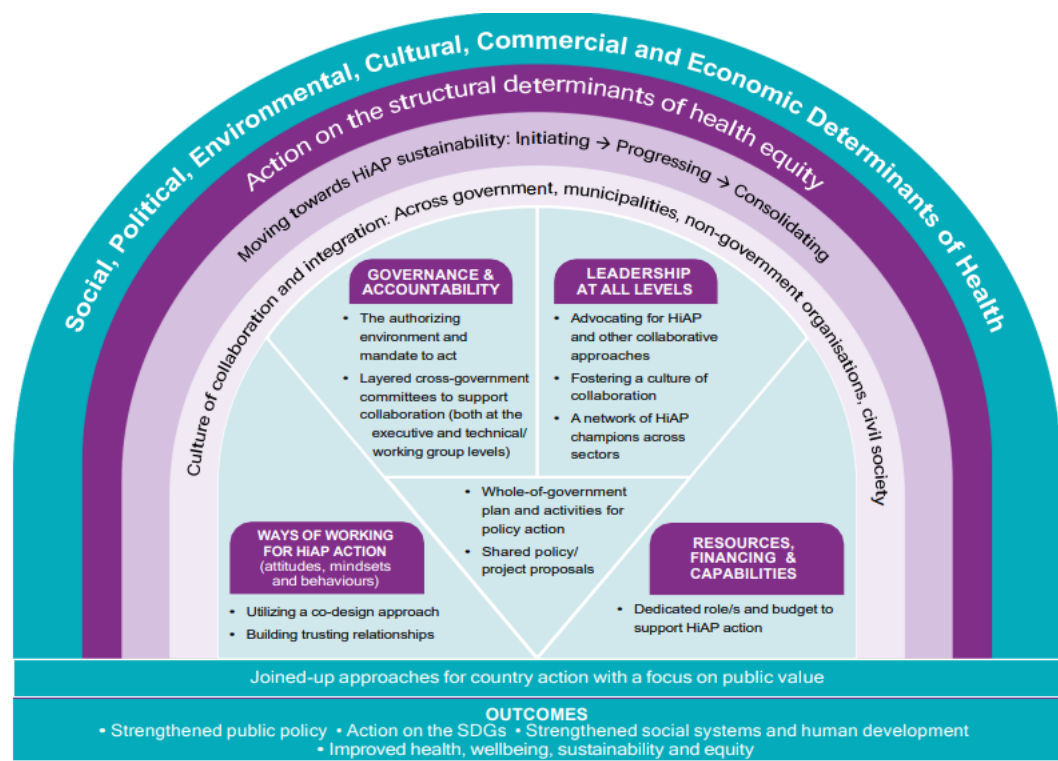
Модель НіАР пропонує дорожню карту та чек-лист для організації мультисекторальної роботи у секторах охорони здоров'я та соціального захисту. Вона структурує ефективну співпрацю за трьома основними компонентами:

1. Основи - цінності та принципи, які керують взаємодією між секторами.
2. Арки - глобальні стратегічні цілі, що описують контекст соціальних детермінант здоров'я, які впливають на здоров'я та добробут:
 - *Соціальні, політичні, екологічні, культурні, комерційні та економічні детермінанти* - відображають всеосяжний вплив цих факторів на здоров'я, добробут, соціальну рівність і справедливість.
 - *Структурні детермінанти рівності та справедливості* - включають розподіл влади, ресурсів і грошей, а також їхній вплив на всі рівні суспільства (уряди, інституції, громади) та тягар хвороб.
 - *Сталий прогрес НіАР* - визнає, що мультисекторальна співпраця потребує часу для впровадження та стабільності, а її цінність стимулює подальші інвестиції та інтеграцію в щоденну роботу урядів і служб.
 - *Культура співпраці та інтеграція* - включає чотири ключові компоненти («стовпи») моделі НіАР, які визначають організаційні та інституційні умови ефективної мультисекторальної роботи.
3. Стовпи - ключові характеристики організаційного та інституційного середовища, необхідні для ефективної мультисекторальної роботи.

4 ключові стовпи підходу НіАР - управління та підзвітність, лідерство на всіх рівнях, методи роботи та ресурси і спроможність. Вони базуються на активному залученні зацікавлених сторін із секторів охорони здоров'я та соціального захисту для реалізації та моніторингу політик.

Мета стовпів - створити організаційну та соціальну культуру, яка сприяє ефективній мультисекторальній співпраці та формує комплексні, орієнтовані на потреби населення політики та послуги. Конкретні напрямки діяльності для кожного стовпа описані далі з прикладами.

Ця модель забезпечує інтеграцію між різними секторами та рівнями управління - урядовим, політичним, адміністративним і судовим - і дозволяє виявити сфери, де посилення співпраці покращить результати.



Джерело: Спільна праця заради справедливості та здоров'я населення: стійка міжсекторальна співпраця на основі підходу "Здоров'я у всіх політиках". Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2023. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Стр. 21 <https://www.who.int/publications/item/9789240067530>.

Основи моделі HiAP поєднують цінності та принципи, які визначають спільні дії в різних секторах. Ці цінності та принципи спрямовані на суспільну цінність співпраці, яка сприяє зміцненню здоров'я, рівності, справедливості та сталості у сфері охорони здоров'я, і добре узгоджуються з деякими аналогічними принципами, викладеними в Керівництві з національного стратегічного планування боротьби з ТБ

Загальні принципи

Сфери застосування мультисекторальної співпраці для секторів боротьби з ТБ та соціального захисту

Побудова довіри і відносин

- Забезпечення керівництва та контролю на найвищому державному рівні етапів планування та реалізації соціального захисту: обидва етапи ма'ю контролюватися найвищим державним органом, який за ієрархією стоїть вище за програму боротьби з ТБ. Такий рівень керівництва надає адміністративні повноваження залучати ключових осіб, які приймають рішення в інших структурних підрозділах міністерства охорони здоров'я та інших урядових міністерствах і відомствах, а також зацікавлених сторін поза межами сектору охорони здоров'я
- Залучення всіх ключових зацікавлених сторін на всіх етапах планування, реалізації та оцінки програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ: це залучення всіх ключових зацікавлених сторін на всіх етапах планування, реалізації та оцінки програм соціального захисту людей, які постраждали від ТБ: це залучення повинно дати зацікавленим сторонам можливість впливати на хід процесу планування та, за можливості, бути залученими до мультидисциплінарної та мультисекторальної команди (див. Розділ 2).

Повага та уважне ставлення до потреб партнерів

Розуміння повноважень і позицій партнерів та зацікавлених сторін для налагодження шанобливої та сталої співпраці: часто існують сфери, в яких програми боротьби з ТБ можуть ефективно взаємодіяти та сприяти досягненню завдань, покладених на сектор соціального захисту, створюючи симбіотичні взаємовигідні відносини. Для цього необхідно надати базову інформацію та дані, щоб показати роль сектору соціального захисту в реагуванні на ТБ, а також продемонструвати, яким чином підхід, який враховує проблему ТБ, може бути корисним для досягнення цілей програм соціального захисту. Наприклад, програми боротьби з ТБ можуть використовувати повноваження органів соціального захисту, які мають на меті подолати бідність, надаючи докази того, що ТБ призводить до зuboжіння населення. Крім того, оскільки ТБ - важливий показник несправедливості у сфері охорони здоров'я, зниження рівня захворюваності на ТБ та покращення результатів лікування від ТБ є важливими сигналами про здатність наявних систем соціального захисту бути прогресивними та орієнтованими на рівність та справедливість.

Гнучкість та адаптивність

- Розбудова мультисекторальної співпраці з використанням наявних платформ для співпраці: взаємодія із зацікавленими сторонами зі сфери соціального захисту повинна здійснюватися таким чином, щоб не створювати для них адміністративного чи фінансового перевантаження. Успішна співпраця, як правило, адаптується та гнучко реагує на наявні ресурси та можливості, а не створює нові напрямки роботи та необхідності інвестицій. Чудовим прикладом цього є швидка мобілізація ресурсів у сфері охорони здоров'я та соціального захисту у відповідь на пандемію COVID-19. Програми з ТБ можуть наслідувати цей приклад, провівши комплексне визначення ресурсів з метою вивчення ресурсів, які є в наявності, пропонуючи більш стратегічно-орієнтовані та ефективні механізми спільного фінансування, а також виступати за підвищення фінансування для підтримки реального мультисекторального реагування на ТБ.

Прозора і відкрита комунікація

- Участь у діалозі із зацікавленими сторонами на рівних – потрібно цінувати їх знання та позиції: зацікавленим сторонам потрібно надати можливість проводити внутрішні консультації та допомагати визначати власну залученість до процесів планування та реалізації програм соціального захисту людей, хворих на ТБ.
- Забезпечити, щоб комунікації були зрозумілі всім зацікавленим сторонам: цього можна досягти, уникаючи складних формулювань або технічних термінів під час взаємодії із зацікавленими сторонами.

Розвиток висококваліфікованих кадрів НіАР

- Розробка навчальних матеріалів та спільних навчальних програм із залученням програм боротьби з ТБ та співробітників служб соціального захисту: цей крок важливий для розвитку спільного бачення та спільного розуміння сфер один одного, а також для зміцнення взаємного почуття відповідальності.

Основні принципи успішної мультисекторальної співпраці: конкретні приклади для сектору боротьби з ТБ та сектору соціального захисту. Джерело: Guidance on social protection for people affected by tuberculosis

Список використаної літератури

1. Guidance on social protection for people affected by tuberculosis, 20 May 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240089327>);
2. Global tuberculosis report 2025, 12 November 2025 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240116924>);
3. Закон України №1978-ІХ «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення»;
4. Вживання тютюнових і нікотинових виробів серед дорослих в Україні - результати соціологічного опитування дорослих віком від 18 років - Порівняльний аналіз результатів опитувань 2023 та 2024 років, 1 September 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/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>);
5. GYTS Глобальне Опитування Молоді Щодо Тютюну інформаційний бюлетень Україна 2023 рік, 27 June 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m/item/gyts-global-youth-tobacco-survey-fact-sheet-ukraine-2023>);
6. Споживання алкоголю в Україні: поведінка та ставлення - Листопад 2024 року - основні висновки, 24 July 2025 (<https://www.who.int/ukraine/uk/publications/m/item/alcohol-consumption-in-ukraine---behaviour-and-attitude---november-2024--key-findings>);
7. Розвиток напрямку надання допомоги у відмові від куріння на рівні громади, 2025 (<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user92/%D0%9F%D0%BE%D1%81%D1%96%D0%B1%D0%BD%D0%B8%D0%BA.%20%D0%A0%D0%B5%D0%BA%D0%BE%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%B4%D0%B0%D1%86%D1%96%D1%97%20%D0%B3%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B0%D0%B4%D0%B0%D0%BC%2C%20%D1%8F%D0%BA%20%D1%80%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B8%20%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D1%8F%D0%BC%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BC%D0%BE%D0%B2%D0%B8%20%D0%B2%D1%96%D0%B4%20%D0%BA%D1%83%D1%80%D1%96%D0%BD%D0%BD%D1%8F%202025.pdf>);
8. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 6: tuberculosis and comorbidities, 29 April 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002>);
9. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні» №56, 2025 (https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/Site_Buletin_56_fin.pdf);
10. Аналітично-статистичний довідник «Туберкульоз в Україні за 2024 р.» (<https://phc.org.ua/sites/default/files/users/user161/%D0%94%D0%BE%D0%B2%D1%96%D0%B4%D0%BD%D0%B8%D0%BA%202024.pdf>).

