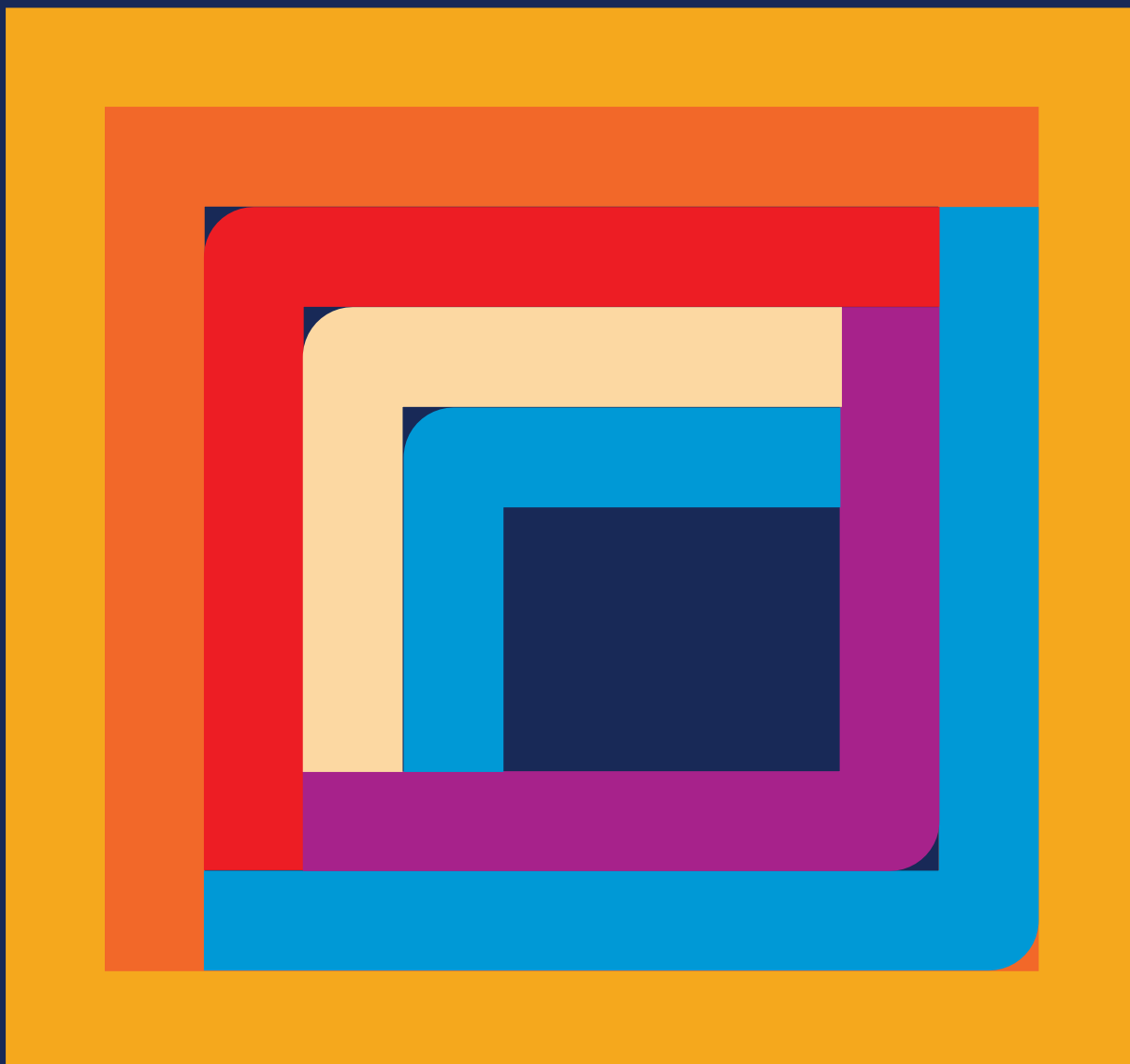

Туберкульоз і первинна медико-санітарна допомога

Синергія та можливості для досягнення
загального доступу до послуг охорони
здоров'я

Аналітична записка



Туберкульоз і первинна медико-санітарна допомога

Синергія та можливості для
досягнення загального доступу до
послуг охорони здоров'я

Аналітична записка

Переклад з англійської мови

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) не є автором цього перекладу.

ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу.

Оригінальне видання англійською мовою є обов'язковим і автентичним виданням

Туберкульоз і первинна медико-санітарна допомога: синергія та можливості для досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я. Аналітична записка

ISBN (WHO) 978-92-4-011129-5 (електронна версія)

ISBN (WHO) 978-92-4-011130-1 (друкована версія)

© Всесвітня організація охорони здоров'я, 2025 рік

Деякі права захищені. Цей документ доступний на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Згідно з умовами цієї ліцензії копіювання, поширення та адаптація роботи для некомерційних цілей дозволяється за умови відповідного цитування цього документа, як зазначено нижче. Використання цього документа не означає, що ВООЗ схвалює будь-яку конкретну організацію, продукцію чи послуги. Використання логотипу ВООЗ заборонене. У разі адаптації документа необхідно ліцензувати свою роботу відповідно до умов тієї ж або аналогічної ліцензії Creative Commons. У разі перекладу цього документа слід додати наступну відмову від відповідальності разом із запропонованим цитуванням: «Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) не є автором цього перекладу. ВООЗ не несе відповідальності за зміст або точність цього перекладу. Оригінальне видання англійською мовою є обов'язковим і автентичним виданням.»

Будь-яке посередництво, що стосується суперечок, які виникають у зв'язку з ліцензією, здійснюється відповідно до правил посередництва Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

Пропоноване цитування. Туберкульоз і первинна медико-санітарна допомога: синергія та можливості для досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я. Аналітична записка Женева: Всесвітня організація охорони здоров'я; 2025 рік. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Дані бібліографічного запису (CIP). Дані бібліографічного запису доступні за посиланням: <https://iris.who.int/>.

Продажі, права та ліцензування. Щоб придбати публікації ВООЗ, перейдіть за посиланням: <https://www.who.int/publications/book-orders>. Інформація щодо подання запитів стосовно комерційного використання, а також стосовно прав і ліцензування міститься за посиланням: <https://www.who.int/copyright>.

Матеріали третіх сторін. Якщо ви хочете повторно використовувати матеріали з цього документа, які належать третім сторонам, наприклад, таблиці, рисунки чи зображення, ви несеєте відповідальність за визначення необхідності отримання дозволу для цього повторного використання та отримання дозволу від власника авторських прав. Ризик претензій внаслідок порушення будь-якого зі сторонніх компонентів у роботі покладається виключно на користувача.

Загальні відмови від відповідальності. Використані позначення та подання матеріалів у цій публікації не означають висловлення будь-якої думки з боку ВООЗ щодо правового статусу будь-якої країни, території, міста чи району чи їхніх органів влади, або щодо розмежування їхніх меж або кордонів. Пунктирні лінії на картах – це приблизні межі, які, можливо, ще не є повністю погодженими.

Згадка про конкретні компанії чи продукцію певних виробників не означає, що ВООЗ затвердила або рекомендує їх, надаючи їм перевагу перед іншим виробникам аналогічної продукції, не згаданим у цьому документі. За винятком помилок та упущень, назви запатентованих продуктів подаються з великої літери.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься у цій публікації. Проте опублікований матеріал поширюється без жодних явних чи неявних гарантій. Відповідальність за інтерпретацію та використання матеріалу покладається на читача. ВООЗ у жодному разі не несе відповідальності за збитки, що виникли внаслідок використання цього матеріалу.

Оформлено з використанням мінімальної графіки.

Зміст

Подяки	v
Скорочення	vi
Словник термінів	vii
Ключові моменти	x
Розділ 1. Передумови та сфера охоплення	1
Розділ 2. Синергія між підходом ПМСД та реагуванням на туберкульоз	7
Розділ 3. Чинники, що сприяють або перешкоджають синергії між підходом ПМСД та ліквідацією туберкульозу	20
Розділ 4. Рух до систем охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, для ліквідації ТБ	23
Список літератури	29

“ Якісна допомога при туберкульозі (ТБ) має бути доступною для всіх і не спричиняти фінансових труднощів — лише за цих умов можна по-справжньому досягти загального доступу до послуг охорони здоров'я. Водночас ліквідація ТБ нерозривно пов'язана з прогресом кожної країни у напрямку до загального доступу до послуг і подоланням ширших соціальних та економічних чинників епідемії ТБ шляхом скоординованих міжсекторальних дій.

Підхід на основі первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) є незамінним для надання комплексних протитуберкульозних послуг. Насправді охоплення протитуберкульозними послугами може слугувати важливим показником ефективності та функціональності систем охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, у ширшому контексті досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я.”

Докторка Tereza Kasaeva

Директорка

Глобальної програми ВООЗ із боротьби з ТБ та здоров'я легень

“ Переорієнтація програм, зосереджених на окремих захворюваннях, таких як туберкульоз, у бік підходу, заснованого на ПМСД, виходить далеко за межі технічних міркувань.

Успішна переорієнтація системи на ПМСД – що передбачає інтегровані послуги охорони здоров'я, залучення спільнот і міжсекторальні дії – потребує мудрого політичного лідерства та довгострокової відданості. Це потребує проактивних, адаптивних стратегій для взаємодії з людьми на всіх рівнях системи, із співчуттям в основі всіх зусиль.”

Докторка Suraya Dalil

Директорка

Спеціальної програми ВООЗ з первинної медико-санітарної допомоги

Подяки

Цю аналітичну записку «Туберкульоз і первинна медико-санітарна допомога: синергія та можливості для досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я» підготували Tauhid Islam і Debora Pedrazzoli під керівництвом Tereza Kasaeva і Farai Mavhunga, усі з Глобальної програми ВООЗ з боротьби з туберкульозом та здоров'я легень (WHO/GTB), у співпраці з Shamsuzzoha Babar Syed і Faraz Khalid із Спеціальної програми ВООЗ із первинної медико-санітарної допомоги.

Наступні співробітники ВООЗ надали коментарі та підтримали консультаційний процес, який допоміг сформувати цей документ: Pedro Avedillo, Annabel Baddeley, Sepideh Bagheri, Anand Balachandran, Vineet Bhatia, Kenza Bennani, Tsolmon Boldoo, Annemieke Brands, Maria Regina Christian, Alarcos Cieza, Hannah Monica Dias, Ismael Endris, Dennis Falzon, Michel Gasana, Rabin Gautam, Lice Gonzalez Angulo, Christian Gunneberg, Patricia Hall-Eidson, Karina Halle, Laeeq Khawaja, Faraz Khalid, Setiawan Jati Laksono, Nomthandazo Lukele, Francis Mupeta, Fuad Mirzayev, Eunice Omesa, Challa Negeri Ruda, Mya Sapal Ngon, Andrew Seale, Lana Syed, Shamsuzzoha Babar Syed, Sabine Verkuijl, Kerri Viney, Martin van den Boom, Rajendra Yadav та Matteo Zignol.

ВООЗ висловлює вдячність таким фахівцям, які очолювали підготовку окремих тематичних розділів документа: Annabel Baddeley (ВООЗ) — за розділ щодо структури для спільних дій у сфері туберкульозу (ТБ) та супутніх захворювань; Sabine Verkuijl (ВООЗ) і Anne Detjen (Дитячий фонд ООН — ЮНІСЕФ) — за розділ щодо інтегрованого підходу до ТБ та здоров'я дітей та підлітків; Lice Gonzalez Angulo — за розділ щодо інтегрованих підходів до ТБ та здоров'я легень.

ВООЗ також щиро дякує за внесок таким фахівцям: Anne Detjen і Ruslan Malyuta (ЮНІСЕФ), Kathy Fiekert (Фундація боротьби з туберкульозом KNCV), Robert Makombe (FHI 360), Mohammed Yassin (Глобальний фонд для боротьби зі СНІДом, туберкульозом та малярією), Guy Stallworthy (Фонд Білла і Мелінди Гейтс), Immaculate Kathure, Stephen Macharia, Nellie Mukiri (Міністерство охорони здоров'я Кенії), Kelly Safreed-Harmon (консультантка ВООЗ), Jacque Oliwa (Кенійський медичний науково-дослідний інститут), Jaime Bayona Garcia (Світовий банк), Tiffany Tiara Pakasi (Міністерство охорони здоров'я Індонезії), Tendai Nkomo, Sein Sein Thi, Joyce Sibanda (Міністерство охорони здоров'я Есватіні), Moorine Sekadde (Міністерство охорони здоров'я Уганди), Taposh K. Biswas і Gantungalag Ganbaatar (Міністерство охорони здоров'я Монголії), Edward Tisungane Mwenyenkulu (Міністерство охорони здоров'я Малаві).

ВООЗ дякує рецензентам за їхні цінні коментарі та зауваження: Ghulam Qader Qader (Робоча група ВООЗ із питань туберкульозу за участі громадянського суспільства), Md Khurshid Alam Hyder (фахівець із ТБ та громадського здоров'я) і Karina Kielman (Інститут глобального здоров'я і розвитку, Університет королеви Маргарет). Усіх експертів попросили подати до ВООЗ декларацію про конфлікт інтересів. Жодного конфлікту інтересів не було виявлено — ані в поданих деклараціях, ані впродовж усього процесу підготовки документа.

Підготовка цього документа стала можливою завдяки фінансовій підтримці Партнерства заради загального доступу до послуг охорони здоров'я (UHC Partnership), яке фінансується Бельгією, Європейським Союзом, Францією, Ірландією, Японією, Люксембургом, Сполученим Королівством Великої Британії та Північної Ірландії, а також ВООЗ.

Скорочення

ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГА ООН	Генеральна Асамблея Організації Об'єднаних Націй
ІОП	індекс охоплення послугами охорони здоров'я
МіО	моніторинг і оцінка
НТП	національна програма протидії туберкульозу
ООН	Організація Об'єднаних Націй
ПМСД	первинна медико-санітарна допомога
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
ЦСР	цїлі сталого розвитку
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд Організації Об'єднаних Націй
LMIC	країни з низьким та середнім рівнем доходу населення
MAF-TB	міжсекторальний механізм підзвітності щодо туберкульозу
WHO/GTB	Глобальна програма боротьби з туберкульозом та ТБ легень Всесвітньої організації охорони здоров'я
WRD	рекомендований ВООЗ швидкий діагностичний тест

Словник термінів

Управління змінами. Підхід до переходу окремих осіб, команд, організацій та систем до бажаного майбутнього стану.

Розширення прав і можливостей. Процес підтримки людей і спільнот у здобутті контролю над власними потребами у сфері здоров'я, що, наприклад, призводить до засвоєння більш здорової поведінки або підвищення здатності самостійно контролювати захворювання.

Основний пакет послуг охорони здоров'я. Комплекс послуг, який держава надає або прагне надавати своїм громадянам на справедливій основі. Пакет включає послуги з просування здорового способу життя, профілактичні лікувальні, реабілітаційні та паліативні послуги, спрямовані на окремих осіб, і зазвичай надається через п'ять рівнів медичної допомоги: спільноту, заклади первинної медико-санітарної допомоги, лікарні первинного рівня, лікарні третинного рівня та на рівні населення в цілому. Надання основних послуг з охорони здоров'я – це головний обов'язок сектору охорони здоров'я.

Основні функції громадського здоров'я. Сукупність компетенцій та дій, необхідних для досягнення головної мети сфери громадського здоров'я — покращення здоров'я населення.

Первинний рівень допомоги (контакт). Точка входу в систему охорони здоров'я на межі між послугами та спільнотою; коли первинний рівень допомоги (контакт) відповідає кільком критеріям якості, його називають первинною медико-санітарною допомогою (див. первинна медико-санітарна допомога).

Фрагментація (послуг охорони здоров'я). Співіснування структурних одиниць, закладів або програм, які не інтегровані в систему охорони здоров'я; відсутність охоплення послугами повного спектра просування здорового способу життя, профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги; відсутність координації між послугами на різних рівнях медичної допомоги; або відсутність безперервності надання послуг.

Пакет гарантованих послуг охорони здоров'я. Тип і обсяг послуг охорони здоров'я, які закуповуються замовником у постачальників для бенефіціарів.

Послуга охорони здоров'я. Будь-яка послуга (не обмежена лише медичними чи клінічними), що має на меті покращення здоров'я або сприяє діагностиці, лікуванню чи реабілітації окремих осіб і населення в цілому.

Система охорони здоров'я. Усі організації, люди та дії, головною метою яких є сприяння, відновлення або підтримка здоров'я. Це включає як вплив на детермінанти здоров'я, так і безпосередню діяльність, спрямовану на його покращення. Система охорони здоров'я — це більше ніж піраміда державних закладів, що надають індивідуальні медичні послуги. До неї також належать, наприклад, члени родини, які доглядають за хворими, приватні постачальники послуг, програми зміни поведінки, кампанії з боротьби з переносниками хвороб, організації медичного страхування, а також законодавство у сфері охорони праці та безпеки. За підходом ВООЗ система охорони здоров'я, складається з шести основних елементів: лідерство та управління, фінансування охорони здоров'я, кадрові ресурси системи охорони здоров'я, послуги у сфері охорони здоров'я, інформаційні системи охорони здоров'я, медичні препарати, вакцини та технології.

Інтегровані послуги охорони здоров'я. Послуги, які організовані та надаються таким чином, щоб люди отримували безперервний комплекс послуг зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, діагностики, лікування, ведення захворювань, реабілітації та паліативної допомоги — узгоджено між різними рівнями та місцями надання допомоги, в межах і поза межами сектору охорони здоров'я, відповідно до потреб протягом усього життя.

Модель надання медичної допомоги. Концепція того, як мають надаватися послуги, включно з процесами надання допомоги, організацією постачальників та управлінням послугами. Модель надання допомоги розвивається відповідно до цілей і пріоритетів у сфері охорони здоров'я населення та для покращення функціонування системи охорони здоров'я.

Міжсекторальні дії (стосовно охорони здоров'я). Розробка політики, її впровадження та інші дії у сфері охорони здоров'я та суміжних галузях (наприклад, соціальний захист, житло, освіта, сільське господарство, фінанси, промисловість), що здійснюються спільно або окремо з метою впливу на соціальні, економічні та екологічні детермінанти здоров'я, пов'язані комерційні аспекти або загальне покращення стану здоров'я та благополуччя населення.

Національна програма протидії туберкульозу (НТП). Один із компонентів національної системи охорони здоров'я. НТП країни відповідає за забезпечення того, щоб усі ланки системи охорони здоров'я виконували дії, необхідні для зменшення смертності та захворюваності на туберкульоз, а також для припинення передачі хвороби. Для цього потрібна взаємодія та співпраця поза межами міністерства охорони здоров'я, оскільки багато закладів охорони здоров'я підпорядковуються іншим міністерствам (наприклад, юстиції, оборони, праці, освіти, соціального захисту та транспорту). НТП також відповідає за інформування осіб, які приймають рішення поза сферою охорони здоров'я, про необхідність впливу на соціально-економічні та екологічні детермінанти туберкульозу з метою забезпечення тривалого контролю та ліквідації хвороби. НТП відповідає за встановлення стандартів політики, розробку програмних настанов і навчальних матеріалів, забезпечення достатніх фінансових і людських ресурсів, а також за моніторинг процесу і результатів впровадження програми.

Орієнтована на людину допомога. Підхід до надання допомоги, який свідомо враховує погляди окремих людей, їхніх опікунів, сімей та спільнот як учасників і отримувачів послуг надійних систем охорони здоров'я, організованих навколо комплексних потреб людей, а не окремих захворювань, і який поважає соціальні уподобання. Орієнтована на людину допомога є ширшою за ту, яка орієнтована на пацієнта чи особу. Вона охоплює не лише клінічні контакти, а й увагу до здоров'я людей у їхніх спільнотах та їхню ключову роль у формуванні політики та послуг охорони здоров'я.

Первинна допомога. Ключовий процес у системі охорони здоров'я, який підтримує надання допомоги при першому контакті, доступну, безперервну, комплексну та координовану допомогу, орієнтовану на пацієнта.

Первинна медико-санітарна допомога (ПМСД). Комплексний підхід до охорони здоров'я за участю всього суспільства, що має на меті підвищити рівень і забезпечити рівномірність здоров'я та благополуччя шляхом реалізації трьох основних компонентів: первинна медико-санітарна допомога та основні функції громадського здоров'я як основа інтегрованих послуг охорони здоров'я; міжсекторальна політика та дії; залучені та спроможні люди і громади.

Система охорони здоров'я, орієнтована на ПМСД. Система охорони здоров'я, яка організована та функціонує, щоб гарантувати право на найвищий досяжний рівень здоров'я як головну ціль, одночасно максимально забезпечуючи справедливість і солідарність. Система, орієнтована на ПМСД, включає основний набір структурних і функціональних елементів, які підтримують досягнення універсального охоплення послугами охорони здоров'я (УОПОЗ) та доступу до послуг, що є прийнятними для населення і сприяють підвищенню справедливості.

Якісна медична допомога. Допомога, яка є безпечною, ефективною, орієнтованою на людину, своєчасною, раціональною, рівною за доступом та інтегрованою.

Пакет послуг. Перелік пріоритетних інтервенцій і послуг у межах безперервності допомоги, які повинні бути доступні всім особам у визначеній популяції. Він може бути затверджений урядом на національному або субнаціональному рівні або погоджений сторонами, якщо допомога надається недержавним суб'єктом.

Протитуберкульозні послуги. Послуги, які охоплюють широкий спектр заходів та інтервенцій у сфері охорони здоров'я, спрямованих на профілактику, виявлення, діагностику, лікування та моніторинг туберкульозу.

Загальний доступ до послуг охорони здоров'я. Забезпечений доступ для всіх людей до необхідних послуг охорони здоров'я, спрямованих на просування здоров'я, профілактику, реанімацію, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу, які є достатньо якісними для ефективності і не створюють фінансових труднощів для користувачів.

Наведені в цьому словнику визначення ґрунтуються на таких джерелах:

Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241514088>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Glossary of terms: the European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery (WHO/ EURO:2016-6523-46289-67060). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/366476>).

Tello J, Barbazza E, Yelgezekova Z, Krusel, Klazinga N. et al. Glossary of terms: WHO European Primary Health Care Impact, Performance and Capacity Tool (PHC-IMPACT) (WHO/EURO:2019-3662-43421-60966). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019 (<https://iris.who.int/handle/10665/346481>).

Health systems strengthening glossary. Geneva: World Health Organization; 2011 (<https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>).

Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a road map for implementation in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2011 (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/PHC_IHSD-2011Serie4.pdf).

Primary health care-based health systems: strategies for the development of primary health care team. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009. (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies_Development_PHC_Teams.pdf).

WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report (WHO/HIS/SDS/2015.6). Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/155002>).

Implementing the WHO Stop TB Strategy: a handbook for national tuberculosis control programmes (WHO/HTM/TB/2008.401). Geneva: World Health Organization; 2012 (<https://iris.who.int/handle/10665/43792>).

Ключові моменти

- ▶ Третя ціль сталого розвитку (ЦСР) передбачає, що країни повинні ліквідувати епідемії ВІЛ/СНІДу, туберкульозу (ТБ), малярії та тропічних хвороб, які залишалися поза увагою, а також боротися з гепатитами, хворобами, що передаються через воду, та іншими інфекційними захворюваннями до 2030 року. Також країни мають досягти загального доступу до послуг охорони здоров'я — зокрема через фінансовий захист, доступ до якісних основних медичних послуг та безпечних, ефективних, якісних і доступних лікарських засобів і вакцин для всіх до того ж року.
- ▶ Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) просуває первинну медичну допомогу (ПМСД) як ключовий підхід до досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я. Отже, ПМСД є також основним інструментом у боротьбі з ТБ і досягненні інших ЦСР. У політичній декларації Наради високого рівня Генеральної Асамблеї ООН 2023 року з питань боротьби з ТБ наголошується, що для подолання ТБ необхідно прискорити прогрес у напрямку до загального доступу до послуг охорони здоров'я, зокрема шляхом сильної та стійкої первинної медико-санітарної допомоги.
- ▶ ПМСД — це підхід до охорони здоров'я за участю всього суспільства, який має на меті максимізувати рівень і справедливий розподіл здоров'я та благополуччя, спираючись на три ключові компоненти: інтегровані медичні послуги з акцентом на первинну допомогу та основні функції громадського здоров'я; міжсекторальну політику та дії, а також розширення прав і можливостей людей і спільнот.
- ▶ Туберкульоз вражає людей усіх вікових груп, зокрема дітей та літніх людей, і часто поєднується з іншими захворюваннями. Унаслідок ТБ поширені порушення здоров'я та інвалідність, а соціальні детермінанти здоров'я (наприклад, бідність і погані умови проживання) є важливими факторами ризику щодо інфікування та розвитку хвороби.
- ▶ Досягнення цілей Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ до 2030 року вимагає оптимального використання наявних інструментів у поєднанні з прогресом у напрямку загального доступу до послуг охорони здоров'я та соціального захисту, а також впровадження нових інструментів.
- ▶ Існує виражена синергія між основними компонентами Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ і трьома ключовими компонентами підходу ПМСД.
- ▶ Ресурси підходу ПМСД ще більше демонструють узгодженість між реагуванням на ТБ та підходом ПМСД, а також надають основу для виявлення можливостей для спільного просування планів у сфері ТБ та ПМСД.
- ▶ Водночас існує низка викликів для узгодження реагування на ТБ із підходом ПМСД, зокрема: недостатня політична підтримка, слабке управління, недостатній розвиток інфраструктури та кадрового потенціалу, фрагментовані фінансові механізми.
- ▶ Хоча існують очевидні можливості для спільного просування орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД та досягнення цілей у сфері ТБ в різних напрямках, не існує універсального підходу до інтеграції цілей пов'язаних з ТБ в заходи з посилення ПМСД. Це зумовлено значною різницею в рівні розвитку систем охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, у різних країнах.
- ▶ Проведення аналізу політичного середовища на національному рівні – це ключовий перший крок для визначення точок входу з метою розробки плану інтеграції заходів реагування на ТБ з підходом ПМСД.
- ▶ Стале функціонування системи, яка забезпечує реалізацію підходу ПМСД у сфері ТБ, вимагатиме постійної адвокації та адаптації. Скоординоване планування розвитку системи дозволить одночасно вирішувати кілька проблем у сфері здоров'я, а також сприятиме досягненню цілей щодо окремих захворювань, зокрема туберкульозу.

Передумови та сфера охоплення

1.1 Вступ

Туберкульоз (ТБ), одна з головних причин смертності від інфекційних захворювань у світі, залишається серйозною глобальною проблемою у сфері охорони здоров'я. Тягар ТБ непропорційно високий серед бідних та маргіналізованих верств населення (1). Ключові соціальні детермінанти, як-от бідність, продовольча незабезпеченість, перенаселені житлових приміщень та обмежений доступ до медичної допомоги, посилюють поширення та вплив хвороби. Ці фактори підкреслюють необхідність комплексного реагування за участю всього суспільства, яке враховує як клінічні, так і соціальні аспекти профілактики та лікування ТБ.

Стратегія Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) із ліквідації ТБ визначає глобальні заходи із протидії цьому захворюванню, роблячи акцент на інтегрованих, орієнтованих на потреби людини допомозі, сміливих політиках та інноваціях, що ґрунтуються на дослідженнях. Стратегія підкреслює важливість лідерства з боку урядів, розширення прав і можливостей громадянського суспільства, а також просування прав людини та справедливості (Інформаційний блок 1.1). Глобальні зобов'язання ліквідувати туберкульоз були підкріплені на нарадах високого рівня Генеральної Асамблеї ООН (ГА ООН) з питань боротьби з ТБ у 2018 та 2023 роках (2, 3). Попри ці зусилля, прогрес у досягненні етапів та цільових показників Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ (4) є повільним. Наразі світ відстає від графіка досягнення ключових цілей, що зумовлює необхідність активізації глобальних дій.

У глобальних зусиллях з протидії туберкульозу залишаються значні прогалини, що значною мірою зумовлено недостатнім фінансуванням та розрізненими системами його розподілу, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу (LMIC). Обсяг наявного фінансування для послуг з протидії ТБ значно поступається глобально оціненим потребам та цільовим показникам, встановленим на нарадах високого рівня ГА ООН, що обмежує охоплення та ефективність національних програм протидії ТБ (НТП). Підхід, що ґрунтується на первинній медико-санітарній допомозі (ПМСД), має ключове значення для подолання цих прогалин, оскільки він дає змогу інтегрувати послуги з протидії ТБ у загальну систему охорони здоров'я, сприяючи таким чином ефективнішому використанню наявних ресурсів. Зміцнення ПМСД гарантує, що медична допомога при туберкульозі є доступною та орієнтованою на потреби людини, і водночас дозволяє забезпечити інші потреби у сфері охорони здоров'я. Отже, щоб ліквідувати глобальну епідемію туберкульозу, необхідно терміново втілити глобальні зобов'язання в конкретні дії за допомогою сталих загальносистемних підходів, що надають пріоритет ПМСД (5, 6).

Третя ціль у сфері охорони здоров'я в рамках Цілей сталого розвитку до 2030 року (ЦСР 3) включає завдання для країн ліквідувати епідемії СНІДу, туберкульозу, малярії та тропічних хвороб, які залишалися поза увагою; подолати гепатит, хвороби, що передаються через воду, та інші інфекційні захворювання до 2030 року; а також досягти універсального охоплення послугами охорони здоров'я (УОПОЗ). ВООЗ просуває ПМСД як ключовий підхід для досягнення УОПОЗ та цільових показників ЦСР 3. Підхід ПМСД визначається як підхід до системи охорони здоров'я за участю всього суспільства, що має на меті забезпечити максимальний високий рівень та оптимальний розподіл здоров'я і благополуччя за допомогою трьох компонентів: первинна допомога та основні функції громадського здоров'я як ядро інтегрованих послуг охорони здоров'я; міжсекторальна політика та дії; а також розширення прав і можливостей людей та спільнот. Завдяки цим компонентам підхід на основі ПМСД сприяє впровадженню моделей надання допомоги, які підтримують доступну, безперервну, комплексну та скоординовану допомогу, орієнтовану на пацієнта з моменту першого звернення, щоб оптимізувати здоров'я населення та зменшити нерівність у доступі до послуг охорони здоров'я. Він спрямований на врахування ширших детермінант здоров'я шляхом залучення зацікавлених сторін як у секторі охорони здоров'я, так і за його межами, а також на розширення можливостей окремих осіб, сімей та спільнот для їхньої активнішої участі у піклуванні про власне здоров'я. Системи охорони здоров'я, орієнтовані на ПМД, у найрізноманітніших умовах у країнах з низьким, середнім та високим рівнем доходу стабільно демонструють кращі показники здоров'я, сприяють підвищенню справедливості та ефективності (7, 8).

Підхід на основі ПМСД є ключовим для досягнення цілей та цільових показників, визначених у Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ (4). Розробка та практична реалізація ефективних, адаптованих до умов країни, заходів з протидії ТБ мають ґрунтуватися на підході ПМСД, з акцентом на інтеграції послуг охорони здоров'я та основних функцій громадського здоров'я (див. Словник термінів). Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ (4) сприяє інтегрованому наданню допомоги хворим на ТБ у межах загальних послуг охорони здоров'я, що включає послуги соціального захисту для реагування на соціальні детермінанти та наслідки туберкульозу, а також передбачає підзвітність усіх зацікавлених сторін та розширення прав і можливостей спільнот і громадянського суспільства. Стратегія заохочує залучення до співпраці та взаємодію з іншими програмами охорони здоров'я та міністерствами з метою інтеграції питань протидії ТБ до сфери їхньої діяльності, як це також передбачено Міжсекторальним механізмом підзвітності у сфері протидії туберкульозу (MAF-TB) (9).

Інформаційний блок 1.1

Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ: стислий огляд

БАЧЕННЯ	СВІТ, ВІЛЬНИЙ ВІД ТБ — нуль смертей, захворювань та страждань, спричинених ТБ			
МЕТА	ЛІКВІДУВАТИ ГЛОБАЛЬНУ ЕПІДЕМІЮ ТБ			
ПОКАЗНИКИ	КЛЮЧОВІ ЕТАПИ		ЦІЛЬОВІ ПОКАЗНИКИ	
	2020	2025	2030	2035
Відсоткове скорочення абсолютної кількості смертей від ТБ ^a (порівняно з рівнем 2015 року)	35%	75%	90%	95%
Відсоткове скорочення рівня захворюваності на ТБ (порівняно з рівнем 2015 року)	20%	50%	80%	90%
Відсоток домогосподарств, які постраждали від ТБ, що стикаються з катастрофічними загальними витратами через ТБ ^b (рівень у 2015 році невідомий)	0%	0%	0%	0%

ПРИНЦИПИ

1. Керівна роль та підзвітність уряду, з моніторингом та оцінкою
2. Міцна коаліція з організаціями громадянського суспільства та спільнотами
3. Захист та просування прав людини, етики та справедливості
4. Адаптація стратегії та цілей на рівні країни, за умов глобальної співпраці

КОМПОНЕНТИ

1. ІНТЕГРОВАНА, ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНА ДОПОМОГА ТА ПРОФІЛАКТИКА

- A. Рання діагностика ТБ, включно з універсальним тестуванням на медикаментозну чутливість, та систематичний скринінг контактних осіб та груп високого ризику
- B. Лікування всіх хворих на ТБ, включно з лікарсько-стійким ТБ, та підтримка пацієнтів
- C. Спільна діяльність у сфері ТБ/ВІЛ та ведення супутніх захворювань
- D. Профілактичне лікування осіб із груп високого ризику та вакцинація проти ТБ

2. РІШУЧІ ПОЛІТИКИ ТА СПРИЯТЛИВІ СИСТЕМИ

- E. Політична воля та належне ресурсне забезпечення для лікування та профілактики ТБ
- F. Залучення спільнот, організацій громадянського суспільства, державних та приватних надавачів допомоги
- G. Політика універсального охоплення послугами охорони здоров'я та нормативно-правова база для реєстрації випадків, реєстрації актів цивільного стану, забезпечення якості та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю
- H. Соціальний захист, зменшення бідності та дії щодо інших детермінант ТБ

3. АКТИВІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ІННОВАЦІЙ

- I. Відкриття, розробка та швидке впровадження нових інструментів, інтервенцій та стратегій
- J. Дослідження для оптимізації впровадження та результативності, а також для просування інновацій

^a Цей показник стосується загальної кількості смертей від ТБ серед ВІЛ-негативних та ВІЛ-позитивних людей. Смерті від ТБ серед людей з ВІЛ офіційно класифікуються як смерті, спричинені ВІЛ/СНІДом, де ТБ є супутньою причиною.

^b Цей показник не є тотожним показнику ЦСР щодо катастрофічних витрат на охорону здоров'я.

Узгодження заходів із протидії ТБ з принципами ПМСД відкриває значні можливості для зміцнення ПМСД та прискорення зусиль, спрямованих на подолання ТБ як загрози громадському здоров'ю. Проте в багатьох місцях існують численні виклики, що перешкоджають такому узгодженню. Наприклад, недостатня політична воля щодо забезпечення соціальної справедливості та визнання здоров'я правом людини, а також відсутність міцної міжсекторальної співпраці — обидва ці фактори є основоположними для успіху як підходу ПМСД, так і програм з протидії ТБ. Фрагментовані механізми фінансування, неналежна інфраструктура та нестача працівників охорони здоров'я що впливають на узгодження підходу ПМСД та заходів з протидії ТБ.

Просування програми з подолання ТБ та одночасне зміцнення ПМСД залежить від того, наскільки системи охорони здоров'я та НТП орієнтовані на ПМСД. Підхід буде різнитися залежно від контексту країни, оскільки країни перебувають на різних етапах узгодження протидії ТБ з підходом ПМСД. Сприйняття програм з протидії ТБ як «вертикальних програм» створює бар'єри для визнання синергії між протидією ТБ та підходом ПМСД, перешкоджаючи зусиллям із забезпечення інтегрованої, орієнтованої на людину допомоги. Оцінка місцевого політичного середовища у сфері ПМСД є надзвичайно важливою для виявлення можливостей для просування обох напрямів

1.2 Обґрунтування

У 2023 році ТБ залишався однією з головних причин смертності у світі, забравши 1,3 мільйона життів (10, 11). За оцінками, щорічно на ТБ хворіє майже 11 мільйонів людей; з них близько 3 мільйонів не діагностуються або не реєструються національними органами влади, і тому залишаються поза увагою систем охорони здоров'я (12). Ця ситуація ускладнюється стигмою, пов'язаною із захворюванням, оскільки деякі люди з симптомами ТБ бояться стигматизації, якщо звернуться по діагностику. Охоплення цієї групи населення вимагає орієнтованої на людину системи охорони здоров'я, із залученням та розширенням прав і можливостей спільнот, що відповідає підходу ПМСД.

Найбільший тягар туберкульозу припадає на дорослих (віком ≥ 15 років); у 2023 році чоловіки становили 55%, а жінки — 33% від оцінюваної загальної кількості нових випадків. Однак туберкульоз вражає людей будь-якого віку, включно з дітьми та літніми людьми: у 2023 році 12% зареєстрованих випадків ТБ припадали на дітей та підлітків (0–14 років), і ще 12% — на людей віком 65 років і старше. Згідно з глобальним звітом про ТБ за 2024 рік (12), близько 30% нових випадків туберкульозу зумовлено п'ятьма факторами ризику, пов'язаними зі здоров'ям: недостатнім харчуванням, діабетом, курінням, ВІЛ-інфекцією та розладами, пов'язаними з вживанням алкоголю. Навіть після успішного лікування ТБ у значної частини людей розвиваються пов'язані з ним порушення. До них належать розлади психічного здоров'я та порушення функції легень, які вражають близько 23% та 21% хворих на ТБ відповідно (13). Критично важливо, щоб послуги з протидії ТБ надавалися протягом усього життя, а інтегроване надання послуг забезпечувало комплексну допомогу для забезпечення загальних потреб здоров'я людини, що і є основою ПМСД.

Незважаючи на значний прогрес останніх років, більшість людей із туберкульозом, чутливим до препаратів, потребують лікування тривалістю до 6 місяців, а з певними лікарсько-стійкими формами — навіть довше. Таке тривале лікування є ключовим фактором низької прихильності до лікування, що призводить до неповного одужання, посилення передачі ТБ, зростання стійкості до антибіотиків, а також погіршення показників захворюваності та смертності. Соціальні та фінансові бар'єри, включно з відсутністю ефективної соціальної підтримки під час хвороби, перешкоджають доступу до допомоги. Витрати, пов'язані з діагностикою та лікуванням ТБ, часто є «катастрофічними» (визначаються як $>20\%$ річних витрат або доходу домогосподарства) для багатьох людей, хворих на туберкульоз, та їхніх родин. У світі майже половина хворих на ТБ стикається з катастрофічними витратами, і ця частка є вищою для людей з лікарсько-стійким туберкульозом (12). Таким чином, підтримка людей, які постраждали від ТБ, як психологічна, так і соціальна, є вирішальною для ефективної профілактики та лікування ТБ.

ТБ значною мірою зумовлений соціальними чинниками, такими як неналежні житлові умови (включно з поганою вентиляцією та перенаселеністю), бідність та відсутність продовольчої безпеки (14, 15). Усунення цих глибинних чинників вимагає цілісного, орієнтованого на людину підходу з міжсекторальною взаємодією та заходами.

Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ (4) передбачає зниження глобальних показників захворюваності на ТБ шляхом оптимізації наявних інструментів для профілактики та лікування, паралельно з рухом до загального доступу до послуг охорони здоров'я та заходів соціального захисту. Загальний доступ означає, що кожен може отримати якісні послуги охорони здоров'я, яких потребує, не зазнаючи при цьому фінансових труднощів (16). Будь-хто з ТБ повинен мати доступ до відповідного лікування, не зазнаючи фінансових труднощів. Рух до загального доступу до послуг спирається на потужну систему охорони здоров'я, орієнтовану на ПМСД. Як основа міцної та стійкої системи охорони здоров'я, система, орієнтована на ПМСД, гарантує, що люди можуть отримати доступ до інтегрованої, орієнтованої на людину якісної допомоги на кожному етапі життя, за умови міжсекторальних дій та залучення спільнот.

1.3 Глобальні зобов'язання щодо ПМСД та ТБ

Бачення ПМСД бере свій початок у Алма-Атинській 1978 року, яка закликала уряди та світову спільноту визнати центральну роль ПМСД у досягненні кращих результатів у сфері охорони здоров'я (17). Чотири десятиліття по тому, в Астанинській декларації 2018 року (18), країни взяли на себе зобов'язання орієнтувати системи охорони здоров'я на ПМСД для прискорення прогресу у досягненні загального доступу до послуг охорони здоров'я та пов'язаних зі здоров'ям ЦСР. Спираючись на принципи Алма-Атинської декларації, Астанинська декларація зосереджена навколо чотирьох зобов'язань:

- робити сміливі вибори на користь здоров'я в усіх секторах;
- розбудовувати стійку ПМСД, адаптовану до місцевого контексту кожної країни;
- розширювати права і можливості окремих осіб та спільнот; та
- узгоджувати підтримку зацікавлених сторін із національними політиками.

У 2019 році в резолюції WHA72.2 сімдесят друга Всесвітня асамблея охорони здоров'я привітала Астанинську декларацію та наполегливо закликала держави-члени вживати заходів для поширення та реалізації її бачення та зобов'язань відповідно до національних умов (19). Резолюція також містила запит на розробку інструментів для ПМСД з метою зміцнення систем охорони здоров'я та підтримки країн у розширенні масштабів впровадження (20). У 2022 році сімдесят п'ята Всесвітня асамблея охорони здоров'я закликала до радикальної переорієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД як основу для загального доступу до послуг охорони здоров'я, що було додатково підтверджено в політичній декларації наради високого рівня ГА ООН з питань УОПОЗ 2023 року (3).

Інформаційний блок 1.2

Витяги з окремих статей політичної декларації Наради високого рівня ГА ООН 2023 року з боротьби з туберкульозом

Глави держав та урядів, а також представники держав та урядів, зібравшись в ООН 22 вересня 2023 року, домовилися про наступне:

- Підтвердити, що протидія туберкульозу має бути орієнтована на людину, заснована на участі спільнот та гендерно чутлива, з повною повагою до прав людини, а також інтегрована у діяльність сектору охорони здоров'я та інших відповідних секторів (Стаття 12).
- Визнати, що міцні, інтегровані та стійкі системи можуть сприяти готовності до пандемій (Стаття 14).
- Визнати, що подолання туберкульозу вимагає прискорення прогресу в досягненні загального доступу до послуг охорони здоров'я на основі ПМСД (Стаття 24).
- Зобов'язатися інтегрувати заходи з протидії ТБ в систему ПМСД (Стаття 49).

Центральна роль ПМСД підкреслюється в політичній декларації наради високого рівня ГА ООН 2023 року з боротьби з туберкульозом, яку було схвалено главами держав та урядів. У декларації зазначається, що подолання туберкульозу вимагає прискорення прогресу в досягненні загального доступу до послуг охорони здоров'я, зокрема через розбудову потужної та сталої системи ПМСД (Інформаційний блок 1.2). (Вох 1.2). Вона підтверджує принципи та цілі Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ та закріплює зобов'язання щодо додаткових амбітних цілей для подолання туберкульозу. Вона також зобов'язує прискорити прогрес у досягненні загального доступу до своєчасних та якісних протитуберкульозних послуг з ТБ, щоб до 2027 року:

- ▶ щонайменше 90% від оцінюваної кількості людей, які хворіють на ТБ, отримували діагностику та лікування належної якості;
- ▶ не менше ніж 90% людей з високим ризиком розвитку ТБ були забезпечені профілактичним лікуванням; та
- ▶ 100% людей, хворих на туберкульоз, мали доступ до пакету медичних та соціальних послуг.

Підсумовуючи, поновлене глобальне зобов'язання щодо ПМСД як основи для досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я та подолання епідемії ТБ підкреслює критичну роль ПМСД у покращенні результатів у сфері охорони здоров'я в усьому світі. Нарада високого рівня ГА ООН 2023 року з питань ТБ підтвердила цей підхід, наголосивши на необхідності потужної, сталої системи ПМСД як невід'ємної умови для досягнення амбітних цілей з діагностики, лікування та профілактики ТБ.

Узгодженість зусиль у сферах протидії ТБ та розвитку ПМСД є вирішальною для прискорення прогресу на шляху до подолання туберкульозу та досягнення пов'язаних зі здоров'ям ЦСР. Скоординована протидія, що спирається на ПМСД, стане ключем до забезпечення справедливого доступу до якісних послуг охорони здоров'я і, зрештою, до подолання туберкульозу як загрози громадському здоров'ю.

1.4 Мета та цільова аудиторія аналітичної записки

Ця аналітична записка досліджує синергію та можливості, що виникають завдяки узгодженню заходів з протидії туберкульозу з принципами ПМСД, з метою спільного просування відповідних зусиль для зміцнення ПМСД та подолання туберкульозу як загрози громадському здоров'ю. Вона розрахована на тих, хто створює політики та зацікавлених сторін, зокрема на керівників у сфері охорони здоров'я, лідерів програм з ПМСД та протидії ТБ, неурядові організації (НУО), організації громадянського суспільства (ОГС), спільноти, яких торкнулася проблема, дослідників, донорів та технічних партнерів, залучених до роботи на різних рівнях системи охорони здоров'я. Аналітична записка розроблена, щоб допомогти цим людям та організаціям розглянути та дослідити синергію між підходом ПМСД та протидією туберкульозу. Її мета — максимально використати можливості для спільного просування зусиль зі зміцнення ПМСД та подолання туберкульозу. Цей документ також закладає основу для майбутньої роботи Національних програм протидії туберкульозу (НТП) та партнерів у застосуванні підходу «ПМСД для загального доступу до послуг охорони здоров'я» до протидії туберкульозу.

Хоча ця публікація зосереджена на ТБ, представлені в ній концепції та міркування можуть бути застосовані до інших програм, спрямованих на боротьбу з конкретними захворюваннями.

1.5 Розробка аналітичної записки

Розробка цієї аналітичної записки координувалася внутрішнім керівним комітетом ВООЗ, до складу якого увійшли співробітники штаб-квартири, бюро ВООЗ у різних країнах та регіональних бюро, які працюють у сферах ТБ, ПМСД, ВІЛ, якості медичної допомоги та неінфекційних захворювань. Комітет схвалив запропонований план роботи, розроблений основною командою Глобальної програми боротьби з туберкульозом та ТБ легень ВООЗ (WHO/CTB). Тему цієї аналітичної записки представили представникам країн з високим тягарем ТБ та партнерам на саміті щодо Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ у Парижі (Франція) у 2023 році. Під час саміту обговорили ключові пріоритети для країн, і визначили розробку аналітичної записки як головний пріоритет, після якого йшов збір та узагальнення серії досліджень випадків по країнах. Крім того, для інформаційного забезпечення розробки цього документа було проведено огляд тематики літератури щодо взаємозв'язку між ТБ та ПМСД (Інформаційний блок 1.3).

У 2024 році було проведено віртуальну глобальну консультацію для обговорення мети та структури аналітичної записки. Серед учасників були представники НТП, співробітники регіональних бюро ВООЗ та бюро в різних країнах, технічні партнери та

фінансові організації. Результати цієї консультації були згодом представлені на засіданні Стратегічної

технічної консультативної групи з туберкульозу, яка схвалила запропонований зміст та структуру аналітичної записки. Фінальний проєкт цього документа пройшов експертну оцінку зовнішніх фахівців.

Інформаційний блок 1.3

Підсумок огляду тематики літератури з питань ТБ та ПМСД

Цілі

- Визначити спільні риси між підходом ПМСД та стратегіями профілактики та лікування ТБ.
- Визначити бар'єри та можливості для спільних дій з інтеграції підходу ПМСД та заходів з профілактики і лікування ТБ.
- Визначити та задокументувати потенційний вплив ПМСД на ймовірність виникнення нових випадків, тягар ТБ та смертність від нього, а також на результати лікування.

Методи

Пошук літератури проводився в базах даних PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Cochrane та Embase, з додатковим аналізом цитувань за даними Google Scholar та посилань з інших оглядів. Пошук обмежувався статтями, опублікованими з 2006 року, написаними або перекладеними англійською мовою. Отримані результати було зіставлено з трьома компонентами ПМСД.

Результати

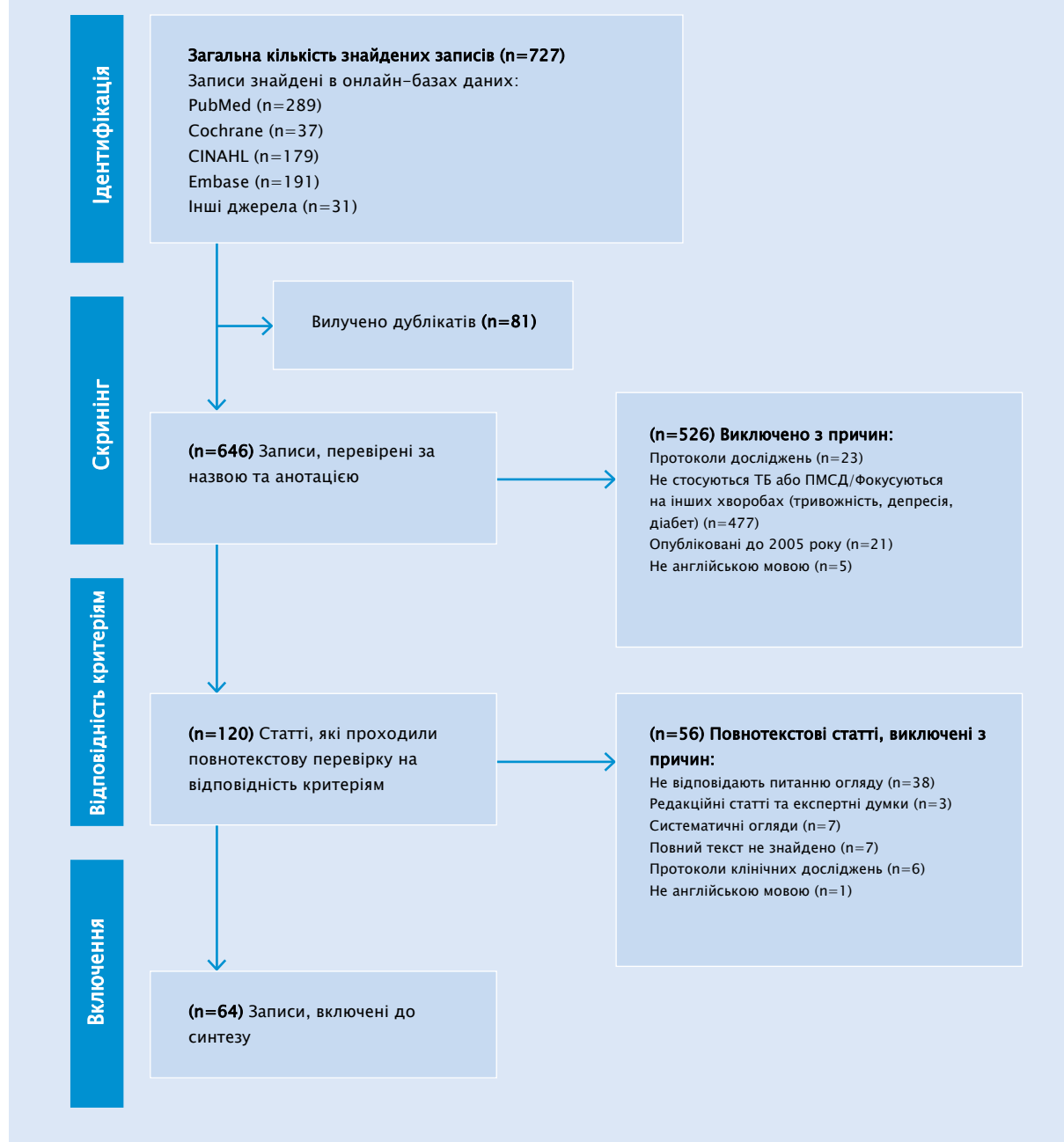
Після застосування критеріїв включення та виключення було відібрано 120 статей, що відповідали на дослідницькі питання дослідження, як показано на **Рисунку В1**.

Огляд літератури висвітлює значну синергію між підходом ПМСД та стратегіями профілактики і лікування ТБ. Інтеграція послуг з протидії ТБ, що охоплюють допомогу зі зміцнення здоров'я, профілактики, лікування та реабілітації, у систему первинної медико-санітарної допомоги є здійсненною та культурно прийнятною; отже, це може відкрити значний потенціал для покращення результатів лікування ТБ. Розширення прав і можливостей людей та спільнот через соціальну мобілізацію та комунікаційні заходи може ефективно боротися зі стигмою, підвищувати виявлення випадків та покращувати прихильність до лікування. Крім того, міжсекторальна політика та дії, особливо завдяки співпраці державного та приватного секторів, надають можливості для посилення профілактики ТБ, діагностики та послуг соціальної підтримки. При усуненні бар'єрів та використанні виявлених можливостей інтеграція підходу ПМСД з профілактикою та лікуванням ТБ може призвести до покращення результатів у сфері охорони здоров'я та прискорити прогрес на шляху до загального доступу до послуг охорони здоров'я.

Джерело: ВООЗ (2022) (21).

Інформаційни блок 1.3 *Продовження*

Рис. В1. Схема процесу ідентифікації досліджень із онлайн-баз даних



Синергія між підходом ПМСД та реагуванням на туберкульоз

2.1 Програми протидії ТБ

НТП є складовою національної системи охорони здоров'я. Вона відповідає за встановлення стандартів для профілактики, виявлення, лікування, моніторингу та зупинення поширення ТБ серед населення; забезпечення наявності достатніх фінансових та людських ресурсів; а також за моніторинг процесу та результатів впровадження програми (22). НТП також відповідає за співпрацю та координацію з іншими секторами (тобто, у межах сектору охорони здоров'я і поза ним) для роботи з ширшими соціальними, економічними та екологічними факторами, що впливають на передачу ТБ та результати лікування. До цих факторів належать бідність, умови проживання, харчування та освіта (23, 24). На практиці сфера повноважень НТП може різнитися; наприклад, деякі з них займаються розробкою стандартів політики та моніторингом надання ключових послуг і відповідних результатів, тоді як інші можуть включати заходи з безпосереднього надання протитуберкульозних послуг. Останнє часто призводило до сприйняття, що НТП діють окремо, а не як невід'ємна частина ширшої системи охорони здоров'я (25–27).

Протитуберкульозні послуги охоплюють широкий спектр заходів та інтервенцій у сфері охорони здоров'я, спрямованих на профілактику, виявлення, діагностику, лікування та моніторинг ТБ. Ці послуги реалізуються в межах систем охорони здоров'я (Рис. 2.1). Система охорони здоров'я включає всі організації, людей та дії, основною метою яких є зміцнення, відновлення та підтримка здоров'я. Система будується на кваліфікованих працівниках охорони здоров'я, належно утримуваній інфраструктурі, надійному постачанні ліків та технологій, що підкріплюється достатнім фінансуванням, потужними планами у сфері охорони здоров'я та політиками, що ґрунтуються на доказах (28).

2.2 Первинна медико-санітарна допомога

ПМСД — це підхід до здоров'я за участю всього суспільства, спрямований на максимальне підвищення рівня та справедливого розподілу здоров'я і благополуччя через три взаємопов'язані та взаємодоповнювані основні компоненти (20):

- Інтегровані послуги охорони здоров'я з акцентом на ПМСД та основні функції громадського здоров'я: забезпечення потреб у сфері охорони здоров'я шляхом надання комплексної допомоги,

Рис. 2.1 Взаємозв'язок між програмою протидії ТБ, підходом ПМСД, системою охорони здоров'я, загальним доступом до послуг охорони здоров'я та ЦСР

Програма протидії ТБ	ПМСД	Система охорони здоров'я	Загальний доступ до послуг охорони здоров'я	ЦСР
Складовою національної системи охорони здоров'я, відповідальна за встановлення стандартів політики для профілактики, виявлення, лікування, моніторингу та зупинення поширення ТБ серед населення.	Підхід до системи охорони здоров'я	Системи охорони здоров'я включають усі організації, людей та заходи для зміцнення, відновлення та підтримки здоров'я.	Загальний доступ до послуг охорони здоров'я означає, що всі люди мають доступ до повного спектру якісних послуг охорони здоров'я, яких вони потребують, тоді і там, де вони їх потребують, не зазнаючи при цьому фінансових труднощів.	17 цілей сталого (економічного, екологічного та соціального) розвитку, загальною метою яких є створення кращого світу та кращого життя для всіх до 2030 року
Цілі, завдання та заходи, пов'язані з ТБ	Інструмент для зміцнення, відновлення та збереження здоров'я, а також для досягнення цілей у сфері охорони здоров'я.		Цілі, що включають подолання ТБ	

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога, ТБ – туберкульоз, ЦСР – Цілі сталого розвитку

Інформаційний блок

2.1

ПМСД і первинна

допомога

ПМСД та первинна допомога позначають два окремі, але пов'язані поняття. Первинна допомога є складовою ПМСД і описує вужче поняття послуг, що надаються окремим особам, тоді як ПМСД — це ширший термін, що ґрунтується на основних принципах, викладених в Алма-Атинській та Астанинській деклараціях (17, 18).

ПМСД — це концепція або підхід до організації та зміцнення систем охорони здоров'я, як визначено в Операційній концепції первинної медико-санітарної допомоги ВООЗ/Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ) (20), що має три компоненти: інтегровані послуги охорони здоров'я, міжсекторальна політика та дії, а також розширення прав і можливостей людей та спільнот. Таким чином, ПМСД описує підхід до політики у сфері охорони здоров'я та надання послуг, що охоплює як послуги, які надаються окремим особам (послуги первинної допомоги), так і функції на рівні населення, які виходять далеко за межі ведення захворювань і включають їх профілактику та зміцнення здоров'я (17).

У межах першого компонента ПМСД, який зосереджений на інтегрованому наданні послуг, наголошується, що первинна допомога є точкою входу в систему охорони здоров'я та основною точкою контакту для людей, які отримують медичні послуги.

Первинна допомога вирішує основні проблеми зі здоров'ям у спільноті, надаючи послуги зі зміцнення здоров'я, профілактичні, лікувальні, реабілітаційні та паліативні протягом усього життя (17). Вона є першим рівнем контакту сімей та спільнот із національною системою охорони здоров'я, максимально наближаючи медичну допомогу через інтегровані, функціональні та взаємодоповнювані системи напрямлень. Це веде до поступового покращення комплексної медичної допомоги для всіх із наданням пріоритету тим, хто її найбільше потребує. На місцевому рівні та рівні спеціалізованої допомоги первинна допомога покладається на медичних працівників.

спрямованої на зміцнення здоров'я, захист, профілактику, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу протягом усього життя, завдяки пріоритезації ключових послуг охорони здоров'я через первинну медичну допомогу та основні функції громадського здоров'я як центральні елементи інтегрованих послуг охорони здоров'я.

- ▶ Міжсекторальна політика та дії, що систематично впливають на ширші детермінанти здоров'я (включно із соціальними, економічними та екологічними чинниками, а також індивідуальними особливостями та поведінкою) за допомогою науково обґрунтованих політик та заходів у всіх секторах.
- ▶ Розширення прав і можливостей людей та спільнот, що дає змогу окремим особам, сім'ям та спільнотам оптимізувати своє здоров'я, виступаючи на захист політики, яка зміцнює та захищає здоров'я і благополуччя, а також беручи участь у розробці медичних та соціальних послуг.

При ефективному впровадженні підхід ПМСД може допомогти забезпечити 90% основних інтервенцій, яких люди потребують протягом усього життя: від зміцнення здоров'я до профілактики захворювань, лікування, реабілітації та паліативної допомоги. Він також може допомогти збільшити середню тривалість життя у LMIC (29).

У багатьох випадках терміни «первинна допомога» та «первинна медико-санітарна допомога» взаємозамінні, однак важливо зазначити відмінності між цими двома термінами (Інформаційний блок 2.1).

Для досягнення бачення ПМСД 14 ключових важелів перетворюють основні елементи підходу ПМСД на результати (Рис. 2.2). Важелі взаємопов'язані, взаємопов'язані та взаємодоповнювані. Їх поділяють на основні стратегічні та операційні важелі. Дії та інтервенції для кожного важеля слід розглядати узгоджено між собою та всебічно в процесах національного планування в галузі охорони здоров'я.

Рисунок 2.2 демонструє теорію змін, яка описує, як основні елементи підходу ПМСД можна перетворити на результати за допомогою 14 взаємопов'язаних важелів для дій та інвестицій, що сприяють покращенню результатів у сфері охорони здоров'я.

Теорія змін окреслює зв'язок між трьома компонентами ПМСД, 14 важелями для дій та інвестицій та бажаними результатами, до яких належать:

- ▶ покращення доступу, використання та якості;
- ▶ покращення участі спільноти, медичної грамотності та практики звернення за медичною допомогою;
- ▶ робота з ширшими соціальними, фізичними, екологічними та комерційними детермінантами здоров'я; та

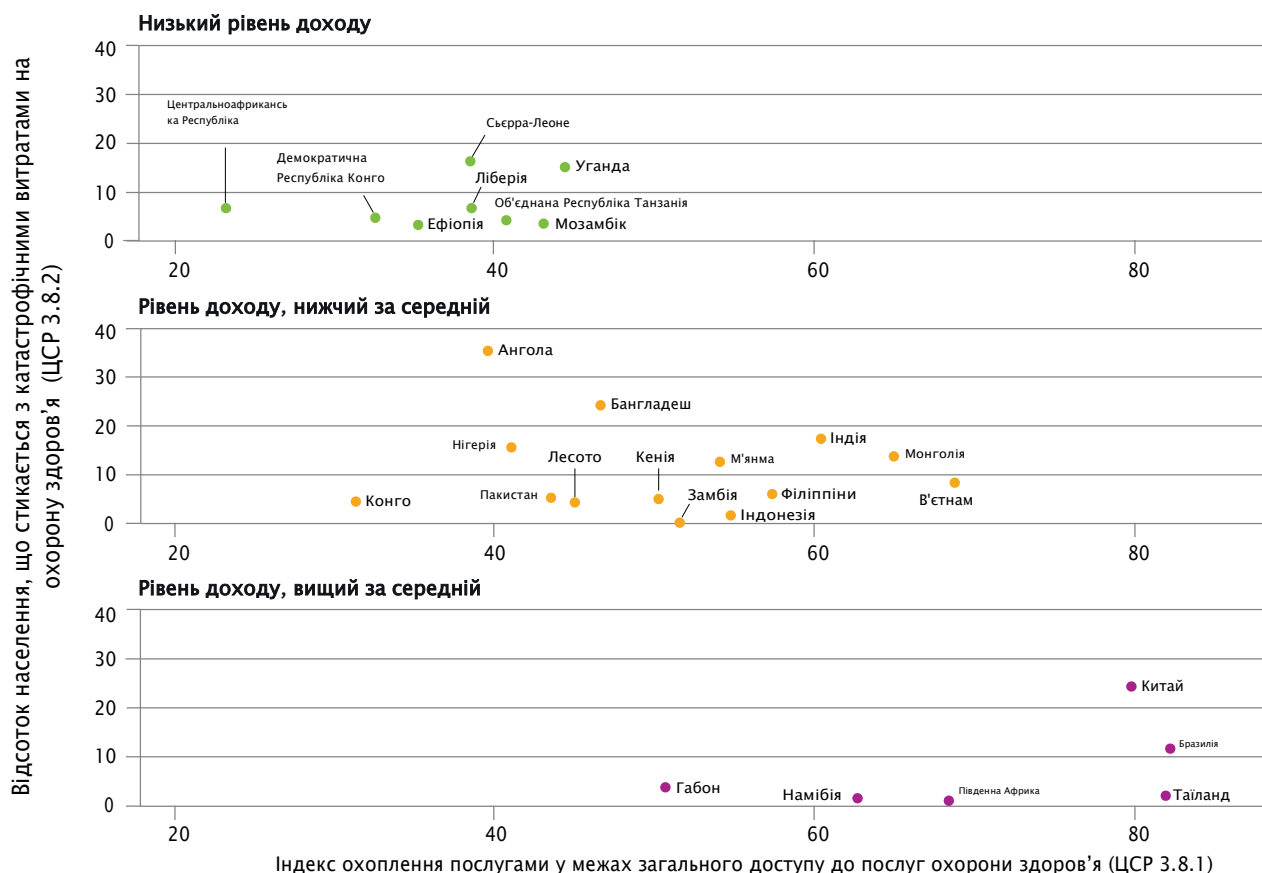
Рис. 2.2 Теорія змін ПМСД



ПМСД – первинна медико-санітарна допомога

Джерело: ВООЗ/ЮНІСЕФ (2020) (20).

Рис. 2.3 Охоплення послугами в рамках загального доступу до послуг охорони здоров'я та катастрофічні витрати на охорону здоров'я у 30 країнах з найвищим тягарем туберкульозу, 2021 р.



Джерела: ВООЗ (2023) (10) Глобальний звіт про туберкульоз, 2023; ВООЗ (2025) (30).

- покращення стану здоров'я та благополуччя окремих осіб і населення в цілому.

Таким чином, теорія змін ПМСД пов'язує досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я та завдань ЦСР з ефективним впровадженням підходу ПМСД та його важелів.

2.3 Загальний доступ до послуг охорони здоров'я

Загальний доступ до послуг охорони здоров'я означає, що всі люди мають доступ до повного спектра якісних медичних послуг, яких вони потребують, тоді й там, де це необхідно, без фінансових труднощів. Досягнення такого доступу є одним із ключових завдань у ЦСР на період до 2030 року. Система охорони здоров'я, орієнтована на ПМСД, створює міцну, ефективну та справедливую платформу для реалізації загального доступу.

Прийнявши ЦСР, держави-члени ООН зобов'язалися досягти загального доступу до послуг охорони здоров'я до 2030 року. Завдання 3.8: «Забезпечити загальний доступ до послуг охорони здоров'я, зокрема захист від фінансових ризиків, доступ до якісних базових медичних послуг, а також до безпечних, ефективних, якісних і доступних за ціною основних лікарських засобів і вакцин для всіх».

Одним із двох показників для моніторингу прогресу в досягненні цієї цілі є індекс охоплення послугами в рамках загального доступу до послуг охорони здоров'я (ІОП) (Показник 3.8.1).

ІОП розраховується на основі 14 ключових показників, одним із яких є охоплення лікуванням ТБ. У 30 країнах світу з найвищим тягарем ТБ значення ІОП залишаються низькими (від 40 до 60) (Рис.2.3) (72), що підкреслює необхідність зміцнення систем охорони здоров'я в цих країнах для досягнення цілей ЦСР щодо загального доступу до послуг охорони здоров'я.

2.4 Компоненти та важелі підходу ПМСД і Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ

Існує синергія між підходом ПМСД та заходами з протидії туберкульозу, що відображається в ключових компонентах ПМСД та компонентах Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ (Рис. 2.4). У цьому розділі описано компоненти підходу ПМСД та проілюстровано їхню синергію з ключовими елементами Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ.

В інформаційних блоках 2.2, 2.3 та 2.4 наведено приклади інтегрованих підходів до надання протитуберкульозних послуг: для пацієнтів із ТБ та із супутніми захворюваннями, для дітей і підлітків, хворих на ТБ, а також у контексті зв'язку туберкульозу та легень.

Fig. 2.4 Alignment of the End TB Strategy with the components of PHC



ПМСД – первинна медико-санітарна допомога, ТБ – туберкульоз.

Примітка: Компонент 3 Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ пов'язаний з операційним важелем ПМСД у сфері досліджень, орієнтованих на первинну медико-санітарну допомогу.

Інформаційний блок 2.2

Концепція спільних дій щодо ТБ та супутніх захворювань

У 2023 році на п'ять пов'язаних зі здоров'ям факторів ризику ТБ — цукровий діабет, ВІЛ, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, тютюнопаління та недоїдання — припадало близько 30% нових випадків та рецидивів ТБ у всьому світі. Інші значущі фактори ризику розвитку ТБ включають силікоз та розлади, пов'язані з вживанням наркотиків. Ці фактори ризику вважаються супутніми станами, якщо людина одночасно хворіє на ТБ. Люди з ТБ також часто мають інші супутні стани (наприклад, психічні розлади та вірусні гепатити). Усі ці супутні стани пов'язані з гіршими результатами лікування ТБ та мають негативний соціально-економічний вплив. Крім того, у людей з ТБ може розвинути хронічне захворювання легень, і тому вони потребують догляду та реабілітації після завершення лікування ТБ. Пандемія коронавірусу (COVID-19) має спільні з ТБ фактори ризику несприятливих наслідків і призвела до зростання бідності, недоїдання, погіршення психічного здоров'я та стигматизації, пов'язаної із заходами соціального дистанціювання. Більше того, переривання надання послуг під час пандемії підкреслили потребу в інтегрованих, орієнтованих на людину моделях надання допомоги та впровадженні вдосконалених, науково обґрунтованих моделей.

Таким чином, робота з окремими супутніми станами, поліморбідністю та факторами ризику для здоров'я, є надзвичайно важливою складовою інтенсивних зусиль, спрямованих на подолання ТБ. У 2022 році була розроблена «Концепція спільних дій щодо туберкульозу та супутніх захворювань» для стимулювання дій, виходячи з визнання того, що робота з факторами ризику та супутніми станами у хворих на ТБ є ключовою для подолання епідемії ТБ (21).

У концепції викладено ключові кроки, необхідні для налагодження та зміцнення співпраці між програмами охорони здоров'я та між секторами для надання орієнтованих на людину послуг пацієнтам із ТБ та супутніми захворюваннями. Вона також надає рекомендації щодо планування, впровадження та оцінки цих послуг і покликана сприяти розширенню масштабів застосування нових рекомендацій ВООЗ щодо ТБ, супутніх захворювань та факторів ризику для здоров'я. Концепція висвітлює можливості для інтеграції, поєднання та спільного розміщення послуг, зокрема на рівні первинної медико-санітарної допомоги. Вона підкреслює важливість розгляду всіх потреб людини щодо здоров'я в сукупності, незалежно від будь-якого конкретного захворювання.

Цю концепцію доповнюють настанови ВООЗ щодо ведення туберкульозу та супутніх захворювань (36), які включають такі рекомендації:

- Розробляти та впроваджувати навчальні програми для додипломної, післядипломної та безперервної освіти з питань профілактики, лікування та допомоги при ТБ та ВІЛ, інтегруючи їх з наявними програмами та залучаючи керівників, представників працівників, а також медичних працівників охорони здоров'я («Ведення туберкульозу та супутніх захворювань», категорична рекомендація).
- Адаптувати та впроваджувати передові практики з гігієни праці та ведення ВІЛ і ТБ на робочому місці в усіх секторах («Ведення туберкульозу та супутніх захворювань», категорична рекомендація).

Інтегровані послуги охорони здоров'я з акцентом на первинну медико-санітарну допомогу та основні функції громадського здоров'я

Інтегровані послуги охорони здоров'я

«Інтегровані послуги охорони здоров'я» — це послуги, управління якими та надання яких здійснюється таким чином, щоб люди отримували безперервний комплекс заходів зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, діагностики, лікування, ведення захворювань, реабілітації та паліативної допомоги, скоординованих на різних рівнях та в різних місцях надання допомоги як у секторі охорони здоров'я, так і за його межами, та відповідно до потреб людини протягом усього життя (31).

Інтегровані, орієнтовані на людину системи надання допомоги можуть забезпечити значні переваги для здоров'я та медичного обслуговування всіх людей, зокрема покращення доступу до допомоги, покращення стану здоров'я та клінічних результатів, підвищення медичної грамотності та навичок самопомоги, зростання задоволеності допомогою, підвищення задоволеності роботою серед працівників охорони здоров'я, підвищення ефективності послуг та зниження загальних витрат (31, 32).

Метою інтегрованих послуг охорони здоров'я є підвищення ефективності та уникнення дублювання зусиль, максимальне використання синергії, а також профілактика й лікування захворювань зі спільними факторами ризику в рамках загальних моделей ведення. Компонент 1 Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ зосереджений на забезпеченні загального доступу до інтегрованої, орієнтованої на пацієнта допомоги при ТБ та його профілактики. Це передбачає забезпечення доступу до допомоги при ТБ та пов'язаних із ним станах, зокрема супутніх захворювань та факторах ризику, таких як ВІЛ-інфекція, цукровий діабет, тютюнопаління та розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, а також забезпечення будь-яких інших потреб щодо здоров'я. Робота з цими факторами не лише покращує результати лікування ТБ, але й має ширші переваги для громадського здоров'я.

Інформаційний блок 2.3

Інтеграція протитуберкульозних послуг у систему охорони здоров'я дітей та підлітків

Діти та підлітки, які проживають у регіонах з високим тягарем ТБ, часто стикаються з численними проблемами зі здоров'ям, зокрема з недоїданням, діареєю, пневмонією, малярією та ВІЛ-інфекцією, а також із труднощами з доступом до якісної допомоги зі зміцнення здоров'я, профілактики, та лікування. Симптоми ТБ у маленьких дітей є неспецифічними і можуть бути помилково прийняті за інші поширені дитячі хвороби, особливо в закладах первинної медико-санітарної допомоги та в спільнотах, де медичні працівники, які безпосередньо працюють з пацієнтами, можуть не мати належних навичок та впевненості для розпізнавання та ведення ТБ. Крім того, збір респіраторних зразків для підтвердження ТБ у дітей може бути складним, і навіть коли зразки зібрано, чутливість наявних швидких молекулярних тестів не є оптимальною. ТБ у дітей та підлітків може залишатися невиявленим через втрачені можливості для обстеження контактних осіб, профілактики, діагностики та лікування ТБ, а також через недостатню інтеграцію протитуберкульозних послуг із послугами охорони здоров'я дітей та підлітків, зокрема, інтегрованим веденням хвороб дитячого віку (ІВХДВ), послугами харчування, послугами щодо ВІЛ та охороною здоров'я в школах.

Ці чинники сприяють низькому охопленню лікуванням ТБ (кількість зареєстрованих випадків у співвідношенні до оцінюваної захворюваності) серед наймолодших вікових груп (див. рис. В2).

Послуги первинної медико-санітарної допомоги, що надаються як у закладах охорони здоров'я, так і на рівні спільнот, мають особливе значення, оскільки саме вони є першою точкою звернення, куди діти та їхні опікуни приходять по допомогу.

Щоб охопити всіх дітей і підлітків, які мають ТБ або ризик інфікування у LMIC, настанови ВООЗ рекомендують децентралізовані, орієнтовані на родину та інтегровані послуги для дітей і підлітків із симптомами туберкульозу або ризиком зараження (38, 39).

Третє видання “Дорожньої карти щодо ліквідації туберкульозу серед дітей і підлітків” (37) закликає до:

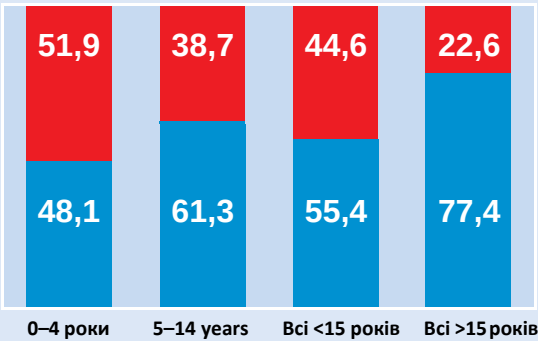
- впровадження інтегрованих, орієнтованих на родину та спільноту моделей надання допомоги з метою проведення обстеження контактних осіб і надання профілактичного лікування туберкульозу; та
- просування децентралізованих моделей лікування ТБ, з удосконаленнями механізмами оцінки ризиків, діагностики та направлення, доступними на рівні первинної медико-санітарної допомоги як складової частини комплексних, інтегрованих та якісних послуг первинної медико-санітарної допомоги.

Необхідно інвестувати у підвищення обізнаності спільнот, зосереджуючи увагу на молодших поколіннях, щоб формувати розуміння хвороби та подолати стигму.

Підхід ПМСД та загальний доступ до послуг охорони здоров'я лежать в основі ініціативи Child Survival Action (Збереження життя дітей), що має на меті припинення випадків дитячої смертності, яким можна запобігти — особливо в тих країнах, які не наближаються до досягнення ЦСР щодо смертності дітей віком до 5 років до 2030 року. У межах цього заклику до дій визнається, що подолання програмних і системних бар'єрів, які гальмують прогрес у сфері виживання дітей, потребує стратегічних інвестицій у первинну медико-санітарну допомогу як платформу для міжсекторальних дій, орієнтованих на дитину та родину, і для надання комплексного інтегрованого пакета основних інтервенцій, пов'язаних з охороною здоров'я та харчуванням на рівні спільнот і закладів.

Багато з чинників, що зумовлюють загальну дитячу смертність, також впливають на смертність, пов'язану з туберкульозом. Серед таких чинників — бідність, нестача продовольства, кризові чи гуманітарні контексти, відсутність політичної волі, а також нестача координації в плануванні або наданні медичних послуг і міжсекторальній співпраці.

Рис. В2. Охоплення лікуванням ТБ за віком



Зареєстровані
Пропущені (неодіагностика та неповна звітність)
ТБ – туберкульоз

Джерело: ВООЗ (2024) (11)

Інформаційний блок 2.5

Розширення масштабів інтегрованих підходів до лікування ТБ та здоров'я легень

Туберкульоз та інші захворювання легень мають багато спільних факторів ризику, зокрема специфічний вплив через дихальні шляхи, і вони непропорційно вражають людей у вразливих ситуаціях. Оскільки ці захворювання тісно взаємопов'язані, вони вимагають цілісного, добре скоординованого реагування, щоб зменшити фрагментацію медичної допомоги, зменшити нерівність у сфері охорони здоров'я, запобігти недіагностованим випадкам та покращити результати лікування пацієнтів.

В аналітичній записці ВООЗ щодо інтегрованого підходу до ТБ та здоров'я легень, що ґрунтується на принципах орієнтованих на людину, інтегрованих послуг охорони здоров'я, наголошується на необхідності боротися з ТБ у його складному взаємозв'язку з іншими захворюваннями легень (84). Таке інтегроване реагування описується як нагальне та вкрай важливе завдання, що вимагає не лише технічних рішень, а й сильної політичної волі, узгоджених політик та сталих інвестицій на всіх рівнях системи охорони здоров'я. Цей підхід втілює саму суть інтегрованих послуг охорони здоров'я: скоординований безперервний комплекс заходів зі зміцнення здоров'я, профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та подальшого нагляду, що підтримує потреби людини протягом усього життя.

Наявні моделі, такі як «Практичний підхід до здоров'я легень», можна використовувати для розширення охоплення послугами. Застосовуючи інтегрований підхід до ТБ та здоров'я легень, країни можуть максимізувати ефект від кожної взаємодії з системою охорони здоров'я, використовуючи єдиний пакет послуг для забезпечення ранньої діагностики, комплексної допомоги та профілактики як туберкульозу, так і неінфекційних захворювань легень.

Інтегрований підхід до ТБ та здоров'я легень — це стратегічно вигідна інвестиція, яка рятує життя, усуваючи прогалини, захищаючи пацієнтів на кожному етапі та координуючи дії в усьому безперервному комплексі надання допомоги. Завдяки цим скоординованим зусиллям інтегровані медичні послуги підвищують стійкість системи охорони здоров'я, скорочують затримки в діагностиці та сприяють по-справжньому орієнтованому на людину підходу, посилюючи спроможність як первинної, так і спеціалізованої допомоги забезпечувати змінні потреби різноманітних груп населення у сфері респіраторного здоров'я.

Центр первинної медико-санітарної допомоги слугує центральним пунктом для координації послуг і мереж закладів охорони здоров'я, які надають справедливую, комплексну та інтегровану медичну допомогу певній групі населення. Це досягається шляхом узгодження інших функцій системи охорони здоров'я з метою покращення надання послуг, забезпечення оптимальної ефективності та безперервності допомоги на всіх рівнях для забезпечення потреб щодо здоров'я, які постійно змінюються. Крім того, він сприяє реалізації державної політики в різних секторах для усунення першопричин поганого здоров'я та нерівності у сфері охорони здоров'я, сприяючи розширенню прав та можливостей людей і формуванню здорових та інклюзивних спільнот. Таким чином, первинна допомога є очевидною платформою для інтеграції надання послуг (33).

Компонент підходу ПМСД, що зосереджений на інтегрованих медичних послугах, узгоджується з Компонентом 1 Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ.

Рівень інтеграції протитуберкульозних послуг у загальну систему охорони здоров'я відрізняється залежно від умов. Через низку факторів (наприклад, зменшення тягаря туберкульозу, досягнення в профілактиці та лікуванні ТБ, скорочення цільового фінансування для конкретних захворювань та прагнення до більш орієнтованої на людину допомоги) особи, що формують політику, все частіше розглядають певний рівень інтеграції протитуберкульозних послуг: від надання послуг у спеціалізованих лікувальних закладах до інтеграції в заклади первинної допомоги (22, 34, 35).

Основні функції громадського здоров'я

Перший компонент підходу ПМСД також спрямований на посилення основних функцій громадського здоров'я (тобто спектру компетенцій та дій, необхідних для покращення здоров'я населення), що є основою для вдосконалення практики у сфері громадського здоров'я та розбудови стійких систем охорони здоров'я. Основний пакет послуг охорони здоров'я — це перелік пріоритетних інтервенцій та послуг у рамках безперервності надання допомоги, які мають бути доступними для всіх осіб у визначеній групі населення (41, 42). Він може бути схвалений урядом на національному або субнаціональному рівнях, або ж узгоджений сторонами у випадках, коли допомога надається недержавними структурами. Цей пакет медичних послуг є центральним політичним інструментом для країн у досягненні посилення основних функцій громадського здоров'я, оскільки він визначає охоплення доступними послугами, частку витрат, що покривається за рахунок різних фінансових схем, та коло осіб, які можуть отримувати ці послуги. Він може слугувати орієнтиром як для надання допомоги, так і для відповідного розподілу ресурсів, зокрема людських ресурсів, оплати праці надавачів послуг, закупівель та бюджетування (41, 42).

Пакети медичних послуг часто є основою для визначення права на отримання послуг;

вони повинні враховувати модель надання допомоги та охоплювати комплексний спектр послуг та інтервенцій, як для всього населення, так і на індивідуальному рівні протягом усього життя. Завдяки включенню послуг зі зміцнення здоров'я, захисту, профілактики, реанімаційних, лікувальних, реабілітаційних та паліативних на різних платформах надання послуг, пакети медичних послуг можуть сприяти розмежуванню ролей та покращувати координацію між цими платформами. Таким чином, пакети медичних послуг можуть слугувати основою для ефективного та раціонального розподілу ресурсів і покращувати інтеграцію (41, 42).

Пакети основних медичних послуг відрізняються в різних країнах, залежно, серед іншого, від тягаря хвороб, спроможності системи охорони здоров'я, наявності ресурсів та пріоритетів. Крім того, ці пакети не є статичними, а їхнє визначення та впровадження еволюціонуватимуть з часом у міру появи нових доказових даних та додаткових ресурсів. Те, наскільки ключові протитуберкульозні послуги включені до національних пакетів основних медичних послуг, відрізняється залежно від закладу, але спостерігається загальне зростання кількості країн, що фінансують ці пакети через місцеве медичне страхування (41, 42).

Міжсекторальна політика та дії

Забезпечення потреб у сфері охорони здоров'я вимагає співпраці між багатьма секторами з усіма відповідними урядовими та неурядовими установами, громадянським суспільством, спільнотами та приватним сектором. Підхід ПМСД сприяє партнерству на різних рівнях з різними секторами, такими як освіта, соціальні служби, житловий сектор та сектор зайнятості. Як правило, партнерства на центральному рівні створюються для вирішення питань політики, тоді як партнерства на місцевому рівні або на рівні первинної допомоги сприяють скоординованим діям.

ТБ є прикладом захворювання, що потребує міжсекторального реагування. Люди з низьким соціально-економічним статусом частіше контактують з хворими на туберкульоз, мають вищу ймовірність проживання та роботи у переповнених та погано вентильованих приміщеннях, обмежений доступ до безпечних умов для приготування їжі, вищий рівень продовольчої незабезпеченості, нижчий рівень обізнаності або менше можливостей діяти відповідно до наявних знань щодо здорової поведінки, а також обмежений доступ до високоякісної медичної допомоги (12). Такі впливи можуть надалі призводити до більшого впливу прямих факторів ризику ТБ, таких як ВІЛ, недоїдання, куріння, розлади, пов'язані з вживанням алкоголю, силікоз, діабет та психічні розлади (14, 43). В умовах глобалізації, зміни клімату та постійної політичної нестабільності очікується, що міграція продовжуватиме зростати. Подолання цих факторів ризику та соціальних детермінант туберкульозу вимагає цілісного підходу за активної міжсекторальної участі (44).

Заходи з протидії ТБ та переорієнтація систем охорони здоров'я на ПМСД отримують користь від картування та залучення відповідних зацікавлених сторін і секторів для обґрунтування політичного діалогу та визначення підходів і дій, які найбільше підходять для конкретних національних, субнаціональних та місцевих умов і груп населення. У 2019 році ВООЗ на прохання Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я та Генеральної Асамблеї ООН розробила міжсекторальний механізм підзвітності щодо туберкульозу (MAF-TB) (9). Цей механізм спрямований на підтримку ефективної підзвітності урядів та всіх зацікавлених сторін — на глобальному, регіональному та національному рівнях — з метою прискорення прогресу в ліквідації туберкульозу.

У MAF-TB підзвітність розглядається в рамках чотирьох компонентів: зобов'язання, дії, моніторинг і звітність, а також перегляд. Для підтримки держав-членів в адаптації та впровадженні MAF-TB ВООЗ випустила практичні настанови та збірник найкращих практик (9, 45). Ці документи містять практичні поради щодо ключових підходів та інтервенцій, необхідних для посилення міжсекторальної взаємодії та підзвітності на національному та місцевому рівнях, з прикладами з різних країн, найкращими практиками та дослідженнями випадків (9, 45).

Розширення прав і можливостей людей та спільнот

Люди та спільноти, які мають розширені права і можливості, є ключовими для досягнення кращих результатів у сфері охорони здоров'я. Цей процес передбачає слухання про потреби людей і спільнот, а також надання їм знань, навичок, ресурсів і підтримки, необхідних для того, щоб вони могли самостійно дбати про власне здоров'я та благополуччя. Участь спільнот є необхідною на етапах планування та ухвалення рішень, щоб забезпечити залучення спільнот до ініціатив у сфері охорони здоров'я, а також до моніторингу доступу до якісної медичної допомоги, адаптованої до потреб громади. Участь має ґрунтуватися на місцевих знаннях і ресурсах, а також сприяти формуванню відповідальності та відчуття причетності до охорони здоров'я всередині спільнот (46).

У багатьох місцях спільноти відіграють роль у наданні лікування та догляду при туберкульозі, і спільноти є визначальним принципом та складовою Компонента 2 Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ. Підхід ПМСД дозволяє спільнотами бути рівноправними партнерами у вирішенні питань, пов'язаних з їхніми потребами в охороні здоров'я, зокрема у профілактиці та лікуванні ТБ, у межах підходу, що ґрунтується на правах людини та орієнтований на людину (46).

Заходи, які очолюються спільнотами та відповідають потребам людей, які зазнали впливу ТБ, часто базуються на спільних інтересах місцевих спільнот. Коли спільноти мають достатні права, можливості та фінансування, вони можуть виступати ініціаторами розробки та впровадження рішень для подолання ТБ та пов'язаних із ним соціальних детермінант.

У контексті підходу ПМСД залучення спільнот є засобом зробити їх невід'ємною частиною спільних дій задля ліквідації туберкульозу. Це передбачає їхню активну участь у формуванні попиту, плануванні, ухваленні рішень, а також у впровадженні, моніторингу й оцінці національних та місцевих заходів протидії ТБ (47). Такий підхід можна зробити офіційною практикою через залучення спільнот до управління закладами охорони здоров'я. Спільноти та люди, які зазнали впливу ТБ, також можуть надавати додаткові протитуберкульозні послуги у межах спільноти та в медичних закладах охорони здоров'я. На всіх відповідних рівнях представники спільнот і громадянського суспільства мають бути залучені до планування та ухвалення рішень (див. Інформаційний блок 2.5) (46).

2.5 Важелі ПМД та Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ

Операційна концепція ПМСД ВООЗ/ЮНІСЕФ (20) пропонує чотири ключові стратегічні важелі та десять операційних важелів, необхідних для того, щоб перетворити глобальні зобов'язання щодо ПМСД на конкретні дії та інтервенції. Ці важелі становлять корисну основу для визначення можливостей одночасного посилення ПМСД та досягнення цілей Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ. У Таблиці 2.1 наведено відповідність між важелями ПМСД і компонентами Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ, що демонструє синергійне узгодження протидії ТБ з підходом на основі ПМСД.

Інформаційний блок 2.5

Значуще залучення спільнот до протидії ТБ

Стратегія ВООЗ із ліквідації ТБ (4) підкреслює роль спільнот та громадянського суспільства в подоланні епідемії туберкульозу до 2030 року. Крім того, політична декларація наради високого рівня ГА ООН з питань ТБ (3) наголошує на необхідності забезпечення орієнтованих на людину послуг охорони здоров'я із значущим залученням спільнот на всіх етапах протидії.

З огляду на важливі зміни у сфері глобального громадського здоров'я у 2023 році ВООЗ опублікувала настанови щодо залучення спільнот і громадянського суспільства до ліквідації ТБ (46). Ці настанови узгоджуються з ПМСД і підкреслюють взаємодоповнюваність систем охорони здоров'я та громадських систем як частин єдиної системи. У документі визначено ролі людей, які зазнали впливу ТБ, у плануванні, ухваленні рішень, впровадженні та моніторингу, а також ролі міністерств охорони здоров'я і НТП. Настави ґрунтуються на баченні розширення прав і можливостей місцевих спільнот для прискорення прогресу в ліквідації ТБ. Вислуховування спільнот, які зіткнулися з ТБ, та представників громадянського суспільства дозволяє краще зрозуміти їхні проблеми та потреби в охороні здоров'я, що дає змогу розробити ефективні стратегії протидії ТБ, засновані на спільному пошуку рішень. Значуще залучення спільнот і громадянського суспільства до подолання ТБ потребує, щоб люди, які зіткнулися з ТБ, були рівноправними партнерами в протидії ТБ разом із міністерствами охорони здоров'я та їхніми НТП. Як рівноправні партнери, члени громад мають розширені повноваження як експерти з місцевих потреб і пріоритетів. У настановах визначено три ключові умови, необхідні для змістовного залучення протягом усього програмного циклу: національні та субнаціональні мережі спільнот або координаційні органи; справедливе й стабільне фінансування; сприятливе політичне середовище для участі спільнот і громадянського суспільства. Політична та фінансова підтримка з боку уряду та інших партнерів є важливою для зміцнення лідерства спільнот і створення сприятливого середовища для їхнього значущого залучення. У документі також наведено чотири показники для відстеження залученості спільнот до надання протитуберкульозних послуг та ухвалення рішень:

- направлення до протитуберкульозних послуг, здійснене працівниками охорони здоров'я та волонтерами на рівні громади
- успішне завершення лікування серед осіб, які отримували підтримку з боку працівників та волонтерів громадської охорони здоров'я;
- представництво спільнот у процесах національного ухвалення рішень;
- обсяг фінансування, передбаченого на національному рівні для залучення спільнот у протидії ТБ.

Таблиця 2.1 Картування важелів ПМСД та компонентів і принципів Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ

ВАЖІЛЬ ПМСД	КОМПОНЕНТ АБО ПРИНЦИП СТРАТЕГІЇ З ЛІКВІДАЦІЇ ТБ	ЗВ'ЯЗОК
Основні стратегічні важелі	1. Політична воля та лідерство <i>Політична воля та лідерство, що ставлять ПМСД в основу зусиль для досягнення загального доступу до послуг охорони здоров'я та визнають значний внесок ПМСД у досягнення ЦСР</i>	Політична воля та достатні ресурси для лікування та профілактики ТБ Політична воля та лідерство передбачають залучення глав держав та урядів, інших політичних лідерів, міністрів охорони здоров'я та інших урядових секторів, громадянського суспільства та лідерів спільнот, які постраждали від ТБ. Політична воля та лідерство важливі для формалізації планів щодо спільної переорієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД та досягнення цілей у боротьбі з ТБ, ефективного надання комплексних послуг охорони здоров'я, особливо в умовах, де глибока інтеграція відповідає потребам користувачів послуг, а також для врахування соціальних, економічних, екологічних та комерційних детермінант здоров'я через міжсекторальну політику та дії. Політична воля та лідерство також можуть сприяти подальшому зміцненню значущої участі спільнот в ухваленні рішень у сфері охорони здоров'я.
	2. Управління та політичне регулювання <i>Структури управління, політичне регулювання та нормативні акти на підтримку ПМСД, що створюють партнерства всередині та між секторами та сприяють лідерству спільнот та взаємній підзвітності.</i>	Державне управління та підзвітність з моніторингом і оцінкою (MiO) Управління означає забезпечення наявності стратегічного політичного регулювання, яке поєднується з ефективним наглядом, створенням коаліцій, нормативно-правовою базою, увагою до структури системи та підзвітністю. Враховуючи роль інших секторів (включно зі спільнотами) у наданні послуг та виконанні інших функцій, ефективне управління вимагає, щоб уряди здійснювали нагляд та керували всією системою охорони здоров'я, а не лише державною системою. Крім того, зміни в управлінні мають підтримуватися політичним регулюванням, що відображає широке визначення ПМСД. Належне управління є фундаментальним для реалізації та досягнення цілей і мети Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ, оскільки комплексна протидія ТБ вимагає залучення органів влади зі сфери охорони здоров'я та соціального захисту, а також інших міністерств. Іншим важливим аспектом управління є участь спільнот в ухваленні рішень та моніторингу в системі охорони здоров'я. Використання участі спільнот для покращення якості медичних послуг та підвищення стійкості й справедливості систем охорони здоров'я вимагає ефективних структур та процесів управління на національному, субнаціональному та місцевому рівнях.
	3. Фінансування та розподіл ресурсів <i>Достатнє фінансування ПМСД, яке залучається та розподіляється для сприяння справедливому доступу, для створення платформи та стимулюючого середовища, що забезпечує високоякісну допомогу та послуги, та для мінімізації фінансових труднощів.</i>	Залучення ресурсів для амбітної програми Залучення ресурсів важливе для реалізації пріоритетних та добре фінансованих планів, що включає усі зацікавлені сторони з бюджетною відповідальністю за профілактику та лікування ТБ, відповідний соціальний захист, епідагляд та дослідження. Фінансування охорони здоров'я надходить з багатьох джерел, зокрема з внутрішніх державних доходів, приватних схем передплатеного страхування, власних витрат пацієнтів та зовнішньої допомоги на розвиток. У країнах, що отримують зовнішнє фінансування спеціально для боротьби з ТБ, аналіз національного фінансування протитуберкульозних заходів крізь призму підходу ПМСД може допомогти визначити, як витрати на боротьбу з ТБ сприяють зміцненню ПМСД. Це також може допомогти виявити можливості для переорієнтації витрат на боротьбу з ТБ таким чином, щоб зробити системи охорони здоров'я більш орієнтованими на ПМСД.
	4. Залучення спільнот та інших зацікавлених сторін <i>Залучення спільнот та інших зацікавлених сторін з усіх секторів для визначення проблем та рішень та пріоритизації дій через політичний діалог.</i>	Залучення спільнот, ОГС, а також усіх державних та приватних надавачів медичних послуг Побудова співпраці, що дозволяє зацікавленим сторонам спільно визначати потреби у сфері охорони здоров'я, знаходити рішення та встановлювати пріоритети для дій за допомогою відповідних до контексту та ефективних механізмів, є центральною як для підходу ПМСД, так і для програми протидії ТБ. Залучення та участь спільнот, ОГС, а також усіх державних та приватних надавачів медичних послуг покращить розуміння їхніх поглядів, пріоритетів, обізнаності, потреб та очікувань. Представники спільнот, які постраждали від ТБ, та ОГС повинні брати активну участь на всіх етапах впровадження, включаючи планування та розробку програм, надання послуг та МІО. Таке залучення також є важливим для поширення інформації, забезпечення освітніх полуг та підтримки пацієнтам та їхнім родинам, а також для проведення досліджень та адвокації.

ВАЖІЛЬ ПМСД	КОМПОНЕНТ АБО ПРИНЦИП СТРАТЕГІЇ З ЛІКВІДАЦІЇ ТБ	ЗВ'ЯЗОК	
Операційні важелі	5. Моделі надання допомоги <i>Моделі надання допомоги, що сприяють високоякісній, орієнтованій на людину первинній допомозі та виконанню основних функцій громадського здоров'я як основи інтегрованих послуг охорони здоров'я протягом усього життя.</i>	Інтегрована, орієнтована на пацієнта допомога та профілактика	Моделі надання допомоги визначають підходи до надання медичних послуг, зосереджуючись як на процесах надання послуг, так і на організації їх надавачів, включаючи медичних працівників на рівні спільноти та немедичних працівників охорони здоров'я. Програми протидії ТБ та програми ПМСД сприяють розвитку моделей допомоги, які полегшують доступ до послуг ближче до місця проживання, роботи та соціалізації людей, а також враховують контекстуальні фактори, уподобання людей та економічну ефективність. Крім того, обидві програми сприяють моделям, які забезпечують безперервну, комплексну, скоординовану та холистичну, орієнтовану на людину допомогу.
	6. Персонал ПМСД <i>Достатня кількість, рівень компетентності та розподіл відданого своїй справі мультидисциплінарного персоналу ПМСД, що включають медичних працівників, які працюють у закладах, здійснюють виїзну роботу та працюють на рівні спільноти, за підтримки ефективного управлінського нагляду та належної оплати праці.</i>	Політика загального доступу до послуг охорони здоров'я та нормативно-правова база щодо сповіщення про випадки захворювання, реєстрації актів цивільного стану, якості та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю	Персонал охорони здоров'я включає усі професії, задіяні в безперервних заходах зі зміцнення здоров'я, профілактики, лікування, реабілітації та паліативної допомоги, включно з працівниками громадського здоров'я та тими, хто займається соціальними детермінантами здоров'я, особами, що здійснюють догляд, а також управлінським та адміністративним персоналом. Для подолання ТБ, зміцнення ПМСД та наближення до загального доступу до послуг охорони здоров'я необхідна достатня кількість, добре підготовлених, належним чином розподілених, мотивованих, забезпечених необхідними умовами та підтримкою працівників охорони здоров'я.
	7. Фізична інфраструктура <i>Безпечні та доступні заклади охорони здоров'я для надання ефективних послуг з надійним водопостачанням, санітарно-гігієнічними умовами та утилізацією або переробкою відходів, телекомунікаційним зв'язком та електропостачанням, а також транспортні системи, що можуть з'єднувати пацієнтів з іншими надавачами допомоги.</i>	Політика загального доступу до послуг охорони здоров'я та нормативно-правова база щодо сповіщення про випадки захворювання, реєстрації актів цивільного стану, якості та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю	Якість фізичної інфраструктури закладу охорони здоров'я відіграє вирішальну роль у наданні можливості надавачам послуг ефективно виконувати свої обов'язки та у формуванні досвіду пацієнтів. Ці фактори, в свою чергу, можуть впливати на використання та якість медичних послуг, включно з протитуберкульозними послугами. Ключові елементи фізичної інфраструктури включають наявність надійного водо- та електропостачання, санітарно-гігієнічних умов та утилізації або переробки відходів, а також телекомунікаційного зв'язку. Транспорт є ще одним критично важливим аспектом інфраструктури, оскільки відсутність доступу до транспорту до закладів може призвести до нерівного доступу до допомоги для деяких користувачів послуг.
	8. Лікарські засоби та інші медичні товари <i>Наявність та фінансова доступність належних, безпечних, ефективних, високоякісних лікарських засобів та інших медичних товарів через прозорі процеси для покращення здоров'я.</i>	Політика загального доступу до послуг охорони здоров'я та нормативно-правова база щодо сповіщення про випадки захворювання, реєстрації актів цивільного стану, якості та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю	До медичних товарів належать лікарські засоби, вакцини, медичні прилади, засоби для діагностики in vitro, захисне обладнання та допоміжні прилади. Ця продукція повинна мати гарантії безпеки, ефективності, функціональності та якості. Крім того, вона має бути в належному стані, фінансово та фізично доступною для користувачів. Неякісні протитуберкульозні препарати та продукція створюють значні ризики для осіб із ТБ. Неправильне призначення режимів лікування призводить до поганих результатів лікування та може спричинити розвиток лікарської стійкості. Використання неналежних засобів діагностики може призвести до неточних діагнозів. Наявність та фінансова доступність відповідних високоякісних медичних товарів залежать від політичних рішень та інтегрованих процесів, що включають оцінку продукції, відбір, ціноутворення, закупівлю, управління ланцюгами постачання, технічне обслуговування (для медичних приладів), призначення та видача лікарських засобів.

ВАЖІЛЬ ПМСД	КОМПОНЕНТ АБО ПРИНЦИП СТРАТЕГІЇ З ЛІКВІДАЦІЇ ТБ	ЗВ'ЯЗОК
	9. Залучення надавачів послуг приватного сектору <i>Надійне партнерство між державним та приватним секторами для надання інтегрованих послуг охорони здоров'я.</i>	Залучення всіх державних та приватних надавачів медичних послуг Приватний сектор включає всіх недержавних суб'єктів, задіяних у сфері охорони здоров'я, охоплюючи прибуткові та неприбуткові організації, як офіційні, так і неофіційні, а також вітчизняні та міжнародні установи. Більшість країн мають змішані системи охорони здоров'я, де товари та послуги надаються як державним, так і приватним секторами, а користувачі звертаються за послугами до обох (48). Приватний сектор широко залучається до систем охорони здоров'я, охоплюючи медичні послуги, лікарські засоби, інші медичні товари, медичне страхування, управління ланцюгами постачання, підготовку працівників сфери охорони здоров'я, послуги з інформаційних технологій, інфраструктуру та послуги підтримки. У багатьох країнах різні суб'єкти приватного сектору є основними надавачами послуг та товарів для лікування ТБ та пов'язаних із ним проблем зі здоров'ям (49). Рішення людей щодо того, чи користуватися послугами та де саме, залежать не лише від їх наявності, але й від таких факторів, як вартість, конфіденційність, зручність для користувача та ефективність (50, 51). Ефективна координація між приватним та державним секторами необхідна для забезпечення індивідуальних потреб та потреб громадського здоров'я; отже, створення сприятливого середовища, яке підтримує всіх надавачів послуг, є ключовим для охоплення всіх людей, які страждають від ТБ.
	10. Системи закупівель та оплати <i>Системи закупівель та оплати, що сприяють переорієнтації моделей надання допомоги для надання інтегрованих медичних послуг, в основі яких лежить первинна допомога та громадське здоров'я.</i>	Політика загального доступу до послуг охорони здоров'я та нормативно-правова база щодо сповіщення про випадки захворювання, реєстрації актів цивільного стану, якості та раціонального використання ліків, а також інфекційного контролю Ліквідація ТБ вимагає достатнього, справедливого та сталого фінансування медико-санітарної допомоги шляхом передоплати, безоплатно для бенефіціарів, з повним географічним охопленням, у поєднанні з ефективним забезпеченням якості послуг та МіО. За умови підтримки достатніми ресурсами, орієнтованими на ПМСД, системи закупівель та оплати можуть покращити доступність пріоритетних інтервенцій для всього населення, в тому числі через інтеграцію послуг на базі первинної медичної допомоги, де це можливо та доцільно. Стратегічні закупівлі включають такі елементи, як розробка пакетів послуг, методи оплати та умови укладання угод (52, 53). Специфічні для захворювання цілі та вимоги мотивують до дій, спрямованих на просування підходу ПМСД у країнах, включаючи зусилля з покращення стратегічних закупівель (54). Наприклад, якщо країна визначає утримання пацієнтів на лікуванні від ТБ як ключовий пріоритет, то заклади первинної допомоги повинні отримувати фінансові стимули для підтримки цієї мети (55). Цього можна досягти за допомогою капітаційної ставки, що базується на результатах роботи, на рівні первинної медико-санітарної допомоги, щоб заохочувати утримання осіб із ТБ під медичним наглядом (56). Для процесу визначення основних пакетів медичних послуг у країнах повинні використовуватися інструменти ВООЗ та враховуватися внесок постраждалих спільнот. Ці пакети послуг повинні містити комплексний спектр послуг, що відповідають потребам усього населення протягом життя. Коригування умов доступу до пакетів послуг, наприклад, зниження або скасування плати з боку користувачів, може сприяти ширшому використанню послуг первинної допомоги, включаючи профілактику та лікування ТБ, що надаються на рівні первинної допомоги (57, 58).
	11. Цифрові технології для охорони здоров'я <i>Використання цифрових технологій в охороні здоров'я для полегшення доступу до допомоги та надання послуг, підвищення ефективності та раціональності використання ресурсів, а також для сприяння підзвітності.</i>	Лікування всіх людей із ТБ, включаючи пацієнтів з лікарсько-стійким ТБ, та підтримка пацієнтів Цифрові технології у сфері охорони здоров'я охоплюють широкий спектр інструментів, включаючи ІКТ, а також сучасні складні і потужні напрями обчислювальної техніки, такі як аналітика великих даних та ШІ. Користувачами цих цифрових технологій є пацієнти та клієнти, надавачі послуг, керівники медичних служб і систем, а також постачальники послуг з обробки даних, які підтримують надання медичних послуг та систему охорони здоров'я в цілому. Цифрові технології можуть покращувати медичні послуги, роблячи їх більш орієнтованими на людину шляхом підвищення доступності, персоналізації та залучення пацієнтів. Наприклад, цифрові технології охорони здоров'я використовуються для різних аспектів догляду за особами з ТБ, таких як комунікація з метою підтримки прихильності до лікування. Крім того, цифрові інструменти уможливають дистанційні консультації та комп'ютерну діагностику, забезпечуючи безперервну допомогу та підтримку пацієнтів, навіть у віддалених або недостатньо охоплених послугами районах.

ВАЖІЛЬ ПМСД	КОМПОНЕНТ АБО ПРИНЦИП СТРАТЕГІЇ З ЛІКВІДАЦІЇ ТБ	ЗВ'ЯЗОК
12. Системи для підвищення якості допомоги <i>Системи на місцевому, субнаціональному та національному рівнях для постійної оцінки та покращення якості інтегрованих медичних послуг.</i>	Лікування всіх хворих на ТБ, включно з лікарсько-стійким ТБ, та підтримка пацієнтів	За оцінками, неякісна допомога спричиняє більше смертей у LMIC, ніж відсутність доступу до неї (59). Така ж ситуація і щодо ТБ: близько 70% оцінених смертей від ТБ можна було б уникнути за допомогою високоякісних систем охорони здоров'я (60). Для реалізації переваг високоякісної медичної допомоги послуги мають бути ефективними, безпечними та орієнтованими на людину. Крім того, для реалізації переваг високоякісної медичної допомоги, послуги охорони здоров'я мають бути своєчасними, справедливими, інтегрованими та ефективними. Підвищення якості допомоги – це безперервний процес, і механізми покращення якості мають регулярно інтегруватися в надання медичних послуг, включаючи протитуберкульозні послуги. Підвищення якості допомоги також вимагає розгляду того, як інші компоненти систем охорони здоров'я, такі як управління, кадрове забезпечення та інформаційні системи охорони здоров'я, впливають на досвід користувача.
13. Дослідження, орієнтовані на первинну медико-санітарну допомогу <i>Дослідження та управління знаннями, включаючи поширення отриманого досвіду, а також використання знань для прискорення масштабування успішних стратегій для зміцнення систем, орієнтованих на ПМСД.</i>	Активізація досліджень та інновацій	Стратегічні та операційні плани та політики сектору охорони здоров'я мають ґрунтуватися на найкращих наявних доказах того, що є ефективним, а що ні, та на причинах цього. Імплементативне дослідження є ключовим для забезпечення цієї доказової бази. Щоб ліквідувати епідемію туберкульозу, необхідні активні дослідницькі зусилля для розробки нових методів діагностики, ліків, вакцин та інноваційних методів надання допомоги. Існує надійна доказова база у сфері протидії ТБ, що включає висновки про управління в охороні здоров'я, орієнтовані на людину медичні послуги, та надання послуг на рівні спільноти.
14. МіО <i>МіО через інформаційні системи охорони здоров'я, які добре функціонують, генерують надійні дані та підтримують використання інформації для покращення ухвалення рішень та навчання місцевими, національними та глобальними суб'єктами.</i>	Державне управління та підзвітність з МіО	Для відстеження прогресу в тому, як їхні рішення, дії та інвестиції в ПМСД спрямовані на покращення охоплення послугами, захист від фінансових ризиків, детермінанти здоров'я та, зрештою, стан здоров'я окремих осіб та населення, країни повинні створювати комплексні, узгоджені та інтегровані підходи до МіО на основі логічного, орієнтованого на результат механізму, який охоплює аспекти справедливості та міжсекторальні компоненти в їхній сукупності. МіО важливі для вимірювання тягаря туберкульозу та відстеження прогресу, досягнутого в боротьбі з епідемією. Наявність доступу до своєчасних та перевірених даних допомагає людям, які ухвалюють рішення та зацікавленим сторонам приймати більш обґрунтовані рішення для прискорення їхніх зусиль у напрямку ліквідації ТБ.

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я; МіО – моніторинг і оцінка; ОГС – організація громадянського суспільства; ПМСД – первинна медико-санітарна допомога; ТБ – туберкульоз; ЦСР – Цілі сталого розвитку; ШІ – штучний інтелект; ІКТ – інформаційно-комунікаційні технології; LMIC – країни з низьким та середнім рівнем доходу населення.

Чинники, що сприяють або перешкоджають синергії між підходом ПМСД та ліквідацією туберкульозу

3.1 Чинники, що сприяють переорієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД для ліквідації ТБ

Завдяки створенню більш стійких систем охорони здоров'я, підхід на основі ПМСД допомагає зміцнювати здоров'я, запобігати захворюванням, сприяти справедливості та посилювати безпеку у сфері охорони здоров'я (61). Враховуючи, що ТБ є однією з основних програм громадського здоров'я в багатьох країнах, існують можливості для спільного просування орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД та прискорення прогресу на шляху до ліквідації ТБ.

The economic case for TB and PHC Економічне обґрунтування для ТБ та ПМСД

Дані свідчать, що ПМСД може покращити здоров'я населення з точки зору тривалості життя, загальної смертності, а також материнської, дитячої та неонатальної смертності, а також показників психічного здоров'я (62). Завдяки зменшенню загальної кількості госпіталізацій, госпіталізацій, яких можна уникнути, а також невідкладних госпіталізацій, ПМСД може підвищити ефективність системи охорони здоров'я. Таким чином, вона може зменшити витрати, пов'язані з лікуванням ТБ, як для людей з ТБ, так і для надавачів послуг. За оцінками, кожен 1 долар США, інвестований у заходи ПМСД, заощаджує до 16 доларів США на витратах, пов'язаних з такими станами, як затримка росту, неінфекційні захворювання, анемія, ТБ, малярія, а також материнська та дитяча захворюваність. В умовах обмежених ресурсів об'єднання ресурсів для орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД та боротьби з ТБ призведе до більш сталих рішень (62).

Надання широкого пакета основних медичних послуг, що є ключовим компонентом підходу на основі ПМСД, може зменшити фінансові труднощі для людей, хворих на ТБ, особливо на рівні первинної допомоги, де люди часто звертаються за основними послугами та можуть стикатися зі значними власними витратами.

Охоплення тих, хто залишився поза увагою

ПМСД покращує справедливий доступ до медичної допомоги та сприяє досягненню справедливих

результатів у сфері охорони здоров'я, в тому числі для людей з ТБ, які часто належать до найбільш маргіналізованих та недостатньо охоплених послугами верств населення (8, 63, 64).

Близькість первинної медико-санітарної допомоги до людей та спільнот дозволяє покращити охоплення та розуміння, що приносить користь групам населення з гіршими показниками здоров'я. Тому цілком імовірно, що первинна допомога може значно знизити захворюваність та смертність від ТБ і вирішити проблему непропорційно високого тягара ТБ серед найбільш вразливих груп населення (65).

Екологічно безпечне стале рішення

З'являються нові докази потенційного впливу зміни клімату на епідемію ТБ. Зміна клімату впливає на ТБ різними шляхами; наприклад, зміни кліматичних факторів (температура, вологість та кількість опадів) впливають на реакції організму, змінюючи розподіл вітаміну D, рівень ультрафіолетового опромінення, харчування та інші фактори ризику (66).

Недоїдання, ВІЛ, перенаселеність, бідність та діабет — це деякі з ключових факторів ризику ТБ, які загострюються внаслідок зміни клімату, особливо в країнах, що розвиваються, де тягар ТБ є найбільшим (67).

ПМСД має добрі можливості для реагування на наслідки зміни клімату для здоров'я, оскільки вона орієнтує системи охорони здоров'я на сталість (65). Наприклад, ПМСД надає пріоритет профілактиці та заохочує самопомогу, що є «екологічно безпечним». Вона також закликає до ефективного використання ресурсів і надає пріоритет використанню технологій та інтервенцій з меншим впливом на довкілля, ніж ті, що зазвичай використовуються в лікарняних умовах (65).

Безперервність надання послуг у надзвичайних ситуаціях

Пандемія COVID-19 зупинила прогрес на шляху до досягнення ЦСР 3 («Забезпечення здорового способу життя та благополуччя для всіх у будь-якому віці») та посилила нерівність. Пандемія мала руйнівний вплив на доступ до діагностики та лікування ТБ, а також на тягар ТБ. Важливий урок, винесений з пандемії, полягає в тому, що системи охорони здоров'я, орієнтовані на ПМСД, виявилися більш стійкими та здатними надавати основні медичні послуги, а отже, могли мінімізувати негативний вплив пандемії на показники здоров'я (68–70). Під час складних надзвичайних ситуацій або катастроф основні медичні послуги можуть надаватися через служби охорони здоров'я, орієнтовані на ПМСД.

Під час пандемії COVID-19 протитуберкульозні програми в певних умовах продемонстрували надзвичайну здатність до адаптації. Прикладом цього стало швидке перепрофілювання туберкульозних лабораторій для тестування на COVID-19, що дозволило залучити наявні діагностичні потужності та кваліфікований персонал (71). Крім того, методики відстеження контактів хворих на туберкульоз були швидко адаптовані для відстеження контактів при COVID-19. Цьому сприяли вже наявні на той момент мережі та протоколи (72). Підхід, що ґрунтується на роботі у спільнотах, притаманний програмам протидії ТБ, також відіграв ключову роль у заходах з реагування на пандемію. Таке плавне переорієнтування ресурсів та методологій програм протидії ТБ на реагування на пандемію підкреслило важливість використання попередніх інвестицій в інфраструктуру охорони здоров'я (73, 74).

ТБ як відправна точка для переорієнтації системи охорони здоров'я

Значення індексу охоплення послугами (ІОП) в рамках загального доступу до послуг охорони здоров'я залишаються низькими у 30 країнах із найвищим тягарем ТБ у світі. У країнах із добре налагодженими програмами протидії ТБ протитуберкульозні заходи можуть стати дороговказом у зміцненні системи охорони здоров'я та її переорієнтації на ПМСД. Це можна зробити шляхом розширення прав і можливостей спільнот, посилення міжсекторальної взаємодії та інтегрованого надання послуг за наявності потужної системи моніторингу і оцінки (МіО).

3.2 Перешкоди на шляху переорієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД для ліквідації ТБ

Однчасна переорієнтація систем охорони здоров'я на ПМСД та просування програми дій щодо ТБ вимагає подолання низки викликів шляхом стратегічного планування, розподілу ресурсів та спільних зусиль багатьох секторів. Деякі з ключових викликів та загроз описано нижче.

Недостатня політична воля

Політична воля до забезпечення соціальної справедливості та права на здоров'я є наріжними каменями підходу на основі ПМСД та ефективної протидії ТБ. Там, де вона є недостатньою, прогрес у зміцненні ПМСД та на шляху до ліквідації ТБ буде повільним. Політична воля сприяє розробці та впровадженню необхідних політик, а також виділенню потрібних ресурсів для зміцнення ПМСД та надання протитуберкульозних послуг ТБ. Подолання епідемії ТБ вимагає співпраці між різними секторами, зокрема охорони здоров'я, освіти, соціальних служб та житлового сектору. Координація цих зусиль у рамках ПМСД може бути складною. Синергія між ТБ та ПМСД може розглядатися як перерозподіл повноважень. Погано спланований або поспішний процес інтеграції може зашкодити як програмі протидії ТБ, так і підходу на основі ПМСД. Більше того, зростання геополітичної нестабільності та соціально-економічний тиск можуть призвести до зниження пріоритетності питань охорони здоров'я.

Перевантажені заклади первинної допомоги

Інтеграція протитуберкульозних послуг у первинну допомогу та послуги громадського здоров'я вимагає ефективної координації між різними надавачами медичних послуг, що може бути логістично складно. У деяких місцях центри первинної допомоги вже можуть бути перевантажені, і додавання протитуберкульозних послуг може створити ще більший тиск на обмежені ресурси, зокрема на персонал, фінансування та заклади. Крім того, люди з ТБ часто стикаються зі значною стигмою, що може стримувати їх від звернення до центрів первинної допомоги.

Health system inadequacies Недоліки системи охорони здоров'я

До недоліків системи охорони здоров'я належать недостатня кількість медичних працівників, неналежна інфраструктура, а також системи управління даними та епіднадзора, фрагментований рух фінансування та залежність від донорів.

Недостатня кількість медичних працівників

Системи охорони здоров'я в багатьох країнах не можуть належним чином забезпечити заклади первинної допомоги персоналом (75). Це ускладнюється високою плінністю кадрів, що в поєднанні з недостатньою підготовкою негативно впливає на безперервність надання та якість протитуберкульозних послуг. Крім того, працівники на рівні первинної допомоги не завжди мають належну підготовку з питань профілактики та лікування ТБ. Так само, персонал, що надає послуги у спеціалізованих протитуберкульозних закладах, не завжди може бути легко перепрофільований для надання інших медичних послуг, і тому потребуватиме інтенсивного навчання, якщо він також працюватиме в центрах первинної допомоги (76, 77). Наявність достатньої кількості кваліфікованих медичних працівників у центрах первинної допомоги – це критично важливий компонент для надання якісних базових медичних послуг.

Неналежна інфраструктура

Надання високоякісної первинної допомоги часто перешкоджає погана інфраструктура, зокрема системи зв'язку та обладнання, а також нестача ліків та інших товарів (78, 79). Наприклад, центри первинної допомоги часто не мають потрібних послуг для точної та своєчасної діагностики ТБ, таких як доступ до рекомендованих ВООЗ молекулярних діагностичних тестів.

Неналежні системи управління даними та епіднадзора

Для відстеження прогресу та ефективності програм протидії туберкульозу і підходу на основі ПМСД необхідні ефективні механізми МіО.

Однак інтеграція даних епіднагляду за ТБ з іншими медичними інформаційними системами вимагає надійної інфраструктури та практик управління даними, яких часто бракує в багатьох закладах.

Фрагментований рух фінансування та залежність від донорів

LMIC рух фінансування (зокрема, донорська допомога для пріоритетних медичних інтервенцій) посилив організаційний підхід, за якого програми охорони здоров'я націлені на інтервенції щодо конкретних захворювань або груп населення, замість того, щоб

застосовувати загальносистемний підхід, орієнтований на людину в цілому (80). Це часто викликало ситуацію, коли такі програми, як з протидії туберкульозу, функціонували переважно автономно від інших програм охорони здоров'я, і це призводило до неефективних перетинів та дублювання. Крім того, багато програм протидії туберкульозу значною мірою залежать від міжнародних донорів (12). Забезпечення довгострокової сталості вимагає переходу до більш стабільного та прогнозованого внутрішнього фінансування.

Рух до систем охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, для ліквідації ТБ

Існують очевидні можливості для спільного просування орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД та програми дій щодо ТБ, а їх оптимізація вимагатиме адаптованих підходів, що враховують контекст місцевої системи охорони здоров'я. У цьому розділі представлено загальні рекомендації щодо спільного просування програми дій щодо ТБ та орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД у рамках траєкторії, яку країни можуть адаптувати відповідно до власного контексту. У [Таблиці 4.1](#) окреслено практичні дії для осіб, які ухвалюють рішення, в системах охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, як на початковій, так і на розвиненій стадії.

Шлях систем охорони здоров'я до ПМСД значно відрізняється в різних країнах: одні перебувають на початкових етапах, а інші — досягли більшого прогресу на цьому шляху. Дії, які можуть або повинні бути вжиті керівниками програм протидії ТБ, посадовими особами міністерств охорони здоров'я та іншими лідерами у сфері ПМСД, залежатимуть від того, якого етапу досягла їхня система охорони здоров'я на шляху до ПМСД.

У країнах, де системи, орієнтовані на ПМСД, все ще перебувають на початкових етапах, може бракувати політичної волі та сприятливих політик. У таких випадках заходи з протидії ТБ можуть відігравати ключову роль у зміцненні системи охорони здоров'я в цілому, заохочуючи інтеграцію на місцях надання послуг, міжсекторальні дії та розширення прав і можливостей спільнот. Для впровадження інтегрованих моделей надання допомоги можуть знадобитися реформи у сфері політики.

Країни, які досягли більшого прогресу в розвитку систем, орієнтованих на ПМСД, вже мають політичну волю та надійні структури управління, а також політики, що сприяють підходу на основі ПМСД. Ці країни повинні зосередитися на ефективному впровадженні політик, які ще більше закріплюють орієнтацію їхніх систем охорони здоров'я на ПМСД, включно з посиленням профілактики та лікування ТБ. На [Рис. 4.1](#) показано взаємозв'язок між програмами, спрямованими на конкретні захворювання, такими як ТБ, та шляхом систем охорони здоров'я до ПМСД.

Рис 4.1 Взаємозв'язок між програмами, що стосуються конкретних захворювань, та орієнтацією системи охорони здоров'я на ПМСД



Табл. 4.1 Адаптовані заходи для розвитку програми дій щодо ТБ та орієнтації системи охорони здоров'я на ПМСД у країнах на початковій та розвиненій стадії

СТАДІЯ ОРІЄНТАЦІЇ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я НА ПМСД	
КРАЇНИ НА ПОЧАТКОВІЙ СТАДІЇ	КРАЇНИ НА РОЗВИНЕНІЙ СТАДІЇ
Провести оцінку ситуації Провести ретельну оцінку середовища політик у сфері ПМСД в країні, визначити можливості для спільного розвитку програми дій щодо ТБ та орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД. Здійснити спільне планування Визначити та використати відповідні «вікна можливостей» у політиці (наприклад, оновлення або розробка національних стратегічних планів щодо ТБ та стратегічного планування в секторі охорони здоров'я) для встановлення цілей та пропозиції конкретних заходів, які можуть принести взаємну користь програмі дій щодо ТБ та орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД. «Вікна можливостей» є ключовими.	Забезпечити стале фінансування Належне та безперервне фінансування необхідне для підтримки інтеграції протитуберкульозних послуг у системи охорони здоров'я, орієнтовані на ПМСД. Це включає фінансування інфраструктури, людських ресурсів, лікарських та діагностичних засобів.
Залучати всі зацікавлені сторони; міжсекторальні дії вимагають участі багатьох сторін Залучати інші зацікавлені сторони у сфері ПМСД та спільноти або групи громадянського суспільства до процесів планування заходів щодо ТБ на всіх рівнях, щоб допомогти визначити та використати синергію, а також обмінюватися найкращими практиками.	Посилювати кадровий потенціал, інфраструктуру та обладнання Важливо мати достатній, добре розподілений, вмотивований, спроможний та підтримуваний кадровий потенціал. Регулярний розвиток потенціалу через навчання, наставництво та підтримувальний супровід є необхідним для підтримки актуальних знань та мотивації працівників. Слід забезпечити належну інфраструктуру та обладнання.
Проводити адвокацію та бути за столом переговорів Брати участь у розробці національних планів та стратегій у сфері охорони здоров'я та відстоювати включення цілей, пов'язаних з інтеграцією політики та послуг (включно з ТБ). Потім це має бути втілено в операційних політиках та настановах.	Моніторинг впровадження Там, де національні політики підтримують переорієнтацію системи охорони здоров'я на ПМСД, слід шукати можливості для посилення їх впровадження на операційному рівні, наприклад, вимагаючи інтегрованого планування та бюджетування на субнаціональному та місцевому рівнях або поширюючи операційні настанови для моделей надання інтегрованої допомоги.
Навчатися та обмінюватися досвідом Документувати отримані знання та досвід.	Навчатися та обмінюватися досвідом Документувати знання та досвід впровадження інтегрованих підходів з метою оцінки того, як заходи щодо ТБ сприяють зміцненню орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД, і навпаки. Це сприятиме створенню більш надійної доказової бази для підтримки цих підходів. Визначати можливості для міждержавного обміну досвідом, особливо в країнах, де середовище політик є менш сприятливим для інтеграції.

ПМСД – первинна медико-санітарна допомога; ТБ – туберкульоз.

4.1 Варіанти розвитку програми дій щодо ТБ та орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД

Оцінка ситуації

Рівень узгодженості заходів з протидії ТБ із підходом на основі ПМСД є різним у різних країнах. В рамках перших кроків для покращення цієї узгодженості слід провести оцінку середовища політик у сфері ПМСД, щоб визначити можливості для спільного розвитку програми дій щодо ТБ та орієнтації систем охорони здоров'я на ПМСД. Цю оцінку має проводити мультидисциплінарна команда, до складу якої входять експерти у сфері систем охорони здоров'я та програм протидії ТБ. Оцінка також має бути спрямована на виявлення та використання ефективності міжпрограмною взаємодії.

Скоординоване планування

Глобальні стратегії та системи містять ключові принципи, підходи та цільові показники, які можна адаптувати на рівні країни, зокрема для розробки та перегляду національних стратегічних планів відповідно до Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ. Такі стратегічні плани повинні відображати контекст системи охорони здоров'я та бути спрямованими на зміцнення її відповідних компонентів. Процес скоординованого планування сприятиме зміцненню інтегрованого надання послуг та зменшенню фрагментації медичних послуг, що відповідає підходу на основі ПМСД.

Політичний діалог для розробки системи

Зміцнення підходу ПМСД до лікування ТБ вимагатиме постійної адвокації та адаптації до того, як ці послуги розробляються, пріоритезуються, фінансуються та надаються для забезпечення комплексних потреб людей протягом усього життя. Зосередження уваги на системі охорони здоров'я дозволить досягти прогресу в багатьох питаннях охорони здоров'я, а також рухатися до цілей конкретних програм протидії захворюванням.

Визначені пакети протитуберкульозних послуг на різних рівнях системи охорони здоров'я

Пакет основних медичних послуг є орієнтиром для розробки ПМСД. Важливо забезпечити, щоб протитуберкульозні послуги були частиною пакета основних медичних послуг, де це доречно. Країни повинні встановити стандарт допомоги при ТБ, що надаватиметься на різних рівнях їхньої системи охорони здоров'я. У [Таблиці 4.2](#) наведено приклад пакета послуг із профілактики та лікування ТБ на рівні первинної допомоги.

Таблиця 4.2 Приклад Пакету послуг із профілактики та лікування ТБ на рівні ПМСД ^a

ЗАХОДИ	ОПИС	ДОВІДКОВІ НАСТАНОВИ
Скринінг та профілактичне лікування ТБ	➤ Скринінг на ТБ (в закладах охорони здоров'я або в спільноті) для всіх вікових груп з використанням одного або декількох з наступних інструментів: – Скринінг за чотирма симптомами (W4SS): кашель, лихоманка, втрата ваги та нічне потовиділення; – Рентген грудної клітки, якщо доступний, з або без програмного забезпечення для автоматизованого виявлення; – СРБ для людей, що живуть з ВІЛ; та – молекулярні WDR. ➤ Оцінка відповідності критеріям для профілактичного лікування туберкульозу та початок такого лікування для тих, хто відповідає критеріям. ➤ Проведення виїзної роботи для скринінгу контактних осіб та скринінгу інших груп підвищеного ризику, включаючи осіб, які перебувають у місцях позбавлення волі.	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 1: prevention - tuberculosis preventive treatment, second ed, 2024 (85)</i> <i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 2: screening: systematic screening for tuberculosis disease, 2021 (86)</i> <i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 5: management of TB in children and adolescents, 2022 (38)</i>
Діагностика	➤ Проведення туберкулінових шкірних проб або збір зразків крові для транспортування до найближчої лабораторії для тестування на ТБ ➤ Збір зразків для діагностичного тестування (як мінімум, зразків мокротиння). ➤ Проведення діагностичного тестування для виявлення ТБ за допомогою WDR, або сприяння транспортуванню зразків до найближчої лабораторії. ➤ Інтерпретація результатів тестування.	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: diagnosis - rapid diagnostics for tuberculosis detection, 3rd ed, 2024 (87)</i>
Лікування та догляд	➤ Початок лікування на основі алгоритму прийняття рішень щодо лікування або направлення до відповідного закладу охорони здоров'я. ➤ Надання протитуберкульозних препаратів. ➤ Надання додаткових лікарських засобів за потреби. ➤ Проведення оцінки харчування та консультування з відповідними заходами за потреби.	<i>WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: tuberculosis care and support, 2025 (88)</i>
Реєстрація та звітність	➤ Реєстрація пацієнтів. ➤ Точна та своєчасна реєстрація клінічних даних та даних про лікування. ➤ Регулярна звітність відповідним органам та системам охорони здоров'я. ➤ Базовий аналіз даних для забезпечення моніторингу програми та прийняття рішень.	<i>WHO consolidated guidance on tuberculosis data generation and use: module 1: Tuberculosis surveillance, 2024 (89)</i>
Моніторинг лікування ТБ	➤ Оцінка прихильності до лікування, терапевтичної відповіді та виникнення будь-яких небажаних реакцій. ➤ Проведення моніторингу за допомогою доступних інструментів, включаючи: – клінічні огляди лікарем, що здійснює лікування; – бактеріологічні дослідження (наприклад, мазок мокротиння або збір мокротиння для транспортування до найближчої лабораторії для культурального дослідження); – Рентген грудної клітки; та – додаткові моніторингові тести, як зазначено в національному протоколі. ➤ Моніторинг та ведення небажаних реакцій на ліки протягом усього курсу лікування.	<i>WHO Consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: tuberculosis care and support, 2025 (88)</i>

Продовження на наступній сторінці

Таблиця 4.2 Продовження

ЗАХОДИ	ОПИС	ДОВІДКОВІ НАСТАНОВИ
Підтримка прихильності до лікування	➤ Соціальна підтримка, що включає: – освітня робота та консультування; – психологічна та емоційна підтримка; та – матеріальна підтримка (наприклад, продуктові набори, фінансові стимули та компенсація транспортних витрат). ➤ Домашні візити для нагляду та підтримки. ➤ Цифрові засоби комунікації у сфері охорони здоров'я (наприклад, телефонні дзвінки та текстові повідомлення) для підвищення залученості пацієнтів та прихильності до лікування.	WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: tuberculosis care and support, 2025 (88)
Інтеграція з іншими послугами	➤ Зв'язок допомоги при ТБ з іншими послугами первинної допомоги (наприклад, пов'язаних з ВІЛ, діабетом та психічним здоров'ям) для забезпечення комплексного ведення супутніх захворювань.	Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities, 2022 (21)
Освітня робота та інформування спільноти	➤ Надання чіткої та доступної інформації про ТБ, включаючи його симптоми, лікування та методи профілактики передачі. ➤ Проведення інформаційно-просвітницьких заходів для спільноти, що включають інформування щодо соціальних детермінант ТБ та наголошують на соціальній відповідальності пацієнтів та осіб, які за ними доглядають.	Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis, 2023 (46)
Інфекційний контроль	➤ Впровадження заходів інфекційного контролю для захисту медичних працівників та пацієнтів; Наприклад: – відбір осіб з симптомами ТБ; – призначити та забезпечити належну вентиляцію в приміщеннях, що використовуються для збору, обробки та дослідження зразків мокротиння; – впроваджувати респіраторне розділення або ізоляцію для осіб із підозрою або підтвердженим інфекційним ТБ; – невідкладно розпочинати ефективне лікування для осіб з діагностованим ТБ; – сприяти дотриманню практик респіраторної гігієни, включаючи правильний етикет кашлю; – застосовувати заходи контролю середовища (наприклад, природну та механічну вентиляцію, та ультрафіолетове бактерицидне опромінення); та – посилювати інфекційну профілактику та контроль через навчання персоналу та призначення відповідальних осіб.	WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: prevention - infection prevention and control, 2022 (90)
Соціальний захист	➤ Забезпечення зв'язку осіб, які постраждали від ТБ, з національними програмами соціального захисту.	Guidance on social protection for people affected by tuberculosis, 2024 (91)

^a Заходи, перелічені в цій таблиці, є ілюстративними прикладами і можуть відрізнятися залежно від контексту. Їх слід адаптувати відповідно до національних настанов та місцевих потреб у впровадженні.

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини; ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я; СРБ – С-реактивний білок; ТБ – туберкульоз; W4SS – скринінг за чотирма симптомами, рекомендований ВООЗ; WDR – рекомендований ВООЗ швидкий діагностичний тест.

Персонал охорони здоров'я, інфраструктура та обладнання

Для зміцнення систем охорони здоров'я, орієнтованих на ПМСД, та для розвитку у напрямку загального доступу до профілактики та лікування ТБ необхідні достатні за чисельністю, рівномірно розподілені, мотивовані, забезпечені необхідними умовами та підтримкою кадри охорони здоров'я. Якщо громадські медичні працівники залучені до надання послуг, їхню роль слід належним чином визнавати на основі системного підходу, щоб забезпечувати потреби кадрових ресурсів охорони здоров'я (81). Регулярна розбудова потенціалу через навчання, наставництво та підтримувальний супровід є важливою для підтримання високого рівня кваліфікації та мотивації персоналу.

Для забезпечення якості послуг на всіх рівнях, включно з рівнем первинної допомоги, мають бути доступні належна інфраструктура, обладнання та витратні матеріали.

Оптимізоване та стає фінансування охорони здоров'я

Достатнє та стає фінансування необхідне для сприяння інтеграції послуг з лікування ТБ у системи охорони здоров'я, орієнтовані на ПМД. Це включає фінансування інфраструктури, людських ресурсів (включно з громадськими медичними працівниками), лікарських засобів та засобів діагностики.

Системне мислення та управління змінами

Системне мислення — це підхід, за якого «проблеми» розглядаються не як окремі події чи результати, на які потрібно реагувати, а як частина ширшої динамічної системи. Воно може допомогти підвищити ефективність та посилити як ПМСД, так і заходи з протидії ТБ. Це вимагає глибокого розуміння зв'язків, взаємовідносин, взаємодій та

поведінки між елементами, що характеризують систему в цілому. Цей підхід дозволяє розшифрувати складність усієї системи охорони здоров'я, а потім застосувати це розуміння для розробки та оцінки інтервенцій, які покращують здоров'я та справедливість у сфері охорони здоров'я (5).

Системне мислення вимагає фундаментальної зміни як мисленнєвих підходів, так і практичної діяльності, а рушієм цих змін виступає ефективна комунікація. Ефективна комунікація має спрямовувати дії, що безпосередньо впливають на результати для здоров'я, включати активне слухання та реагування на думки людей, а також поширювати науково обґрунтовану інформацію для залучення підтримки політик у сфері охорони здоров'я. Вона також має надавати людям змогу брати відповідальність за своє здоров'я. Ця зміна вимагає виходу за межі зосередження на проміжних результатах, натомість пріоритизуючи кінцеві результати та вплив комунікаційних зусиль.

Ефективна комунікація має встановлювати зв'язок з людьми на людському рівні, враховуючи їхні турботи та справляючи значущий вплив на їхнє життя. Це вимагає розуміння аудиторії, залучення її до діалогу, що виходить за межі тем охорони здоров'я. Адвокація продовжуватиме відігравати вирішальну роль у формуванні політик, чутливих до проблематики ТБ через офіційний діалог та інші форми взаємодії.

Імплементаційні дослідження та обмін досвідом між країнами

Потрібно проводити імплементаційні дослідження для забезпечення процесу прийняття політичних рішень та спрямування збільшення масштабів діяльності. Такі дослідження покращать розуміння факторів, що впливають на переорієнтацію систем охорони здоров'я на ПМСД, процесів впровадження та результатів впровадження

(включно з тим, як впроваджувати потенційні рішення в систему охорони здоров'я або як сприяти їх широкомасштабному застосуванню та сталості). Обмін досвідом та висновками між країнами допоможе сприяти навчанню на практичному досвіді та зробити внесок у зміцнення ПМСД та ліквідацію ТБ.

4.2 Показники моніторингу

Важливо відстежувати прогрес у приведенні заходів з протидії ТБ у відповідність до підходу ПМСД. Кілька показників, які регулярно збираються через системи епідагляду за ТБ або МіО системи охорони здоров'я, можуть бути корисними для відстеження прогресу (Таблиця 4.3).

Показники, наведені в Таблиці 4.4, можуть розглядатися на національному або субнаціональному рівні.

4.3 Висновки

Для досягнення пов'язаних зі здоров'ям ЦСР, включно з ліквідацією ТБ, та для збереження цих досягнень в умовах складних викликів, що постають перед системами охорони здоров'я, та розвитку, необхідно буде оптимізувати ресурси системи охорони здоров'я. Збільшення масштабів надання високоякісних, орієнтованих на людину послуг через підхід ПМСД має вирішальне значення для досягнення як цілей стосовно конкретних захворювань, так і ширших цілей у сфері охорони здоров'я. Усе населення повинно мати доступ до медичних послуг та користуватися ресурсами системи охорони здоров'я без стигми та дискримінації.

Ідеї та міркування, представлені в цій публікації, мають на меті підтримати поточні та стимулювати нові дискусії про те, як країни можуть забезпечити специфічні потреби, пов'язані з ТБ, за допомогою підходу ПМСД, використовуючи синергію та можливості, що виникають у рамках Операційної концепції первинної медико-санітарної допомоги ВООЗ/ЮНІСЕФ та Стратегії ВООЗ із ліквідації ТБ, на основі тих стратегічних та операційних важелів ПМСД, які є найбільш значущими в контексті відповідних країн.

Таблиця 4.3 Показники моніторингу для ТБ та ПМСД, опис та джерело

ПОКАЗНИК	ОПИС	ДЖЕРЕЛО
Інтегроване надання послуг	1. Індекс охоплення послугами в рамках загального доступу до послуг охорони здоров'я: Охоплення основними медичними послугами: середній рівень охоплення основними послугами на основі показових інтервенцій, які включають репродуктивне, материнське, неонатальне та дитяче здоров'я, інфекційні захворювання, НІЗ, а також спроможність та доступ до послуг серед загального населення та найбільш незахищених груп населення. Цей показник є індексом, що представляється у безрозмірній шкалі від 0 до 100 і розраховується як середнє геометричне 14 основних показників охоплення медичними послугами (ЦСР 3.8.1).	Дані ВООЗ щодо загального доступу до послуг охорони здоров'я (82) Частота оновлення: щорічно або раз на два роки (останнє оновлення даних: січень 2024 року; наступне очікуване оновлення: 2024/2025; очікувана частота публікації даних: кожні 2-3 роки)
	2. Охоплення лікуванням ТБ: Кількість людей, у яких вперше діагностовано ТБ та які офіційно зареєстровані як випадок ТБ у певному році, поділена на оцінену кількість людей, які захворіли на ТБ у тому ж році, виражена у відсотках.	Глобальний звіт про туберкульоз (12)
	3. Кількість закладів ПМСД: Загальна кількість закладів первинної допомоги.	Глобальний звіт про туберкульоз (12)
	4. Заклади ПМСД з WDR: Кількість закладів первинної медико-санітарної допомоги, що мають доступ до рекомендованих ВООЗ швидких діагностичних тестів (або на місці, або через систему направлення зразків).	Глобальний звіт про туберкульоз (12)
	5. Національна електронна база даних випадків захворювання: Чи веде НТП (або має доступ до неї) електронну базу даних випадків захворювання для пацієнтів з ТБ, які проходять лікування на національному рівні?	Глобальний звіт про туберкульоз (12)
Значуще залучення спільнот	1. Направлення та реєстрація нових випадків: Кількість вперше діагностованих та зареєстрованих випадків ТБ (усіх форм), направлених громадськими медичними працівниками та волонтерами, виражена у відсотках від усіх нових випадків, зареєстрованих у базовій одиниці ведення протягом певного періоду.	Глобальний звіт про туберкульоз (12)
	2. Успішність лікування: Нові випадки ТБ (усіх форм), що були успішно вилікувані (вилікувані плюс завершене лікування), які отримували підтримку щодо прихильності до лікування від громадських медичних працівників або волонтерів, серед усіх нових випадків ТБ (усіх форм), яким надавалася підтримка щодо прихильності до лікування громадськими медичними працівниками або волонтерами (кількість та відсоток).	
	3. Представництво спільнот у процесі прийняття рішень на національному рівні: Представники спільнот, що постраждали від ТБ, або громадянського суспільства, які відігравали офіційну роль у ключових процесах та заходах НТП протягом року.	
	4. Рівень виділеного фінансування для залучення спільнот до протидії ТБ на національному рівні: Відсоток від загального фінансування, виражений у доларах США, доступний для заходів із залучення спільнот на національному рівні.	
Міжсекторальне взаємодія	Чи існує національний міжсекторальний та багатосторонній механізм підзвітності та перегляду під керівництвом високого рівня для моніторингу та огляду прогресу на шляху до ліквідації ТБ?	Глобальний звіт про туберкульоз (12)

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я; НІЗ – неінфекційне захворювання; НТП – національна програма протидії туберкульозу; ПМСД – первинна медико-санітарна допомога; ТБ – туберкульоз; ЦСР – Цілі сталого розвитку; WDR – швидкий діагностичний тест, рекомендований ВООЗ.

Таблиця 4.4 Додаткові показники моніторингу для ТБ та ПМСД, опис та джерело

ПОКАЗНИК	ОПИС	ДЖЕРЕЛО
Пакет основних медичних послуг, що включає протитуберкульозні	Наявність у країні пакета основних медичних послуг, що включає протитуберкульозні.	Звіт країни
Частка центрів ПМСД, що надають пакет протитуберкульозних послуг з ТБ	Кількість закладів ПМСД у країні, що надають пакет протитуберкульозних послуг, від загальної кількості закладів первинної допомоги.	Звіт країни Глобальний звіт щодо ТБ
Персонал охорони здоров'я	Наявність навчання з діагностики, лікування та ведення ТБ для медичних працівників на рівні ПМСД.	Звіт країни

Список літератури

- 1 Litvinjenko S, Magwood O, Wu S, Wei X. Burden of tuberculosis among vulnerable populations worldwide: an overview of systematic reviews. *Lancet Infect Dis.* 2023;23:1395–407 ([https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(23\)00372-9](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(23)00372-9)).
- 2 Resolution 73/3: Political declaration of the high-level meeting of the United Nations General Assembly on the fight against tuberculosis. New York: United Nations General Assembly; 2018 (<https://www.who.int/publications/m/item/political-declaration-of-the-un-general-assembly-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis>).
- 3 Resolution 78/5: Political declaration of the second high-level meeting of the General Assembly on the fight against tuberculosis. New York: United Nations General Assembly; 2023 (<https://digitallibrary.un.org/record/4025280?v=pdf>).
- 4 The End TB Strategy. Geneva: World Health Organization; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/331326>).
- 5 Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization. Systems thinking for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2009 (<https://ahpsr.who.int/publications/i/item/2009-11-13-systems-thinking-for-health-systems-strengthening>).
- 6 Systems thinking for noncommunicable disease prevention policy: guidance to bring systems approaches into practice (WHO-EURO-2022-4195-43954-61946). Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/357174>).
- 7 World Health Organization, United Nations Children's Fund. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals (WHO/HIS/SDS/2018.15). Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>).
- 8 Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005;83:457–502 (<https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>).
- 9 WHO Multisectoral Accountability Framework for TB (MAF-TB): baseline assessment checklist for country use in pursuing a national MAF-TB. Geneva: World Health Organization; 2020 ([https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-\(maf-tb\)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb](https://www.who.int/publications/m/item/who-multisectoral-accountability-framework-for-tb-(maf-tb)-baseline-assessment-checklist-for-country-use-in-pursuing-a-national-maf-tb)).
- 10 Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240083851>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 11 Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 12 Global tuberculosis report 2024. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 13 Alene KA, Wangdi K, Colquhoun S, Chani K, Islam T, Rahevar K et al. Tuberculosis related disability: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2021;19:203 (<https://doi.org/10.1186/s12916-021-02063-9>).

- 14 Oxlade O, Murray M. Tuberculosis and poverty: why are the poor at greater risk in India? PLoS One. 2012;7:e47533 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0047533>).
- 15 Lienhardt C. From exposure to disease: the role of environmental factors in susceptibility to and development of tuberculosis. Epidemiol Rev. 2001;23:288–301 (<https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a000807>).
- 16 Universal health coverage [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1).
- 17 Primary health care: report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978, jointly sponsored by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva: World Health Organization; 1978 (<https://www.who.int/publications/i/item/9241800011>).
- 18 Declaration of Astana: Global Conference on Primary Health Care: Astana, Kazakhstan, 25 and 26 October 2018. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>).
- 19 Resolution 72.2: Primary health care (World Health Assembly 72). Geneva: World Health Organization; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72-REC1/A72_2019_REC1-en.pdf).
- 20 World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action (Technical series on primary health care). Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/337641>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 21 Framework for collaborative action on tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/361989>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 22 Reid MJA, Arinaminpathy N, Bloom A, Bloom BR, Boehme C, Chaisson R et al. Building a tuberculosis-free world: *The Lancet* Commission on tuberculosis. Lancet. 2019;393:1331–84 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(19\)30024-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(19)30024-8)).
- 23 Rasanathan K, Sivasankara Kurup A, Jaramillo E, Lonnroth K. The social determinants of health: key to global tuberculosis control. Int J Tuberc Lung Dis. 2011;15 Suppl 2:30–6 (<https://doi.org/10.5588/ijtld.10.0691>).
- 24 Lonnroth K, Jaramillo E, Williams B, Dye C, Raviglione M. Tuberculosis: the role of risk factors and social determinants. In: Blas E & Sivasankara Kurup A (eds.), Equity, social determinants and public health programmes. Geneva: World Health Organization; 2010:219–41 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241563970>).
- 25 Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. Integration of targeted health interventions into health systems: a conceptual framework for analysis. Health Policy Plan. 2010;25:104–11 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czp055>).
- 26 Biesma RG, Brugha R, Harmer A, Walsh A, Spicer N, Walt G. The effects of global health initiatives on country health systems: a review of the evidence from HIV/AIDS control. Health Policy Plan. 2009;24:239–52 (<https://doi.org/10.1093/heapol/czp025>).
- 27 Howard AA, El-Sadr WM. Integration of tuberculosis and HIV services in sub-Saharan Africa: lessons learned. Clin Infect Dis. 2010;50 Suppl 3:S238–44 (<https://doi.org/10.1086/651497>).
- 28 Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007 (<https://iris.who.int/handle/10665/43918>).
- 29 Primary health care [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>).
- 30 The Global Health Observatory [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/data/gho>).
- 31 Framework on integrated, people-centred health services: report by the Secretariat. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/250704>).
- 32 Integrated people-centred care [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/health-topics/integrated-people-centered-care#tab=tab_1).
- 33 Integrating health services: brief. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/326459>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

- 34 MacNeil A, Glaziou P, Sismanidis C, Date A, Maloney S, Floyd K. Global epidemiology of tuberculosis and progress toward meeting global targets – worldwide, 2018. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69:281–5 (<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6911a2>).
- 35 Myburgh H, Baloyi D, Loveday M, Meehan SA, Osman M, Wademan D et al. A scoping review of patient-centred tuberculosis care interventions: Gaps and opportunities. *PLOS Glob Public Health*. 2023;3:e0001357 (<https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001357>).
- 36 WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 6: Tuberculosis and comorbidities. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240087002>).
- 37 Roadmap towards ending TB in children and adolescents, 3rd edition. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373949/9789240084254-eng.pdf?sequence=1>).
- 38 WHO consolidated guidelines on tuberculosis. Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352522>).
- 39 WHO operational handbook on tuberculosis. Module 5: Management of tuberculosis in children and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/352523>).
- 40 Child Survival Action. A renewed call to action to end preventable child deaths. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373949/9789240084254-eng.pdf?sequence=1>).
- 41 Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ*. 2013;91:602–11 (<https://doi.org/10.2471/BLT.12.113985>).
- 42 Wells WA, Waseem S, Scheening S. The intersection of TB and health financing: defining needs and opportunities. *IJTL Open*. 2024;1:375–83 (<https://doi.org/10.5588/ijtlidopen.24.0324>).
- 43 Lönnroth K, Jaramillo E, Williams BG, Dye C, Raviglione M. Drivers of tuberculosis epidemics: the role of risk factors and social determinants. *Soc Sci Med*. 2009;68:2240–6 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.03.041>).
- 44 Zumla A, Davies PD. Progress towards achieving global tuberculosis control: so near, yet so far. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2016;20:285–6 (<https://doi.org/10.5588/ijtld.15.1004>).
- 45 Adaptation and implementation of WHO's Multisectoral Accountability Framework to end TB (MAF-TB): best practices. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://iris.who.int/handle/10665/365806>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 46 Guidance on engagement of communities and civil society to end tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/373321>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 47 Voice, agency, empowerment: handbook on social participation for universal health coverage. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/342704>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 48 The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/44371>).
- 49 Hanson K, Gilson L, Goodman C, Mills A, Smith R, Feachem R et al. Is private health care the answer to the health problems of the world's poor? *PLoS Med*. 2008;5:e233 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0050233>).
- 50 Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med*. 2011;8:e1000433 (<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000433>).
- 51 Patouillard E, Goodman CA, Hanson KG, Mills AJ. Can working with the private for-profit sector improve utilization of quality health services by the poor? A systematic review of the literature. *Int J Equity Health*. 2007;6:17 (<https://doi.org/10.1186/1475-9276-6-17>).
- 52 Mathauer I, Dale E, Meessen B. Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions: a summary from expert and practitioners' discussions (Health Financing Working Paper; 8). Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/259423>).

- 53 World Health Organization, Cashin C, Bloom D, Sparkes S, Barroy H, Kutzin J et al. Aligning public financial management and health financing: sustaining progress toward universal health coverage (Health Financing Working Paper; 4). Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/254680>). Licence: CCBY-NC-SA 3.0 IGO.
- 54 Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM et al. WHO's new End TB Strategy. *Lancet*. 2015;385:1799–801 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)60570-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)60570-0)).
- 55 Lonnroth K, Castro KG, Chakaya JM, Chauhan LS, Floyd K, Glaziou P et al. Tuberculosis control and elimination 2010–50: cure, care, and social development. *Lancet*. 2010;375:1814–29 ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60483-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60483-7)).
- 56 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: World Health Organization; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/252799>).
- 57 Lagarde M, Palmer N. The impact of user fees on health service utilization in low- and middle-income countries: how strong is the evidence? *Bull World Health Organ*. 2008;86:839–48 (<https://doi.org/10.2471/blt.07.049197>).
- 58 Yates R. Universal health care and the removal of user fees. *Lancet*. 2009;373:2078–81 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(09\)60258-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(09)60258-0)).
- 59 Fact sheet: quality health services [website]. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>).
- 60 Arsenault C, Roder-DeWan S, Kruk ME. Measuring and improving the quality of tuberculosis care: a framework and implications from the Lancet Global Health Commission. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis*. 2019;16:100112 (<https://doi.org/10.1016/j.jctube.2019.100112>).
- 61 Building the economic case for primary health care: a scoping review. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://iris.who.int/handle/10665/326293>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 62 Mwai D, Hussein S, Olago A, Kimani M, Njuguna D, Njiraini R et al. Investment case for primary health care in low- and middle-income countries: a case study of Kenya. *PloS One*. 2023;18:e0283156 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283156>).
- 63 Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low- and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Soc Sci Med*. 2010;70:904–11 (<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.025>).
- 64 The World Health Report 2008: primary health care now more than ever: introduction and overview. Geneva: World Health Organization; 2008 (<https://iris.who.int/handle/10665/69863>).
- 65 Rajan D, Rouleau K, Winkelmann J, Jakab M, Kringos D, Khalid F. Implementing the primary health care approach: a primer (Global report on primary health care). Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376777>).
- 66 Maharjan B, Gopali RS, Zhang Y. A scoping review on climate change and tuberculosis. *Int J Biometeorol*. 2021;65:1579–95 (<https://doi.org/10.1007/s00484-021-02117-w>).
- 67 Kharwadkar S, Attanayake V, Duncan J, Navaratne N, Benson J. The impact of climate change on the risk factors for tuberculosis: a systematic review. *Environ Res*. 2022;212:113436 (<https://doi.org/10.1016/j.envres.2022.113436>).
- 68 Role of primary care in the COVID-19 response. Geneva: World Health Organization, Regional Office for the Western Pacific; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/331921>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 69 World Health Organization Regional Office for South-East Asia. Strengthening primary health care in the COVID-19 era: a review of best practices to inform health system responses in low- and middle-income countries. *WHO South-East Asia Journal of Public Health*. 2021;10 (S1–S99):1–20 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025295>).
- 70 Pradhan NA, Samnani A, Abbas K, Rizvi N. Resilience of primary healthcare system across low- and middle-income countries during COVID-19 pandemic: a scoping review. *Health Res Policy Syst*. 2023;21:98 (<https://doi.org/10.1186/s12961-023-01031-4>).
- 71 Nkengasong JN, Mankoula W. Looming threat of COVID-19 infection in Africa: act collectively, and fast. *Lancet*. 2020;395:841–2 ([https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30464-5](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30464-5)).

- 72 Khan MS, Rego S, Rajal JB, Bond V, Fatima RK, Isani AK et al. Mitigating the impact of COVID-19 on tuberculosis and HIV services: A cross-sectional survey of 669 health professionals in 64 low and middle-income countries. *PLoS One*. 2021;16:e0244936 (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0244936>).
- 73 Leveraging TB programs in the fight against COVID-19: USAID's efforts. Washington, DC: United States Agency for International Development; 2021.
- 74 Programmatic innovations to address challenges in tuberculosis prevention and care during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025295>).
- 75 State of the world's nursing 2020: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://iris.who.int/handle/10665/331673>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 76 World Health Organization, Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria. The Global Fund's focus on health workforce. Geneva: World Health Organization; 2019.
- 77 Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Zewdie A, Wolka E, Nigatu F et al. Barriers and strategies for primary health care workforce development: synthesis of evidence. *BMC Prim Care*. 2024;25:99 (<https://doi.org/10.1186/s12875-024-02336-1>).
- 78 Endalamaw A, Khatri RB, Erku D, Nigatu F, Zewdie A, Wolka E et al. Successes and challenges towards improving quality of primary health care services: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023;23:893 (<https://doi.org/10.1186/s12913-023-09917-3>).
- 79 Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report (WHO/HIS/HGF/19.1). Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029040>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 80 The World Health Report: health systems financing: the path to universal coverage: executive summary. Geneva: World Health Organization; 2010 (<https://iris.who.int/handle/10665/70496>).
- 81 WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: World Health Organization; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 82 World Health Organization data; Universal health coverage (UHC) progress, UHC service coverage index [website]. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://data.who.int/indicators/i/9A706FD>).
- 83 Global tuberculosis reports. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports>).
- 84 Integrated approach to tuberculosis and lung health: policy brief. Geneva: World Health Organization; 2025 (<https://iris.who.int/handle/10665/380840>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 85 WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 1: prevention – tuberculosis preventive treatment, second ed. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/378536>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 86 WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 2: screening: systematic screening for tuberculosis disease. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://iris.who.int/handle/10665/340255>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 87 WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 3: diagnosis – rapid diagnostics for tuberculosis detection, 3rd ed. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240089488>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 88 WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: tuberculosis care and support. Geneva: World Health Organization; 2025.
- 89 WHO consolidated guidance on tuberculosis data generation and use: module 1: Tuberculosis surveillance. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://iris.who.int/handle/10665/376612>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 90 WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 1: prevention – infection prevention and control, 2022.
- 91 Guidance on social protection for people affected by tuberculosis. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240089327>). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Для отримання додаткової інформації прохання звертатися до:

Глобальної програми з туберкульозу та
здоров'я легень Всесвітньої організації
охорони здоров'я

20, Avenue Appia CH-1211 Женева 27, Швейцарія

Email: gtbprogramme@who.int

www.who.int/tb