

**Протокол
засідання Комітету з регіональної політики
Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
(онлайн-формат)**

06 жовтня 2026 року, 10:00 – 12:00

<https://undp.zoom.us/j/83883803121?pwd=K0VKM0R6NmdoR1BieTJqZWdxY0lFZz09>

Учасники засідання:

1. **Головуюча** – заступниця голови Комітету, завідувачка відділу управління та протидії туберкульозу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» **ТЕРЛЕЄВА Яна Сергіївна**.

Члени Комітету та особи, які їх замінюють:

2. **АВРАМЧУК Валерій** – старший офіцер епідеміологічного відділу Центрального санітарно-епідеміологічного управління Командування Медичних сил Збройних Сил України.
3. **БЕЗКОРОВАЙНА Злата Валеріївна** – начальник головного управління загальної середньої освіти директорату шкільної освіти Міністерства освіти і науки України.
4. **БІЛОУС Василь Васильович** – директор Департаменту державного контролю у сфері соціального захисту населення Національної соціальної служби України.
5. **БІЛОУС Ірина Вадимівна** – директорка комунального некомерційного підприємства «Черкаський обласний спеціалізований медичний центр Черкаської обласної ради», членкиня Черкаської обласної ради з координації дій у відповідь на поширення туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу (далі – коордрада).
6. **ГОРЕНКО Галина Олександрівна** – генеральна директорка комунального некомерційного підприємства «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради», членкиня Кіровоградської обласної коордради.
7. **ЄЛЕНЄВА Ілона Ігорівна** – директорка МГО «Соціальні ініціативи з охорони праці та здоров'я».
8. **КЛИМЕНКО Наталія Миколаївна** – завідувачка відділенням комунального некомерційного підприємства «Обласний клінічний протитуберкульозний диспансер», експертка Департаменту охорони здоров'я Донецької обласної державної адміністрації за напрямом «фтизіатрія», членкиня Донецької обласної коордради.
9. **КОГАН Юлія Олександрівна** – регіональна координаторка в Одеській області благодійної організації «Всеукраїнське об'єднання наркозалежних жінок ВОНА».

10. КРИВОРУК Анатолій Іванович – лікар-методист відділу контролю та профілактики соціально значущих хвороб ДУ «Центр охорони здоров'я Державної кримінально-виконавчої служби України».
11. КУЩ Дмитро Вікторович – аналітик з питань управління охороною здоров'я Програми розвитку ООН (UNDP) в Україні.
12. РАК Любомир Михайлович – генеральний директор комунального некомерційного підприємства Львівської обласної ради «Львівський регіональний фтизіопульмонологічний клінічний лікувально-діагностичний центр», член Львівської обласної коордради.
13. ШЕРЕМЕТ Святослав Павлович – в. о. президента ВГО «Гей-Форум України», національний експерт — член Експертної групи з питань здоров'я й прав ЛГБТІК+ в Україні (ЕГЗП-Україна), координатор з політики та законодавства Національного ЛГБТІ-консорціуму #LGBTI_PRO.

Відповідно до затвердженого 28 вересня 2026 року складу Комітету, його кількість налічує 23 члени.

**Присутні на засіданні члени Комітету та особи, які їх замінюють, – 13.
Відсутні – 10.**

Відповідно до п. 12 Положення про Комітет, засідання якого є правомочним, якщо на ньому присутні більше половини членів Комітету, кворум забезпечено, що визначає легітимність прийнятих рішень.

Секретарка Комітету:

14. КРАВЕЦЬ Любов – представниця Секретаріату Національної ради.

Запрошені учасники засідання:

15. БОНДАРЧУК Артем – представник ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
16. ГЛЕБОВА Яна – представниця ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
17. ГОРБАТЬКО Єгор – консультант Секретаріату Національної ради.
18. ДОНЧЕНКО Олена – представниця БО «ТБ ЛЮДИ України».
19. ЖАДОВА Юлія – представниця КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради».
20. ЗЕМЛЯК Тетяна – директорка Департаменту охорони здоров'я Київської обласної військової (державної) адміністрації.
21. КАРПЕНКО Жанна – завідувачка ВСП «Центр фтизіатрії» КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради.
22. КЛИМЕНКО Ольга – директорка з розвитку БО «ТБ ЛЮДИ України», членкиня Національної ради – представниця громадських об'єднань та благодійних організацій людей, які живуть з туберкульозом.

23. КОРОЄВА Ірина – представниця Секретаріату Національної ради.
24. КОЧАНОВ Володимир – програмний менеджер РАТН, директор проєкту ASCENT DR-TV.
25. МИРОНЮК Сергій – представник ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
26. ОЛЕЩЕНКО Віталій – представник КНП Сумської обласної ради «Регіональний клінічний фтизіопульмонологічний медичний центр».
27. ПАВЛЕНКО Олена, координаторка медичних програм РАТН.
28. САКАЛЬСЬКА Ольга – представниця ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
29. УШАКОВА Оксана – представниця ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України».
30. ЦАРЕНКО Тетяна – представниця Департаменту державного контролю у сфері соціального захисту населення Національної соціальної сервісної служби України.
31. ЧЕРНИШЕВ Андрій – член Національної ради від громадських об'єднань та благодійних організацій, які представляють інтереси чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками, керівник департаменту адвокації та зовнішніх зв'язків громадської організації «АЛЬЯНС.ГЛОБАЛ».

Порядок денний:

- 1. Вітальне слово головуючої – заступниці голови Комітету ТЕРЛЕЄВОЇ Яни Сергіївни.**
- 2. Аналіз залучення до здійснення заходів з подолання туберкульозу територіальних громад, їх організаційного та фінансового потенціалу, у т.ч. через приєднання до ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу».**

Доповідачка: Яна ТЕРЛЕЄВА, завідувачка відділу управління та протидії туберкульозу ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», заступниця голови Комітету.

Очікувані результати: забезпечено моніторинг та аналіз виконання заходів 1, 2 завдання 8 Операційного плану заходів з реалізації [Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки](#), презентовано та обговорено результати реалізації ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу», узгоджено пропозиції та рекомендації щодо подальшого розвитку ініціативи.

- 3. Посилення міжсекторальної взаємодії у подоланні туберкульозу: досвід Київської області.**

Співдоповідачі:

Володимир КОЧАНОВ, програмний менеджер PATH, директор проєкту ASCENT DR-TB.

Тетяна ЗЕМЛЯК, директорка Департаменту охорони здоров'я Київської обласної військової (державної) адміністрації.

Очікувані результати: поінформовано членів Комітету про основні результати.

4. Розширення доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному рішенням зі штучним інтелектом (ШІ) та рентгенологічною інформаційною системою (PIS): практичний досвід у рамках реалізації проєкту «Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні», що фінансується Урядом США та впроваджується PATH.

Співдоповідачі:

Олена ПАВЛЕНКО, координаторка медичних програм PATH.

Жанна КАРПЕНКО, завідувачка ВСП «Центр фтизіатрії» КНП «Чернігівська обласна лікарня» Чернігівської обласної ради.

Галина ГОРЕНКО, генеральна директорка КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр Кіровоградської обласної ради», членкиня Комітету.

Очікувані результати: поінформовано членів Комітету про основні результати, узгоджено пропозиції щодо подальших заходів для забезпечення стійкості успішного практичного досвіду.

5. Презентація результатів моніторингу, керованого спільнотою (CLM), через інформаційну систему OneImpactUkraine у розрізі регіонів, впровадження механізмів реагування для усунення бар'єрів у доступі до якісних послуг для людей з ТБ з урахуванням специфіки регіонів.

Доповідачка: Ольга КЛИМЕНКО, директорка з розвитку БО «ТБ ЛЮДИ УКРАЇНИ», членкиня Національної ради.

Очікувані результати: забезпечено експертне обговорення результатів та узгодження пропозицій щодо прийняття необхідних управлінських рішень.

Про результати розгляду та обговорення питань порядку денного:

1. Вітальне слово заступниці голови Комітету Яни ТЕРЛЕЄВОЇ:

1.1. Взято до відома інформацію про зміни у персональному складі Комітету, та необхідність керуватися під час розгляду питань порядку денного

Положенням про політику врегулювання конфлікту інтересів Національної ради.

1.2. Погоджено запропонований проєкт порядку денного засідання.

2. Аналіз залучення до здійснення заходів з подолання туберкульозу територіальних громад, їх організаційного та фінансового потенціалу, у т.ч. через приєднання до ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу»:

2.1. Взято до відома та врахування інформацію з аналізом залучення до здійснення заходів з подолання туберкульозу територіальних громад, їх організаційного та фінансового потенціалу, у т.ч. через приєднання до ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» (далі – ініціатива), що додається.

2.2. Згідно з представленим аналізом Комітетом підтримано:

- визнати успішним досвід впровадження ініціативи у Вінницькій, Волинській, Дніпропетровській, Донецькій, Київській, Кіровоградській, Луганській, Львівській, Миколаївській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Херсонській та Чернівецькій областях;
- рекомендувати територіальним громадам, які ще не долучилися до ініціативи, вивчити досвід, представлений зокрема в інформаційних матеріалах у рамках розгляду питань 2 та 3 порядку денного засідання, і розглянути можливість приєднання до такої ініціативи на основі реальної оцінки ситуації;
- рекомендувати регіональним фтизіопульмонологічним центрам, центрам контролю та профілактики хвороб продовжувати на регіональному рівні надавати організаційно-методичну допомогу громадам щодо участі в ініціативі;
- рекомендувати ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» продовжувати на національному рівні координаційну та організаційно-методичну роботу для забезпечення подальшого ефективного впровадження ініціативи, зокрема щодо удосконалення та уніфікації методичних підходів, визначення основних етапів її реалізації, мінімального переліку індикаторів для моніторингу та підходів до оцінки результатів, а також сприяти організації навчальної та консультативної підтримки представників територіальних громад, відповідальних за координацію реалізації ініціативи;
- включити ініціативу у новий операційний план заходів з реалізації Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року.

3. Посилення міжсекторальної взаємодії у подоланні туберкульозу: досвід Київської області:

- 3.1. Взято до відома та врахування інформацію про досвід Київської області у впровадження заходів з посилення міжсекторальної взаємодії у подоланні туберкульозу за підтримки проєкту ASCENT DR-TB, який впроваджується РАТН, що додається.

4. Розширення доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному рішенню зі штучним інтелектом (ШІ) та рентгенологічною інформаційною системою (PIS): практичний досвід у рамках реалізації проєкту «Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні», що фінансується Урядом США та впроваджується РАТН:

- 4.1. Інформацію, що додається, про практичний досвід розширення доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному рішенню зі штучним інтелектом (ШІ) та рентгенологічною інформаційною системою (PIS) у рамках реалізації проєкту «Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні», що фінансується Урядом США та впроваджується РАТН, зокрема у Кіровоградській та Чернігівській областях, взято до відома та врахування.
- 4.2. Згідно з представленим практичним досвідом розширення в регіонах України доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному рішенню зі штучним інтелектом (ШІ) та рентгенологічною інформаційною системою (PIS) Комітетом підтримано:
- відзначити успіхи в цифровій діагностиці туберкульозу, зокрема представлені позитивні результати цифрової інфраструктури: скорочення часу на виявлення туберкульозу, швидкий доступ до експертного аналізу знімків та загальне підвищення ефективності протитуберкульозних і загальномедичних закладів;
 - рекомендувати органам влади на місцях сприяти впровадженню цифрової візуалізації для виявлення туберкульозу, інтеграції цифрового рентгенологічного обладнання, PACS/RIS та інших цифрових рішень із дотриманням вимог законодавства та міжнародних стандартів у сфері медичної візуалізації, а також розвивати телемедичні сервіси для дистанційного консультування складних випадків;
 - рекомендувати в програмах/проєктах технічної допомоги враховувати, що подолання туберкульозу потребує не лише закупівлі рентген-апаратів чи ШІ, а й системного навчання персоналу, розроблення

відповідних СОП та забезпечення сталого використання впроваджених цифрових рішень;

- з метою масштабування регіонального досвіду виявлення ТБ рекомендувати поширення успішних практик цифровізації діагностики туберкульозу на рівні областей, зважаючи на кадрові ресурси та реальні потреби населення в обстеженні легень;
- з метою наближення діагностики туберкульозу до пацієнтів у зоні ризику рекомендувати профільним ЦОВВ масштабувати цифрові рішення для раннього виявлення захворювання, забезпечивши доступ до якісної діагностики у віддалених та прифронтових громадах, де ризику поширення інфекції є найвищими.

4.3. За результатами обговорення представленого досвіду та з метою нормативного вдосконалення використання радіологічних та цифрових інструментів, зокрема PACS/RIS у сфері громадського здоров'я та у фтизіорадіології на основі здобутого практичного досвіду в регіонах, вирішили:

- створити при Комітеті з питань регіональної політики Національної ради за підтримки організації РАТН робочу групу з удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері радіології та медичної візуалізації, основними завданнями якої визначити підготовку узгоджених пропозицій до нормативно-правових актів, спрямованих на безпечне та ефективне використання портативного рентгенологічного обладнання, технологій штучного інтелекту, PACS/RIS та інших цифрових рішень у системі громадського здоров'я шляхом:
 - 1) аналізу чинної нормативно-правової бази щодо використання портативного рентгенологічного обладнання в закладах охорони здоров'я, зокрема під час роботи мобільних медичних бригад, у віддалених та прифронтових громадах,
 - 2) підготовки пропозицій щодо удосконалення регулювання застосування програмного забезпечення на основі штучного інтелекту для підтримки прийняття клінічних рішень під час інтерпретації рентгенологічних зображень,
 - 3) опрацювання нормативних питань функціонування та інтеграції систем PACS (Picture Archiving and Communication System) та RIS (Radiology Information System) у закладах охорони здоров'я, забезпечення інтероперабельності та обміну медичними даними,

- 4) розроблення рекомендацій щодо стандартизації процесів цифрової медичної візуалізації, телерадіології, архівування та передачі діагностичних зображень,
 - 5) підготовки пропозицій щодо гармонізації національного законодавства та підзаконних актів із міжнародними стандартами та найкращими практиками у сфері цифрової радіології,
 - 6) залучення представників центральних органів виконавчої влади, профільних професійних асоціацій, закладів охорони здоров'я, міжнародних партнерів, експертів з цифрового здоров'я, радіології та медичного права;
- доручити Секретаріату Національної ради сформувати склад робочої групи з удосконалення нормативно-правового регулювання у сфері радіології та медичної візуалізації

до 1 грудня 2026 року.

5. Презентація результатів моніторингу, керованого спільнотою (CLM), через інформаційну систему OneImpactUkraine у розрізі регіонів, впровадження механізмів реагування для усунення бар'єрів у доступі до якісних послуг для людей з ТБ з урахуванням специфіки регіонів:

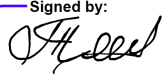
5.1. Інформацію про результати моніторингу, керованого спільнотою (CLM), через інформаційну систему OneImpactUkraine у розрізі регіонів, а також про впровадження механізмів реагування для усунення бар'єрів у доступі до якісних послуг для людей з ТБ з урахуванням специфіки регіонів, що додається, взяти до відома.

5.2. Рекомендовано БО «ТБ ЛЮДИ УКРАЇНИ»:

- розглянути можливість сформувати на основі отриманих даних регіональні профілі щодо виявлених бар'єрів у доступі до якісних послуг для людей з ТБ з урахуванням гендерної складової протягом жовтня 2026 року;
- подати до Секретаріату Національної ради сформовані регіональні профілі щодо виявлених бар'єрів у доступі до якісних послуг для людей з ТБ з урахуванням гендерної складової для їх розгляду на черговому засіданні Комітету з подальшим поширенням з відповідними рекомендаціями для прийняття управлінських рішень на регіональному рівні;

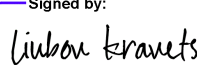
- поширити отриману інформацію в регіони для її врахування в рамках впровадження ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу».

**Заступниця голови Комітету,
завідувачка відділу управління
та протидії туберкульозу ДУ
«Центр громадського здоров'я
МОЗ України»**

Signed by:

EBBFAD0B6A584D1...

Яна ТЕРЛЕЄВА

Секретарка Комітету

Signed by:

A309E728D20A4C9...

Любов КРАВЕЦЬ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

РЕАЛІЗАЦІЯ ІНІЦІАТИВИ «ГРОМАДА, ВІЛЬНА ВІД ТУБЕРКУЛЬОЗУ»

Яна ТЕРЛЕЄВА

Завідувач відділу управління
та протидії туберкульозу
Центру громадського здоров'я



Засідання Комітету з регіональної політики
Національної ради з протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
06 жовтня 2026 року



ЗАГАЛЬНА СИТУАЦІЯ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ



~ 18 000
нових випадків ТБ
щороку



Висока поширеність
мультирезистентного
ТБ (МРТБ)
одна з найвищих у світі



Україна – країна
з високим пріоритетом
для ВООЗ

Потребує прискорених дій
для досягнення цілей ліквідації ТБ

КЛЮЧОВІ ВИКЛИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА СИТУАЦІЮ



ВПЛИВ ВІЙНИ

- **> 220** закладів охорони здоров'я зруйновано
- **> 1 660** пошкоджено
- перебої з електропостачанням, доступом до послуг



СОЦІАЛЬНІ ФАКТОРИ

- внутрішнє переміщення населення
- зовнішня міграція
- бідність та складні життєві умови
- перенаселення



ТЕРИТОРІАЛЬНІ НЕРІВНОСТІ

- у сільській місцевості захворюваність на ТБ на **25–30%** вища, ніж у містах
- обмежений доступ до діагностики та лікування в віддалених регіонах



ДЕФІЦИТ КАДРІВ

- виїзд фахівців за кордон
- робота в умовах підвищеного навантаження
- дефіцит рентгенологів та інших спеціалістів
- ризик переривання надання послуг



РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ТА НЕЗАВЕРШЕННЯ ЛІКУВАННЯ

- високий рівень МРТБ
- переривання та незавершення лікування
- ризик подальшого поширення лікарської резистентності



Попри складні виклики, Україна продовжує забезпечувати діагностику, лікування та підтримку людей з ТБ
і послідовно рухається до досягнення цілей ліквідації туберкульозу.

ДЕРЖАВА СТВОРЮЄ УМОВИ. АЛЕ РЕАЛЬНІ БАР'ЄРИ МАЮТЬ КОНКРЕТНЕ МІСЦЕ.



Тому відповідь на туберкульоз має бути не лише медичною, а багатосекторальною – **на рівні громади.**

НАЦІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА ПРОГРАМИ СТВОРЮЮТЬ ОСНОВУ

-  Закони та нормативна база
-  Діагностика та лікування
-  Профілактика
-  Фінансування та забезпечення ліками
-  Міжнародна підтримка

БАР'ЄРИ НА РІВНІ ГРОМАДИ

Впливають на своєчасне виявлення, доступ до послуг і успішне лікування



ВІДПОВІДЬ: ІНІЦІАТИВА

«ГРОМАДА, ВІЛЬНА ВІД ТБ»

Об'єднує зусилля місцевої влади, медицини, соціальної сфери, освіти, громад і бізнесу для подолання бар'єрів



Усуваючи ці бар'єри разом, ми наближаємо послуги до людини,
забезпечуємо своєчасне виявлення та успішне лікування ТБ у кожній громаді.

ВІД ГЛОБАЛЬНИХ ЦІЛЕЙ ДО РЕАЛЬНИХ ЗМІН У ГРОМАДАХ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

«Громада, вільна від туберкульозу» – український прототип реалізації
Стратегії ВООЗ «Світ, вільний від ТБ» на місцевому рівні



ГЛОБАЛЬНІ ЦІЛІ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ



Цілі сталого
розвитку ООН
(2030)



Стратегія ВООЗ
«Світ, вільний від ТБ»
(End TB Strategy)



Ліквідація ТБ
як проблема
громадського здоров'я
до 2035 року



НАЦІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА СТРАТЕГІЧНІ ДОКУМЕНТИ



Національна стратегія
протидії туберкульозу



Нормативно-правова база



Програми та фінансування



Розвиток системи послуг
і впровадження інновацій



ДІЯ НА МІСЦЕВОМУ РІВНІ «Громада, вільна від ТБ»



Міжсекторальна співпраця



Наближення послуг до людей



Зменшення стигми та підвищення
обізнаності



Підтримка людей з ТБ та
вразливих груп



Використання місцевих ресурсів
і потенціалу громади



ГЛОБАЛЬНІ ЦІЛІ

НАЦІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА

РЕАЛЬНІ ЗМІНИ У ГРОМАДАХ

НОРМАТИВНЕ ПІДґРУНТЯ ДЛЯ РЕАЛІЗАЦІЇ ІНІЦІАТИВИ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ЗАКОНИ ТА НОРМАТИВНА БАЗА

- Закон України «Про подолання туберкульозу»
- Законодавство у сфері охорони здоров'я, соціального захисту, освіти та місцевого самоврядування
- Нормативні акти, що регулюють профілактику, діагностику, лікування та соціальну підтримку людей з ТБ



НАЦІОНАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА СТРАТЕГІЇ

- Національна стратегія розвитку системи протитуберкульозної допомоги
- Державні та регіональні програми протидії ТБ
- Політики у сферах громадського здоров'я, соціального захисту, охорони здоров'я, освіти, інтеграції ВПО



МІЖНАРОДНІ ЗОБОВ'ЯЗАННЯ

- Глобальні цілі сталого розвитку ООН (ЦСР 3.3)
- Стратегія ВООЗ «Світ, вільний від ТБ» (End TB Strategy)
- Міжнародні стандарти та рекомендації ВООЗ
- Участь України у глобальних ініціативах та партнерствах у сфері подолання ТБ



Ініціатива «Громада, вільна від ТБ» реалізується у межах національної політики та міжнародних зобов'язань України щодо подолання туберкульозу,
із залученням усіх секторів на місцевому рівні.





ВІД МЕДИЧНОЇ ВІДПОВІДІ – ДО СПІЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ

Подолання туберкульозу можливе лише за умови об'єднання зусиль **усіх секторів на рівні громади**

ДЕТЕРМІНАНТИ ТБ

Фактори, які збільшують ризик захворювання та ускладнюють доступ до послуг

- Бідність та складні життєві умови
- Несприятливі житлові умови
- Внутрішнє переміщення та міграція
- Стигма та дискримінація
- Обмежений доступ до медичних послуг
- Вразливі групи населення

СПІЛЬНА ДІЯ СЕКТОРІВ У ГРОМАДІ

Координація ресурсів, компетенцій і рішень для усунення бар'єрів та підтримки людей з ТБ



ДОСТУПНІ ПОСЛУГИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ У ГРОМАДІ

Раннє виявлення, якісне лікування та підтримка поруч з людиною

- Скринінг і рання діагностика у громаді
- Якісне лікування та супровід
- Профілактика для контактів і вразливих груп
- Соціальна підтримка та інтеграція
- Боротьба зі стигмою та підвищення обізнаності

ГРОМАДА, ВІЛЬНА ВІД ТБ

Рухаємося до цілей ліквідації туберкульозу

- < 10** випадків ТБ на 100 000 населення
- 0** смертей від ТБ
- 0** катастрофічних витрат для пацієнтів і їхніх родин



Сильні громади — менше бар'єрів, більше можливостей для раннього виявлення, успішного лікування та здорового майбутнього без туберкульозу.



НАЦІОНАЛЬНИЙ РІВЕНЬ: СТВОРЮЄМО УМОВИ ДЛЯ МАСШТАБУВАННЯ ІНІЦІАТИВИ



ЄДИНА РАМКА
ТА ІНСТРУМЕНТИ



СПРОМОЖНІ
ГРОМАДИ



СТАЛІ
МІСЦЕВІ РІШЕННЯ



ЗДОРОВІ ЛЮДИ
СИЛЬНА УКРАЇНА

СПІЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ — СИЛЬНІШІ ГРОМАДИ

Роль ключових учасників у реалізації Ініціативи



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ІНІЦІАТИВА ОБ'ЄДНУЄ ЗУСИЛЛЯ

Кожен сектор має важливу роль. Разом ми створюємо умови, щоб люди мали доступ до профілактики, діагностики, лікування та підтримки.



МІСЦЕВА ВЛАДА ТА ГРОМАДИ

- Лідерство та координація на місцевому рівні
- Інтеграція заходів у місцеві програми
- Забезпечення міжсекторальної взаємодії
- Підтримка сталості ініціатив



СИСТЕМА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

- Раннє виявлення та своєчасне лікування
- Розширення доступу до послуг на рівні первинної ланки
- Експертний супровід громад
- Інтеграція з іншими програмами охорони здоров'я



ІНШІ СЕКТОРИ

- Соціальна підтримка вразливих груп
- Освітні заходи та профілактична робота з дітьми та молоддю
- Покращення житлових і соціально-побутових умов
- Сприяння працевлаштуванню та соціальній інтеграції



ГРОМАДСЬКИЙ СЕКТОР І ПАРТНЕРИ

- Адвокація та подолання стигми
- Підтримка людей з досвідом ТБ та їхніх родин
- Інформаційні кампанії
- Залучення спільнот до планування і реалізації заходів



Спільна відповідальність влади, системи охорони здоров'я, інших секторів, громадського сектору та партнерів — **ключ до сильних, здорових і стійких громад.**



ІНІЦІАТИВА, ЩО ОБ'ЄДНУЄ ГРОМАДИ УКРАЇНИ

«Громада, вільна від туберкульозу» вже охоплює громади в усіх регіонах України



* Станом на вересень 2026 року



436
ГРОМАД

вже приєдналися
до ініціативи
у всіх регіонах
України

Регіони-лідери за часткою приєднаних громад

1	Рівненська	100%
2	Львівська	63%
3	Кіровоградська	53%
4	Миколаївська	52%
5	Дніпропетровська	51%
6	Тернопільська	48%
7	Чернівецька	46%



Ініціатива вже охоплює громади в усіх регіонах України —
**наступний крок полягає не лише в розширенні охоплення,
а й у переході від приєднання до системних дій та вимірюваних результатів.**



ПРИЄДНАННЯ ПРИФРОНТОВИХ ГРОМАД



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ПРИФРОНТОВІ ГРОМАДИ ДІЮТЬ.

Попри війну, обмеження та інші пріоритети — вони взяли відповідальність і залишаються частиною Ініціативи «Громада, вільна від ТБ».

ПРИЄДНАТИСЯ — ЦЕ ЛИШЕ ПЕРШИЙ КРОК

Від декларації про наміри — до системних змін на місцевому рівні



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

1



РІШЕННЯ ПРИЄДНАТИСЯ

- Підписання Меморандуму
- Політична підтримка місцевої влади

2



КОМАНДА В ГРОМАДІ

- Міжсекторальна робоча група
- Чіткі ролі та відповідальність

3



ОЦІНКА ПОТРЕБ І СИТУАЦІЇ

- Аналіз епідеміологічної ситуації
- Виявлення основних бар'єрів
- Визначення пріоритетів

4



МІСЦЕВИЙ ПЛАН ДІЙ

- Конкретні заходи та індикатори
- Інтеграція у стратегії розвитку громади

5



РЕСУРСИ ТА РЕАЛІЗАЦІЯ

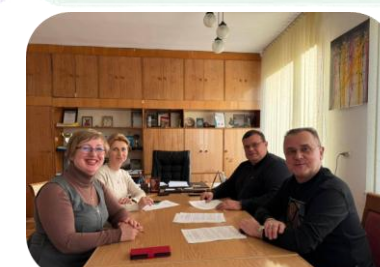
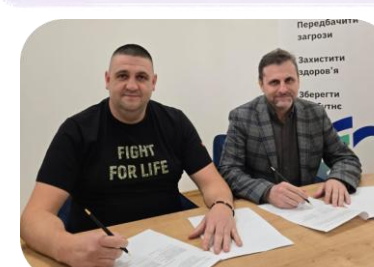
- Використання місцевих ресурсів
- Партнерство з медичними закладами, громадськими організаціями, бізнесом
- Впровадження заходів

6



ВИМІРЮВАНИЙ РЕЗУЛЬТАТ

- Більше людей охоплено послугами
- Раннє виявлення та успішне лікування
- Зменшення стигми
- Здоровіші громади



Успіх Ініціативи вимірюється не кількістю підписаних меморандумів,
а змінами у доступі до профілактики, виявлення, лікування та підтримки людей з ТБ.

ПАРТНЕРСТВО ГРОМАД ЗАРАДИ ЖИТТЯ БЕЗ ТУБЕРКУЛЬОЗУ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ВІД ЗОБОВ'ЯЗАНЬ — ДО КОНКРЕТНИХ РІШЕНЬ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

Громади використовують свої можливості для усунення місцевих бар'єрів та покращення доступу до послуг з профілактики, виявлення, лікування та підтримки людей з ТБ



ДОСТУП ДО ПОСЛУГ

Наближаємо послуги
до людей



Львівська область
Організовано підвіз людей
до медичних закладів



Миколаївська область
Мобільні виїзди
у віддалені населені пункти



РАННЄ ВІЯВЛЕННЯ

Активний скринінг
і діагностика в громаді



Дніпропетровська область
Використання мобільного
рентгену та CAD-AI



Тернопільська область
Скринінгові заходи
для вразливих груп
населення



ПРОФІЛАКТИКА

Зменшуємо ризики
захворювання



Рівненська область
Розширення профілактичного
лікування контактних осіб



Чернівецька область
Інформаційні кампанії
та робота з ключовими
групами



ПІДТРИМКА ЛЮДИНИ

Соціальна допомога
та мотивація до лікування



Кіровоградська область
Соціальний супровід
людей з ТБ та їхніх родин



Івано-Франківська область
Підтримка вразливих груп
і допомога з базовими
потребами



СПРОМОЖНІСТЬ СИСТЕМИ

Місцеві ресурси,
партнерство та сталість



Вінницька область
Місцеве фінансування
заходів протидії ТБ



Хмельницька область
Партнерство з НУО,
підтримка медичних
працівників



Єдиного рішення для **всіх немає**: кожна громада визначає свої бар'єри — і спрямовує ресурси туди,
де вони найбільше впливають на доступ до послуг і результати лікування.



ІНФОРМАЦІЙНО-РОЗ'ЯСНЮВАЛЬНА РОБОТА НА РІВНІ ГРОМАД



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



ПІДВИЩЕННЯ
ОБІЗНАНОСТІ



ЗАЛУЧЕННЯ
ЖИТЕЛІВ ГРОМАД



РОЗПОВСЮДЖЕННЯ
ДОСТОВІРНОЇ ІНФОРМАЦІЇ



ФОРМУВАННЯ
ВІДПОВІДАЛЬНОГО
СТАВЛЕННЯ ДО ЗДОРОВ'Я





НАСТУПНІ КРОКИ: ВІД МАСШТАБУВАННЯ ДО РЕЗУЛЬТАТУ

Пріоритети для подальшого розвитку Ініціативи «Громада, вільна від ТБ»

1



РОЗШИРЮВАТИ МЕРЕЖУ ГРОМАД

- Залучати нові громади та підтримувати приєднані
- Поширювати успішні практики
- Забезпечити індивідуальний супровід громад

2



ПОСИЛЮВАТИ СПРОМОЖНІСТЬ

- Навчання команд громад
- Методичні матеріали та практичні інструменти
- Експертна підтримка регіональних фтизіопульмонологічних центрів

3



ЗАБЕЗПЕЧУВАТИ СИСТЕМНУ ПІДТРИМКУ

- Стійкі механізми фінансування
- Міжсекторальна координація
- Інтеграція з іншими програмами охорони здоров'я
- Залучення партнерів і ресурсів

4



ВПРОВАДЖУВАТИ МОНІТОРИНГ І ОЦІНКУ РЕЗУЛЬТАТІВ

- Відстеження змін у доступі, профілактиці, виявленні, лікуванні та підтримці людей
- Використання даних для управлінських рішень
- Поширення результатів і коригування підходів



СТАЛІ ГРОМАДИ, ВІЛЬНІ ВІД ТБ

Реальні, вимірювані зміни в доступі до послуг і якості життя людей у кожній громаді.



Послідовна реалізація цих кроків дозволить забезпечити якість, сталість та вимірюваний результат Ініціативи в кожній громаді.

«ГРОМАДА, ВІЛЬНА ВІД ТБ» — НАШ СПІЛЬНИЙ РЕЗУЛЬТАТ

Здорові люди, сильні громади, стійка Україна



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я


<10
випадків
на 100 000

Низька
захворюваність


0
смертей

Збережені
життя


0
катастрофічних
витрат

Соціальний
захист людей

Це можливо, КОЛИ МИ ДІЄМО РАЗОМ

Сильні партнери, залучені громади
та людиноорієнтований підхід —
це шлях до України,
вільної від туберкульозу.



ДЕРЖАВА
політика, стандарти,
ресурси



РЕГІОН
координація,
підтримка,
моніторинг



ГРОМАДА
профілактика,
раннє виявлення,
лікування, підтримка



ПАРТНЕРИ
ресурси,
експертиза,
інновації



«Громада, вільна від ТБ» — це не окремий проєкт.
Це модель спільної відповідальності за здорове майбутнє людей і України.



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

ДЯКУЮ ЗА УВАГУ!

**Разом ми можемо побудувати громади,
вільні від туберкульозу.**

Кожна громада має силу змінити ситуацію.
Кожне рішення має значення.
Кожна людина — цінна.

**Об'єднаймо ресурси, знання та відповідальність
заради здорового майбутнього для всіх.**



ПАРТНЕРСТВО
ТА ДІАЛОГ



ЛЮДИНА В ЦЕНТРІ
РІШЕНЬ



МІЖСЕКТОРАЛЬНА
ВЗАЄМОДІЯ



ДОСТУПНІСТЬ
ТА ЯКІСТЬ



ПІДТРИМКА
ТА ТУРБОТА

Громада, вільна від ТБ — це можливо!





КИЇВСЬКА
ОБЛАСНА ВІЙСЬКОВА
АДМІНІСТРАЦІЯ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я



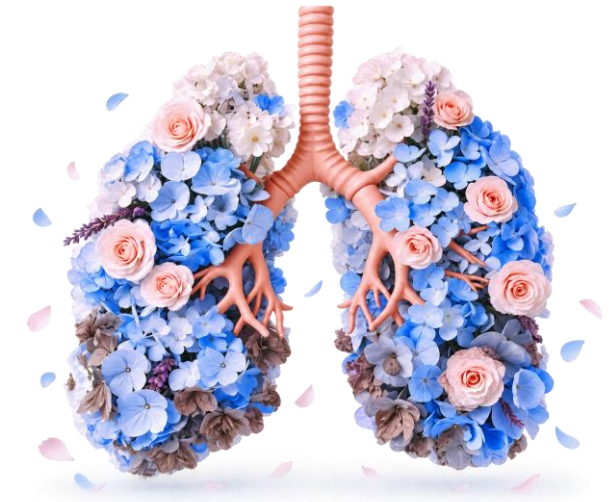
Посилення міжсекторальної взаємодії у подоланні туберкульозу: досвід Київської області

Володимир Кочанов

Програмний менеджер PATH, директор проєкту ASCENT DR-TB

Тетяна Земляк

Директорка Департаменту охорони здоров'я Київської обласної військової (державної) адміністрації



Проект ASCENT DR-TB

Глобальна координація та підтримка країн для прискореного впровадження оновлених рекомендацій ВООЗ щодо лікування лікарсько-стійкого туберкульозу

Фінансування: Unitaid

Ключовий партнер: KNCV

Географія: 8 країн. **Україна**, Ефіопія, Індонезія, Мозамбік, Нігерія, Філіппіни, Південно Африканська Республіка, В'єтнам

Реалізація в Україні: PATH

Терміни: 2025 - вересень 2026 р.

Мета проєкту в Україні:

Підтримка НТП у налагодженні **міжсекторальної співпраці та впровадження ініціативи «Територіальна громада, вільна від ТБ»** в Київській області.



Нормативно-правова база

Закон України від 14.07.2023 № 3269-IX «Про подолання туберкульозу в Україні»

передбачає участь **центральної та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування** у реалізації завдань щодо здійснення протитуберкульозних заходів та забезпечення кожній людині в разі захворювання на туберкульоз безоплатності, доступності та рівних можливостей отримання відповідної медичної допомоги.

Розпорядження КМУ «Про схвалення **Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню на 2024-2026 роки** та затвердження операційного плану заходів з її реалізації» від 02 серпня 2024 р. № 726-р.

визначає реалізацію **багатогалузевого і багатосекторального** підходу до подолання туберкульозу як одну зі стратегічних цілей, а також передбачає впровадження **ініціативи «Територіальна громада, вільна від туберкульозу»** для забезпечення участі ОМС у здійсненні заходів з подолання туберкульозу



«Територіальна громада, вільна від туберкульозу»

Термін «Громада, вільна від туберкульозу» використовується в значенні, при досягненні наступних показників Цілей сталого розвитку ООН та Стратегії «Покласти край туберкульозу» ВООЗ:

0

захворювань
<10/100 000 на рік

0

смертей
від ТБ

0

катастрофічних
витрат через ТБ



ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я

It's time for accountability

Ending tuberculosis by 2030 needs political will, financial resources, multisectoral engagement and community ownership. Accountability ensures that we are on track to reach this goal.



Крок 1. Узгодження плану реалізації проєкту, політична підтримка на рівні області

1. Проведено координаційні зустрічі з ключовими партнерами на обласному та національному рівнях. До планування залучено **КОВА, ДОЗ, КОСМЦ, ЦГЗ МОЗ України та РАТН**. Підписано меморандум між ДОЗ та РАТН щодо реалізації проєкту.
2. Узгоджено спільне бачення, основні напрями роботи, ролі партнерів та послідовність подальших дій.
3. Забезпечено **політичну та управлінську підтримку** на рівні області для подальшого залучення територіальних громад і різних секторів.
4. Сформовано основу для переходу від окремих протитуберкульозних заходів до системної міжсекторальної роботи з громадами.



Перша координаційна зустріч із ключовими партнерами на обласному та національному рівнях, яка запустила реалізацію проєкту

за участі профільного заступника голови КОВА, керівництва Департаменту охорони здоров'я, Київського обласного спеціалізованого медичного центру, завідувача відділу управління та протидії туберкульозу Центру громадського здоров'я МОЗ України, голови представництва РАТН в Україні та менеджерів РАТН.

Ключові партнери та розподіл ролей

Київська обласна військова адміністрація
політична підтримка, залучення громад та структурних підрозділів

Департамент охорони здоров'я
координація, взаємодія з громадами,
ЗОЗ та партнерами

Департамент освіти і науки
Обізнаність в закладах освіти,
протидія стигмі, алгоритм дій при
виявленні ТБ

**Департамент соціального захисту
населення**
соціальний супровід, залучення соц.
послуг, підтримка людей у СЖО

**Київський обласний
спеціалізований медичний центр
(КОСМЦ)**
Координація по ТБ, клінічна
експертиза, маршрутизація,
взаємодія з ПМД

**Київський обласний центр
профілактики і контролю хвороб**
Епіднагляд, аналітика, моніторинг

Неурядові партнери

РАТН – технічна підтримка,
фасилітація координації

ТЧХУ – соціальний супровід та
підтримка

ТБ Люди України – голос людей, що
стикаються з ТБ, адвокація,
інформування

Органи місцевого самоврядування

Заклади охорони здоров'я



Формати залучення: координаційні наради • міжсекторальні візити •
навчання • форум • меморандуми • посилення моніторингу

Залучення територіальних громад області



- Проведено координаційні наради на рівні районів, візити і наради в окремих громадах
- Проведено візити і наради в окремих громадах

[Дивитись відеоролик про реалізацію проекту \(посилання\)](#)

ЗАХІД	ОХОПЛЕННЯ / МІСЦЕ ПРОВЕДЕННЯ	КІЛЬКІСТЬ ЗАЛУЧЕНИХ ГРОМАД
Візити та координаційні зустрічі на рівні громад 2025-2026 рр.	Калинівка, Зазим'я, Калита, Вишгород, Нові Петрівці, Фастів, Боярка, Миронівка, Богуслав, Яготин, Бориспіль, Ставище	12 громад
Міжсекторальні наради на рівні адміністративних районів 2025 р.	Броварський, Вишгородський, Фастівський райони	24 громади
Регіональний форум «Територіальна громада, вільна від туберкульозу: від партнерства до дій» 18 вересня 2026 р.	м. Київ	Всі 69 громад Київської області 120 учасників офлайн 576 онлайн-переглядів

Крок 2. Проведення оцінки

Аналіз епідеміологічних показників та наявних ресурсів, послуг та залученості громади до протитуберкульозних заходів

1. Розроблено **опитувальник** для громад для оцінки наявних ресурсів, послуг та залученості громади до заходів з подолання ТБ.

2. Здійснено **аналіз** епідеміологічних показників у розрізі громад:

- випадки активного ТБ;
- смертність серед зареєстрованих випадків ТБ;
- випадки ТБ серед дітей;
- % виконання ключових заходів: скринінг, флюорографія, БЦЖ, профілактичне лікування ТБ

3. На основі даних підготовлено інформаційні довідки, визначено громади, пріоритетні для проведення міжсекторальних заходів

Структура опитувальника

Демографічний профіль населення

- ✓ ВПО, люди старшого віку, вразливі групи

Медичні ресурси та послуги

- ✓ ПМД, діагностика, скринінг, маршрутизація

Соціальна підтримка

- ✓ соціальні послуги, транспорт, харчування, підтримка людей у СЖО

Роль органів місцевого самоврядування

- ✓ місцеві програми, фінансування, відповідальні особи, координаційні механізми

Партнерства

- ✓ взаємодія з протитуберкульозною службою, ЦКПХ, НУО та іншими партнерами

Інформування та залучення громади

- ✓ інформаційна робота, профілактика, протидія стигмі

Опитувальник [доступний за посиланням](#)

Крок 3. Міжсекторальні візити у громади

Мультисекторальна команда

Департамент охорони здоров'я • Київський обл. спец. мед. центр • Департамент соціального захисту населення • Департамент освіти і науки • Центр громадського здоров'я • PATH

1. Оціночні на наставницькі візити до закладів первинної медико-санітарної допомоги;
2. Координаційні наради в органах місцевого самоврядування / місцевих адміністраціях за участі різних секторів:

голови громад • профільні заступники • керівники або представники місцевих структурних підрозділів • представники служб у справах дітей • фахівці соціального захисту • представники сектору освіти • представники ветеранської політики • старости сіл • керівництво ЗОЗ громади • відповідальні за напрям ТБ.



Ключові питання

- організація виявлення, діагностики та лікування ТБ на рівні ПМД;
- маршрути пацієнтів та взаємодія громада – ПМД – КОСМЦ – ЦКПХ;
- охоплення груп ризику скринінгом та обстеженням;
- доступні соціальні послуги та підтримка людей з ТБ / у СЖО;
- роль освіти у підвищенні обізнаності та протидії стигмі;
- взаємодія між медициною, соціальним захистом, освітою, службами у справах дітей, старостами та іншими структурами громади;
- наявні місцеві ресурси, програми та можливості їх залучення до заходів з подолання ТБ.

Крок 4. Узагальнення результатів на рівні адміністративних районів

Проведено наради на рівні адміністративних районів:

1. представлено узагальнені результати візитів;
2. поширено успішні підходи;
3. порівняно ситуацію між громадами;
4. стимульовано інші громади до активнішого залучення;
5. сформовано ширше бачення подальших дій;
6. обговорено бар'єри на рівні громад у реалізації заходів з подолання ТБ.



Голів громад та профільних заступників було запрошено самостійно представити модель реалізації мультисекторального підходу у своїй громаді.

Громади перейшли від участі в обговоренні до представлення власних моделей дій

- До реалізації мультисекторального підходу залучено ширше коло громад
 - Посилено лідерство органів місцевого самоврядування
 - Поширено практичні моделі взаємодії між секторами

Крок 5. Інституціоналізація моделі: координація, моніторинг

Формалізовано координацію на обласному рівні - тристоронній меморандум між ДОЗ, КОЦКПХ та КОСМЦ

Меморандум включає **розподіл ролей і механізми взаємодії** між установами, епідеміологічний нагляд, аналіз даних та моніторинг заходів, взаємодію протитуберкульозної служби та ПМД, роботу з контактними особами та осередками ТБ, інформаційна, методична та навчальна підтримка

Посилено готовність первинної медичної допомоги

КОСМЦ започаткував **навчання на базі закладу** для сімейних лікарів з підготовки ПМД до розширення її ролі у веденні людей з ТБ після 1 вересня 2026 року.

Додатково **навчання фахівців також підтримано в межах проекту «Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні»**

Запроваджено регулярний моніторинг громад

Встановлено **щомісячне надання інформації до КОСМЦ** з наростаючим підсумком про виконання заходів з подолання ТБ у громадах (лист від КОВА)

Розширено інформаційну базу для обласного планування з урахуванням діяльності релокованих ЗОЗ

додатковий збір інформації щодо **релокованих закладів** охорони здоров'я з Донецької та Луганської областей, які фактично працюють у громадах Київщини

Ініційована формалізація міжсекторальної взаємодії

Підготовлено типовий формат **меморандуму** для територіальних громад з чітко визначеними ролями та відповідальністю громади, ЗОЗ та партнерів;

Сторони: ЗОЗ (ПМД та спеціалізовані), ОМС, ДОЗ, КОСМЦ, КОЦКПХ, Київська обласна організація ТЧХУ, ТБ Люди України

КОВА ініціювала процес їх підготовки та укладення.

Міжсекторальний форум «Територіальна громада, вільна від туберкульозу»

18 вересня 2026 року, м. Київ

Форум став **підсумковою платформою** для представлення досвіду Київської області та обговорення подальших кроків із посилення міжсекторальної взаємодії у громадах.

Розглянуто практичні питання:

- фінансування та роль ПМД у веденні людей з ТБ;
- координація між ПМД, спеціалізованою протитуберкульозною службою, ЦКПХ;
- роль соціального захисту й освіти;
- підтримка людей з ТБ та протидія стигмі;
- роль громад у плануванні та реалізації місцевих заходів.

Представники громад презентували **практики та моделі міжсекторальної взаємодії**, що **посилило їхню роль як безпосередніх лідерів** реалізації ініціативи.



30 територіальних громад формалізували участь в ініціативі «Територіальна громада, вільна від туберкульозу» шляхом підписання меморандумів про співпрацю

120

учасників
офлайн

576

онлайн-
переглядів

69

громад
охоплено

Відеозапис форуму **доступний за посиланням.**

30 громад Київщини, які формалізували участь в ініціативі «Територіальна громада, вільна від ТБ»

Територіальні громади Київської області,
що закріпили наміри міжсекторальної співпраці шляхом укладання меморандумів

Білоцерківський район — 4

Володарська • Ковалівська • Сквирська • Узинська

Бориспільський район — 3

Бориспільська • Переяславська • Яготинська

Бучанський район — 8

Білогородська • Бородянська • Борщагівська •
Бучанська • Гостомельська • Дмитрівська •
Макарівська • Немішаївська

Броварський район — 6

Баришівська • Березанська • Зазимська • Згурівська •
Калинівська • Калитянська

Вишгородський район — 3

Димерська • Іванківська • Поліська

Обухівський район — 2

Миронівська • Ржищівська

Фастівський район — 4

Боярська • Калинівська • Томашівська • Фастівська

30 громад Київщини, які формалізували участь в ініціативі «Територіальна громада, вільна від ТБ»

Ролі та можливості громад у подоланні ТБ, закріплені в меморандумах

1. Лідерство та планування

- забезпечує лідерство у подоланні ТБ на місцевому рівні;
- інтегрує заходи з ТБ у місцеві програми та планування;
- залучає організаційні й фінансові ресурси громади.

2. Міжсекторальна координація

- визначає відповідальних осіб;
- координує охорону здоров'я, соцзахист, освіту, служби у справах дітей, старост та інші структури;
- виносить питання ТБ на місцеві координаційні та дорадчі органи.

3. Виявлення ТБ та доступ до послуг

- сприяє скринінгу та роботі виїзних мультидисциплінарних команд;
- забезпечує залучення груп підвищеного ризику;
- сприяє доступу до медичних і соціальних послуг ВПО, людей без документів та інших вразливих груп.

4. Соціальний супровід та підтримка

- залучає соціальних працівників до супроводу людей з ТБ;
- допомагає вирішувати соціальні й організаційні бар'єри до діагностики та лікування;
- підтримує людей, які потребують додаткової допомоги.

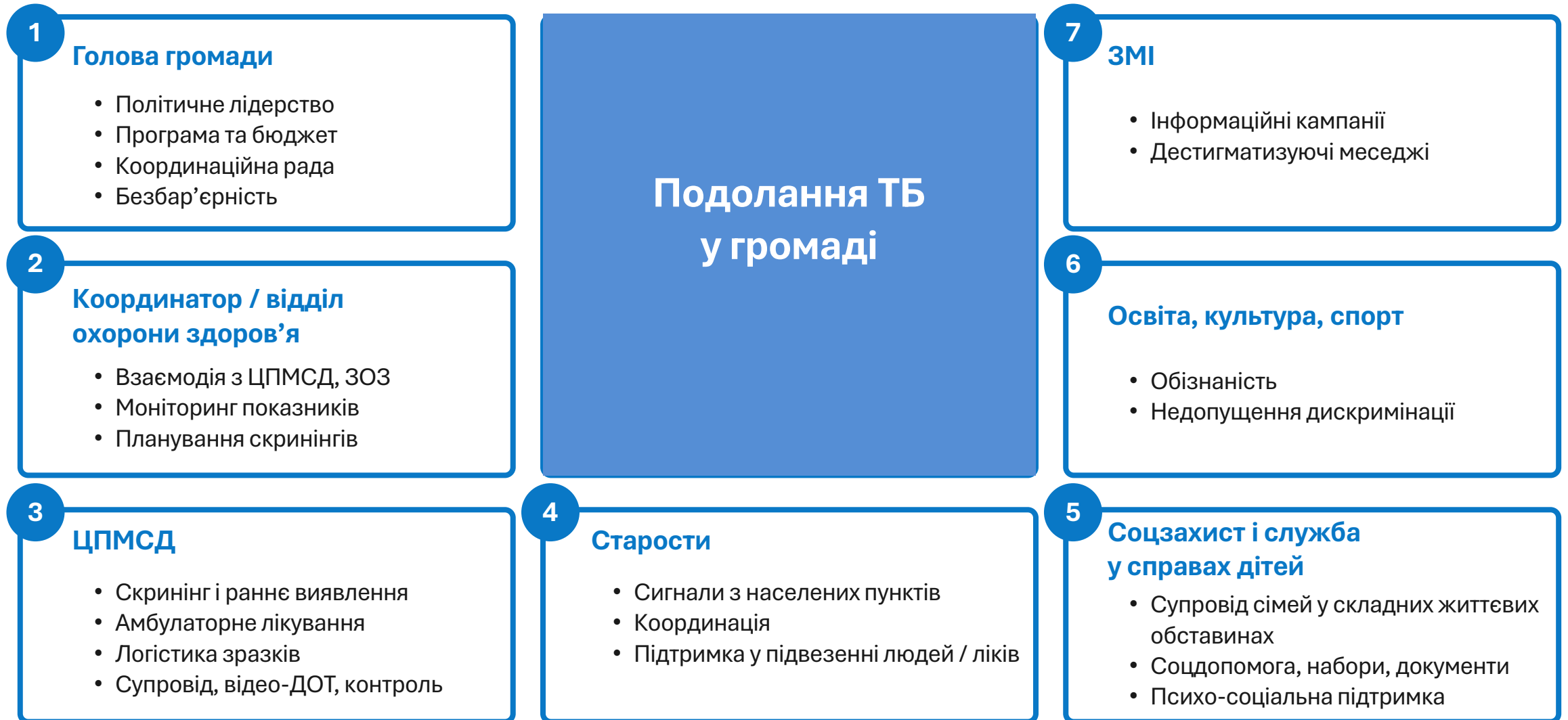
5. Залучення всіх надавачів і партнерів

- залучає державні, приватні заклади та ФОП;
- координує взаємодію з іншими місцевими структурами та партнерами;
- забезпечує підзвітність і спільну реалізацію заходів

6. Інформування та протидія стигмі

- проводить інформаційні кампанії;
- залучає освіту, культуру і спорт;
- протидіє стигмі та дискримінації;
- працює з соціальними детермінантами здоров'я та підтримує реінтеграцію людей після ТБ.

Міжсекторальна взаємодія для подолання ТБ: ролі



Роль освіти у протидії туберкульозу в Київській області



ОСОБЛИВОСТІ ПРОСВІТНИЦЬКОЇ РОБОТИ ЩОДО ЗАПОБІГАННЯ ЗАХВОРЮВАННЮ НА ТУБЕРКУЛЬОЗ ТА ПОДОЛАННЯ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ

методичні рекомендації для педагогічних працівників закладів дошкільної та загальної середньої освіти

75

педагогів
підготовлено

69

громад
охоплено

Що вже зроблено

Навчання педагогів із громад та обласних закладів інституційного догляду за участю МОН України, за підтримки **TB People Ukraine**.

Освіта не діагностує і не лікує ТБ. Вона допомагає вчасно поінформувати, правильно відреагувати, перенаправити та не допустити стигматизації.

Наступні кроки

- спільно із закладами охорони здоров'я, ЦПМСД, Київським обласним центром контролю та профілактики хвороб, службами у справах дітей і надавачами соціальних послуг актуалізувати міжвідомчий алгоритм взаємодії;
- визначити відповідальних осіб за координацію роботи та перенаправлення до медичних установ;
- проводити навчання педагогів щодо симптомів, профілактики, алгоритму дій і безпечної комунікації;
- забезпечити системну просвітницьку роботу з дітьми та батьками;
- посилити увагу до санітарно-гігієнічних і протиепідемічних заходів;
- забезпечувати міжвідомчий супровід сімей, які потребують додаткової підтримки;
- періодично аналізувати результативність заходів і надавати узагальнену інформацію Департаменту освіти і науки Київської ОДА.

Роль соціального захисту у протидії туберкульозу в Київській області

Доступ до обстежень

Доступ до профілактичних обстежень для осіб похилого віку та осіб з інвалідністю

Виявлення

Виявлення осіб, які потребують додаткової уваги та медичного спостереження

Перенаправлення

Перенаправлення до закладів охорони здоров'я при виявленні підозри

Соціальний супровід

Інформування та підвищення обізнаності отримувачів соціальних послуг щодо туберкульозу

Інформування

Соціальний супровід та підтримка людини на всіх етапах лікування

2 004

отримувачі соціальних послуг охоплені профілактичними обстеженнями

710

за допомогою виїзного флюорографа (8 виїздів)

33

особи направлено на додаткове обстеження

29

інформаційно-просвітницьких заходів

2

випадки ТБ підтверджено



Виявити → Направити → Підтримати → Супроводжувати → Запобігти поширенню

Успішні практики: Вишгородська громада

Місцева програма

Вишгородська міська територіально громада затвердила **місцеву програму подолання ТБ на 2025–2027 роки** з фінансуванням з місцевого бюджету на **478,8 тис. грн.**

Що передбачено

- рентгенологічний скринінг для сільського населення
- транспортування зразків до лабораторії для тестування рекомендованими ВООЗ швидкими методами
- закупівля бактерицидних УФ-ламп для амбулаторій ПМД
- закупівля туберкуліну для діагностики ТБ у дітей із груп ризику (2025 р.)

ВИШГОРОДСЬКА МІСЬКА РАДА КИЇВСЬКОЇ ОБЛАСТІ

Шістдесята сесія VIII скликання

РІШЕННЯ

21 серпня 2025 року

м. Вишгород

№ 60/9

Про затвердження Програми подолання туберкульозу на території Вишгородської міської територіальної громади на 2025-2027 роки



Успішні практики. Калинівська та Зазимська громади Броварського району

Фахівці первинної медичної допомоги продемонстрували високий рівень залученості у виявлення випадків ТБ та ЛС ТБ **серед ключових груп ризику.**

Для формування груп ризику та розширення охоплення скринінгом ЦПМСД тісно **співпрацює з місцевими міжсекторальними партнерами**, такими як **центр надання адміністративних послуг, поліція, соціальна служба.**

Крім того, ЗОЗ активно реалізує **локальні ініціативи:**

Забезпечення санітарними автомобілями: медичних амбулаторій, соціального захисту/центру надання соціальних послуг (соціальне таксі) та їх утримання, соціальний та психологічний супровід пацієнта, безкоштовна діагностика широкого спектру лабораторних досліджень

Підтримка медичного персоналу: програми місцевих стимулів, облаштування робочого місця, підтримка безперервного професійного розвитку

Комунікація з мешканцями: сайти територіальних громад, соціальні мережі, періодичні видання, телеграм канал, сайт первинного центру



Мультисекторальна команда провела зустріч із головами Калинівської та Зазимської громад, а також із представниками освітнього та соціального секторів місцевих органів самоврядування.

Практика демонструє, як громада може залучати місцеві ресурси для наближення послуг і підтримки людей.

Модель впровадження та підходи до подолання туберкульозу із залученням громад

1

Узгодження плану

координація
партнерів і
політична
підтримка

2

Оцінка ситуації

епідпоказники,
ресурси, послуги,
залученість
громад

3

Міжсекторальні візити

наради у громадах
і робота з ПМД

4

Районне узагальнення

поширення
практик і
залучення
ширшого кола
громад

5

Інституціоналізація

меморандуми,
моніторинг,
навчання, сталі
процеси

ОБІЗНАНІСТЬ

стосовно
епідеміологічної
ситуації в громаді

МУЛЬТИСЕКТОРАЛЬНІСТЬ

взаємодія місцевого
самоврядування,
ЗОЗ, ЦКПХ, НУО, секторами

ДОСТУПНІСТЬ

до надання медичних послуг
населенню, що проживає в громаді
(задеклароване населення в
ЦПМСД громади, задеклароване
населення в ЦПМСД іншої громади,
незадеклароване населення,
населення без документів)

ІНФОРМОВАНІСТЬ

просвітницька робота в ЗОЗ,
закладах освіти, центрах соціальних
послуг, ветеранських хабах

ЗАОХОЧЕННЯ

проведення профілактичних
скринінгових заходів, інформаційно-
просвітницьких заходів, місцеві
програми

СОЦІАЛЬНА ЗАХИЩЕНІСТЬ

попередження
стигми та
дискримінації,
соціальна
підтримка, опіка та
супровід

Дякуємо

Ми щиро вдячні партнерам, закладам охорони здоров'я, лідерам територіальних громад за відданість справі та внесок у втілення національних пріоритетів у конкретні дії на місцевому рівні.



Рух до **безбар'єрності** та перехід на інтегровану, **орієнтовану на потребу людей** модель у сфері подолання ТБ вимагають чіткої **координації** й активної участі як керівництва територіальних громад, так і широкого кола партнерів.

Спільна робота дозволяє руйнувати фізичні, інформаційні, цифрові, соціально-економічні та психологічні бар'єри, що наближає медико-соціальні послуги до людей.

ЗДОРОВ'Я ТА ГІДНІСТЬ - НАЙВИЩІ ЦІННОСТІ

Територіальна громада вільна від туберкульозу





**Розширення доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному
рішенню з штучним інтелектом (ШІ) та рентгенологічною інформаційною
системою (PIS): практичний досвід в рамках реалізації проєкту
«Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні», що фінансується Урядом
США та впроваджується PATH**

Олена Павленко

Менеджер проєкту «Підтримка зусиль у протидії ТБ в Україні», PATH

6 жовтня 2026

Що заважало своєчасно діагностувати туберкульоз

Плівка та хімічна обробка

Знімки друкували на спеціалізованій плівці, що потребує хімічної обробки, — це дорого й обтяжливо для закладів.

Знімки «на флешці»

Зображення передавали на флеш-накопичувачах, або рентгенолог мусив їхати до центрального закладу.

Мобільний скринінг без опису на місці

Під час виїздів опис знімків був можливий лише після повернення бригади до базового закладу.

Дефіцит рентгенологів

Нестача фахівців через мобілізацію та виїзд за кордон подовжувала строки опису й діагностики.

Залежність ЛКК від архіву плівок

Засідання комісій потребували фізичної присутності рентгенолога з архівними плівками.



Покрокова модель впровадження PACS/RIS у регіоні



Середній строк повного розгортання на рівні закладу — близько трьох тижнів (досвід Кіровоградської області).

Що заклад отримуватиме разом із системою

1

Централізований серверний архів

Зберігання рентген- і КТ-зображень із віддаленим доступом для рентгенологів.

2

Миттєве завантаження під час виїзду

Передача зображень із будь-якої точки, зокрема через мобільний інтернет Starlink.

3

Інтеграція за стандартом DICOM

Обмін даними з локальними та національними медичними інформаційними системами.

4

Передача результатів лікарю

Захищений доступ сімейних лікарів до знімків за QR-кодом або посиланням.

5

Порівняння з архівом

Зіставлення знімка з попередніми — щоб не направляти повторно пацієнтів

6

Подвійне читання знімків

Друга думка рентгенолога для підвищення точності діагностики.

Поверх системи додатково працює ШІ-аналіз знімків — Lunit INSIGHT CXR та Hevi Akciger.



Хронологія масштабування PACS: від одного закладу до 22 областей

Червень 2022	● Львів	Запит Центру легеневого здоров'я; закупівля комплексу RIS
Лютий 2023	● Львів	Старт 3 лютого — перший заклад: 17 597 рентген-досліджень і 1320 КТ
Червень 2024	● Чернігів	Обласна лікарня: 124 активні користувачі, 17 729 зображень
Серпень 2024	● Київська обл.	Обласний спеціалізований центр: 14 користувачів, 1 066 зображень
Грудень 2024	● Вінниця	Обласний спеціалізований центр: 31 користувач, 3 851 зображення
Січень 2025	● Кіровоград	11 рентген- і КТ-апаратів під контролем закладу
Квітень 2025	● Закарпаття	2 859 зображень, 43 користувачі
Жовтень 2025	● 15 областей	16 закладів; 109 968 зображень, 512 користувачів
Жовтень 2026	● 22 області	

Географія покриття: 15 областей із розгорнутою системою



■ Система працює, дані за II квартал 2026 року ■ Підключення розпочато ■ Очікується рішення регіону

Схематична карта: розташування областей наведено умовно. Волинська, Івано-Франківська область представлена двома закладами.

Штучний інтелект поверх цифрового архіву

Lunit INSIGHT CXR

Встановлено у 7 ТБ-центрах і мобільних бригадах. Працює офлайн — знімок можна описати просто під час виїзду.

Hevi Akciger

Серверна версія для PACS, встановлена у 8 ТБ-центрах. Швидкий тріаж і виявлення ознак туберкульозу.

110 000+

знімків опрацьовано за допомогою ШІ протягом Шостого року проєкту

Чернігівщина: мобільна модель зі ШІ та телемедициною у прифронтових громадах, забір мокротиння на місці

31

виїздів у віддалені населені пункти

2135

особу обстежено

5

випадків ТБ підтверджено дослідженням мокротиння

1,5

добі — від скринінгу до початку лікування

Остаточне діагностичне рішення завжди ухвалює лікар — ШІ лише прискорює тріаж.



Що визначає успіх впровадження

1 Ініціатива з боку закладу

Усі успішні впровадження почалися з письмового запиту закладу, а не з рішення «згори».

2 Один заклад — усі апарати

Підключаються і цифрові стаціонарні, і пересувні, і портативні апарати; часткове підключення зберігає паперові процеси.

3 Навчання на робочому місці

Рентгенологи і рентгенлаборанти опановують систему в реальних умовах перших днів роботи.

СОПи закріплюють практику

Без стандартних процедур робота в системі залежить від конкретних людей, а не від процесу.

5 Зв'язок як передумова

Мобільний інтернет, зокрема Starlink, передає знімки з виїзду; офлайн-режим ШІ страхує без зв'язку.



Досвід України на міжнародному рівні

Всесвітня конференція Союзу з питань здоров'я легень, Копенгаген, 18–21 листопада 2025 року

ЕЛЕКТРОННИЙ ПОСТЕР № 2008

Reducing diagnostic delays through a Radiology Information System in Kirovohrad Oblast, Ukraine

Скорочення діагностичних затримок: 11 апаратів, 24 користувачі, 2 929 знімків;
час до опису — з 96 до 7 годин.

ТЕЗИ № 968

Integration of a picture archiving and communication system into TB clinical review committees in Chernihiv Oblast, Ukraine

Інтеграція PACS у роботу комісій: 104 засідання, 584 пацієнти у 2025 році, час на пацієнта — з 20 до 10–12 хвилин.

Досвід також представлено на національній конференції «Від інновацій до стійкості — шість років поступу» 23 вересня 2025 року в Києві.



Дякуємо за увагу!



РІС + ШІ: як цифрова інтеграція змінила рентгенологічну допомогу

Практичний досвід Кіровоградської області

Галина ГОРЕНКО

генеральна директорка КНП «Кіровоградський обласний фтизіопульмонологічний медичний центр КОР»

членкиня Комітету з регіональної політики Національної ради

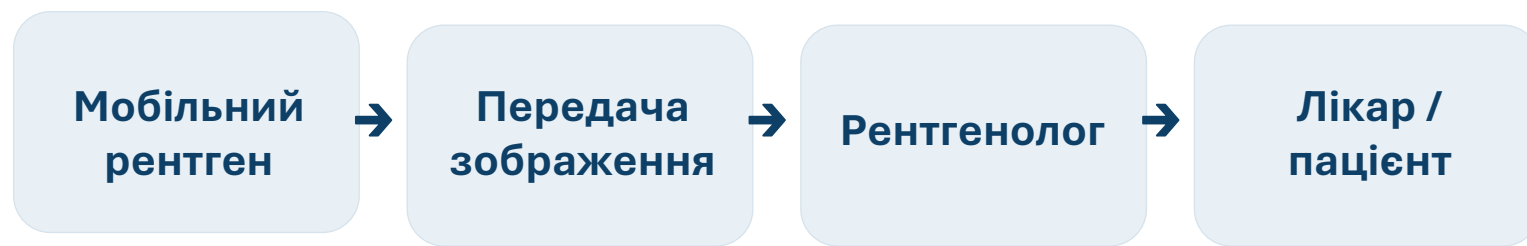


Проблема була не в тому, щоб зробити знімок

Вузьким місцем був шлях зображення до лікаря та результату — до пацієнта

До РІС

- ✓ паперові та розрізнені процеси
- ✓ обмежений доступ до архіву
- ✓ опис після повернення мобільної команди
- ✓ складніше порівнювати дослідження у динаміці
- ✓ затримка передачі результатів у райони



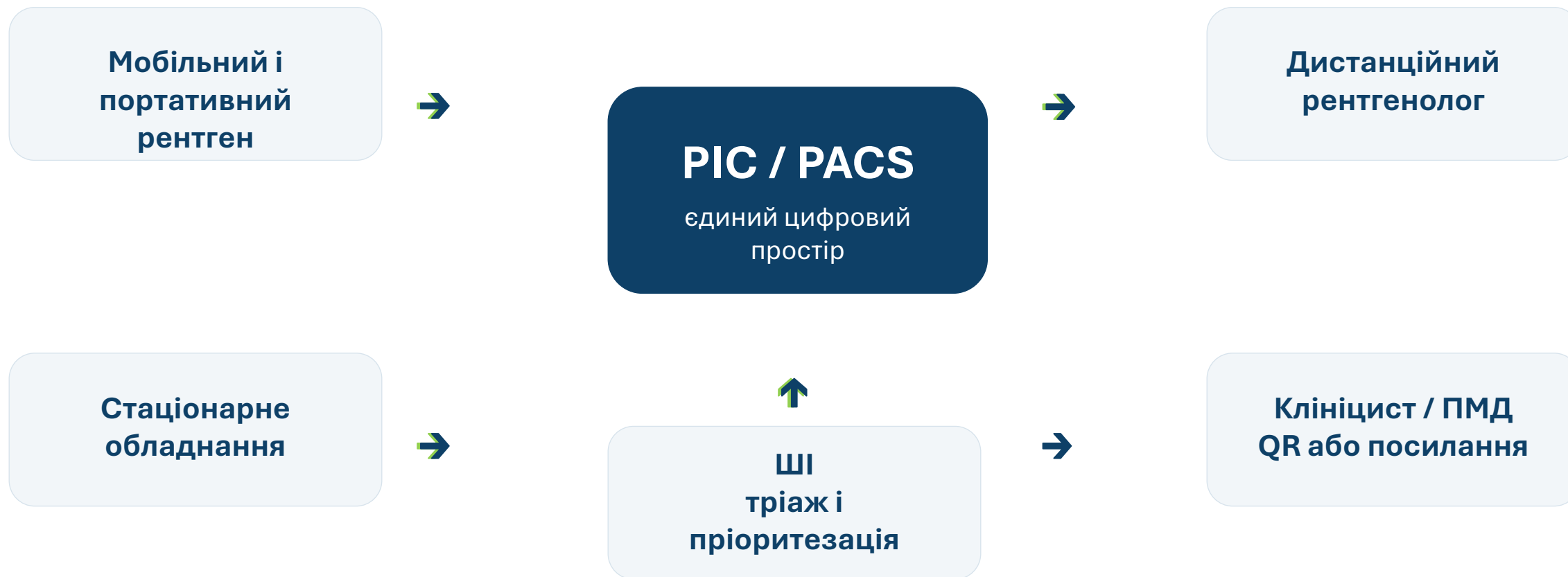
Коли між цими етапами є затримка, мобільний скринінг втрачає частину своєї ефективності.

Особливо це критично для віддалених громад, де людину може бути складно повторно залучити до маршруту.

Що ми змінили: створили єдиний цифровий контур



PIC об'єднала обладнання, архів, лікарів, мобільні команди та інструменти ШІ



Зображення завантажується одразу з місця обстеження • централізовано зберігається • доступне для віддаленого опису та порівняння з архівом



Як змінився щоденний робочий процес

Цифровізація дала ефект не лише рентгенологу — вона змінила взаємодію всієї команди

Рентгенолог

- ✓ структуровані шаблони
- ✓ автоматизоване формування висновку
- ✓ порівняння попередніх знімків
- ✓ дистанційний опис без втрати якості

Швидше опис

Клініцист

- ✓ оперативний доступ до зображень і висновку
- ✓ перегляд у динаміці
- ✓ підтримка консилиумів і ЦЛКК
- ✓ менше ручної передачі даних

Швидше рішення

Керівник

- ✓ автоматична статистика
- ✓ контроль часу очікування
- ✓ аналіз навантаження
- ✓ дані для управлінських рішень

Керованіший процес



Результат, який відчувається у часі

Порівняння робочого процесу до та після інтеграції РІС

96 → 6,5 год

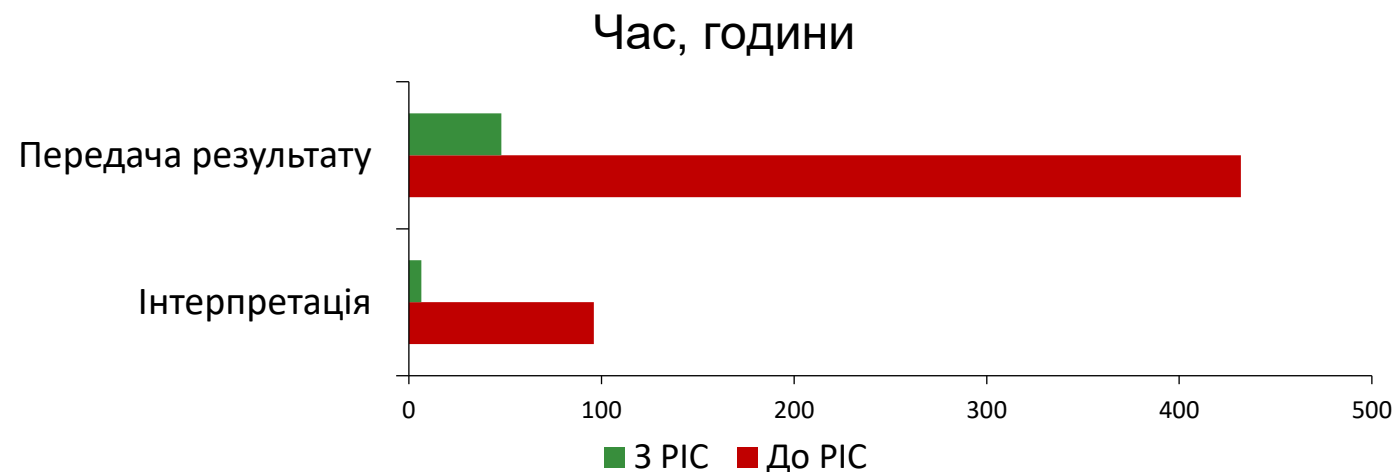
середній час: обстеження →
інтерпретація
≈ 14,8 раза швидше

432 → 48 год

інтерпретація → передача
результату лікарю
9 разів швидше

≈ 3 тижні → 2 дні

практичний шлях результату
до місця, де приймається
рішення



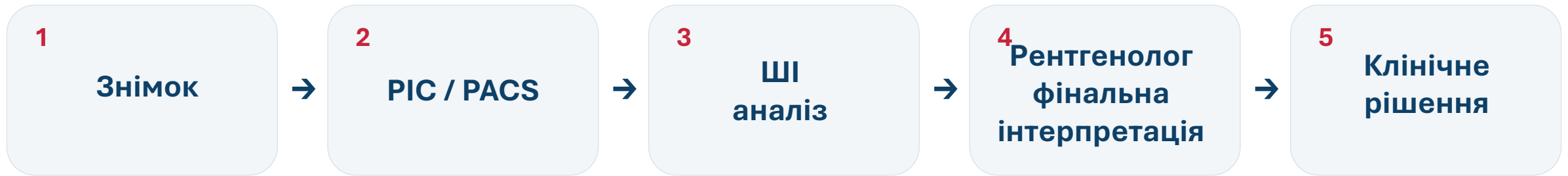
10 152

рентген-дослідження
у період роботи з РІС
(лютий–грудень 2025)

ШІ — не заміна лікаря, а інструмент для швидшого маршруту



У нашій моделі ШІ працює поруч із PIC як допомога для тріажу та пріоритезації



450 → 2 542

зображень,
проаналізованих ШІ

8% → 17%

частка зображень із ШІ-
аналізом

5 → 5

кількість рентгенологів
не змінилася

Отже, прискорення було досягнуто завдяки зміні процесу, а не збільшенню штату.

Що це дало закладу і регіону



Ключова зміна — від окремих цифрових інструментів до безперервного маршруту

Для пацієнта

менше очікування результату
швидший перехід до наступного етапу
допомоги

Для мобільної команди

знімок не «їде» назад разом із командою
опис може початися ще під час виїзду

Для лікаря

доступ до зображень незалежно від місця
архів і динаміка в одному середовищі

Для системи

масштабований дистанційний опис
аналітика та контроль якості

РІС перетворила технологію на організований клінічний процес.



Що зробило впровадження успішним

Наш практичний досвід для масштабування

- | | | |
|----|-------------------------------|---|
| 01 | Командна
робота | активне залучення лікарів, IT-фахівців та адміністрації |
| 02 | Навчання | поступова адаптація персоналу до нового процесу |
| 03 | Технічна
підтримка | оперативна взаємодія з провайдером і розробниками |
| 04 | Гнучкість | адаптація функціоналу під реальні потреби закладу |

Принцип, який ми винесли з цього досвіду:

максимальний ефект дає пакет «рентген + ШІ + PIS», а не окремі цифрові рішення.

**Головний результат — не сама система.
Головний результат — швидший шлях до рішення.**

14,8×

швидше до
інтерпретації

9×

швидше до передачі
результату

**без збільшення
штату**

той самий склад
рентгенологів

Розширення доступу до діагностики та лікування ТБ завдяки мобільному рішенню з штучним інтелектом та рентгенологічною інформаційною системою практичний досвід КНП «Чернігівська обласна лікарня» ЧОР в рамках реалізації проєкту «Підтримка зусиль з протидії ТБ в Україні», що фінансується Урядом США та впроваджується PATH.

**Карпенко Жанна Вікторівна
Завідувач ВСП «Центр фтизіатрії»**



Передумови впровадження мобільного R-скринінгу з штучним інтелектом та система зберігання і обміну зображення (PACS)



Інфраструктура

Пошкоджені заклади,
втрата медичного
обладнання та
автотранспорту.



Дефіцит кадрів

Нестача лікарів-
рентгенологів.



Затримки діагностики

Підтвердження ТБ
після виїзду займало
близько 5 діб.



Формат ЦЛКК

Обов'язкова фізична
присутність лікаря та
паперовий архів.

Ключова потреба:

доступ до цифрових знімків у реальному часі з метою виявлення ТБ у громадах під час виїздів

Три взаємодоповнюючі компоненти

1

Мобільний R-скринінг

Виїзди портативного рентген-апарату безпосередньо у територіальні громади.

2

Штучний інтелект (Lunit)

Автоматичний аналіз знімка на місці для швидкого виявлення людей з R-ознаками ТБ

3

Система PACS + ШІ Hevi

Централізоване зберігання знімків у форматі DICOM- із дистанційним доступом для перегляду лікарями + обробка ШІ.





Від R-скринінгу до призначення лікування ТБ у громадах

КРОК 01

**Портативний
рентген апарат**

**R-скринінг у
громаді**



КРОК 02

ШІ-інтерпретація

**Аналіз знімку ШІ
Lunit INSIGHT на
місці. При підозрі
на ТБ - збір
мокротиння для
дообстеження**



КРОК 03

**Передача в
PACS+ШІ**

**Централізований
R-архів**



КРОК 04

**Перегляд
лікарями**

**Консультування
фтизіатром /
рентгенологом**



КРОК 05

**Встановлення
діагнозу ТБ**

**Призначення
лікування**





Роль PACS та ШІ у пришвидшенні діагностики ТБ

ДО ВСТАНОВЛЕННЯ PACS

5 діб

Час від підозри до початку лікування

ПІСЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ PACS

2 доби

Час від підозри до початку лікування



-60%

Скорочення тривалості діагностичного періоду

Завдяки впровадженню і використанню ШІ, PACS медична послуга з R-скринінгу максимально наближена до мешканців віддалених громад, дозволяє діагностувати ТБ он-лайн та суттєво скоротити терміни від отримання результатів R-скринінгу до встановлення діагнозу ТБ та початку лікування - з 5 до 2 діб



Трансформація роботи ЦЛКК завдяки PACS

	Кількість засідань на тиждень	До PACS 3 – 4 засідання	→	Після PACS 2 засідання	Зменшення на 45%
	Розгляд пацієнтів за 1 засідання	До PACS 3 – 5 осіб	→	Після PACS 6 осіб	Зростання на 83%
	Час на розгляд 1 пацієнта	До PACS 20 хвилин	→	Після PACS 10 – 12 хвилин	Скорочення на 45%

Завдяки постійному доступу до цифрового формату R-архіву через PACS фізична присутність лікаря-рентгенолога на засіданнях ЦЛКК стала необов'язковою, зменшилося навантаження на лікарів при збільшенні кількості розглянутих випадків



Результати мобільного R-скринінгу у громадах (9 міс. 2026)



2 135

Обстежено осіб з груп
ризик



169

Осіб зі змінами в
легенях, що свідчать
про патологію



25

Осіб з R-ознаками ТБ



5

Підтверджених випадків
ТБ



144

Осіб з різною
потологією ОГК



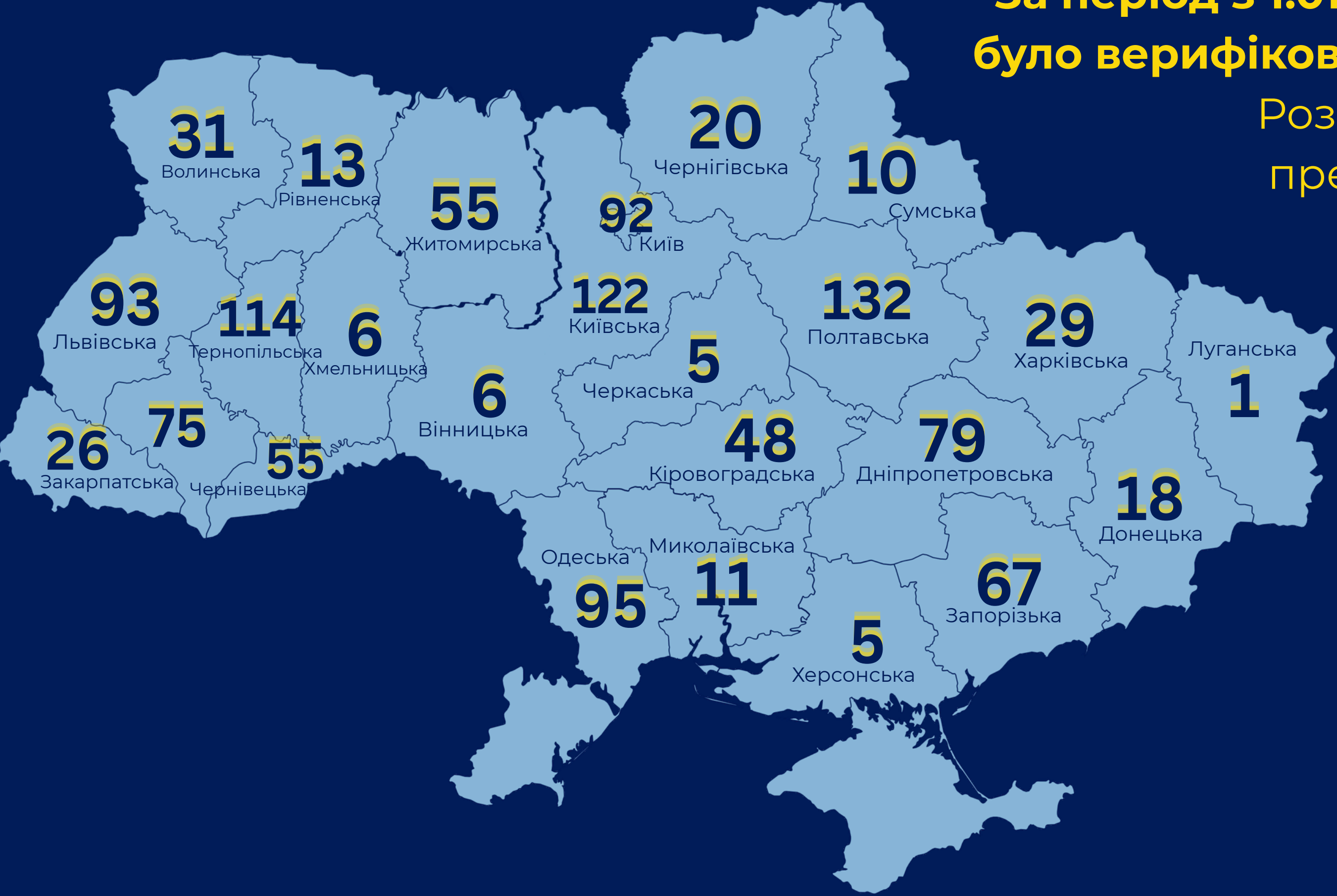
Досягнення із використанням ШІ та PACS

- Оптимізація скринінгового алгоритму для попереднього аналізу знімків і сортування осіб із підозрою на ТБ, для збору мокротиння на місці
- Підвищення пропускної спроможності ЦЛКК і скорочення часу на розгляд 1 пацієнта
- Зменшення залежності від наявності рентгенолога на ЦЛКК
- Збільшення кількості розглянутих випадків рентгенологами
- Скорочення часу на встановлення діагнозу

ШІ не замінює лікаря, а підсилює його роботу — остаточне рішення завжди приймає рентгенолог

**За період з 1.01.2026 по 31.08.2026
було верифіковано 1208 звернень**

**Розподіл за областями
представлено на мапі.**



За період з 1.01.2026 по 31.08.2026 було верифіковано 1208 звернень

Інші бар'єри

З них **40%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **60%** — від мешканців міста; **60%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **40%** — що бар'єр впливає на прихильність.

Труднощі з доступом до медичної допомоги

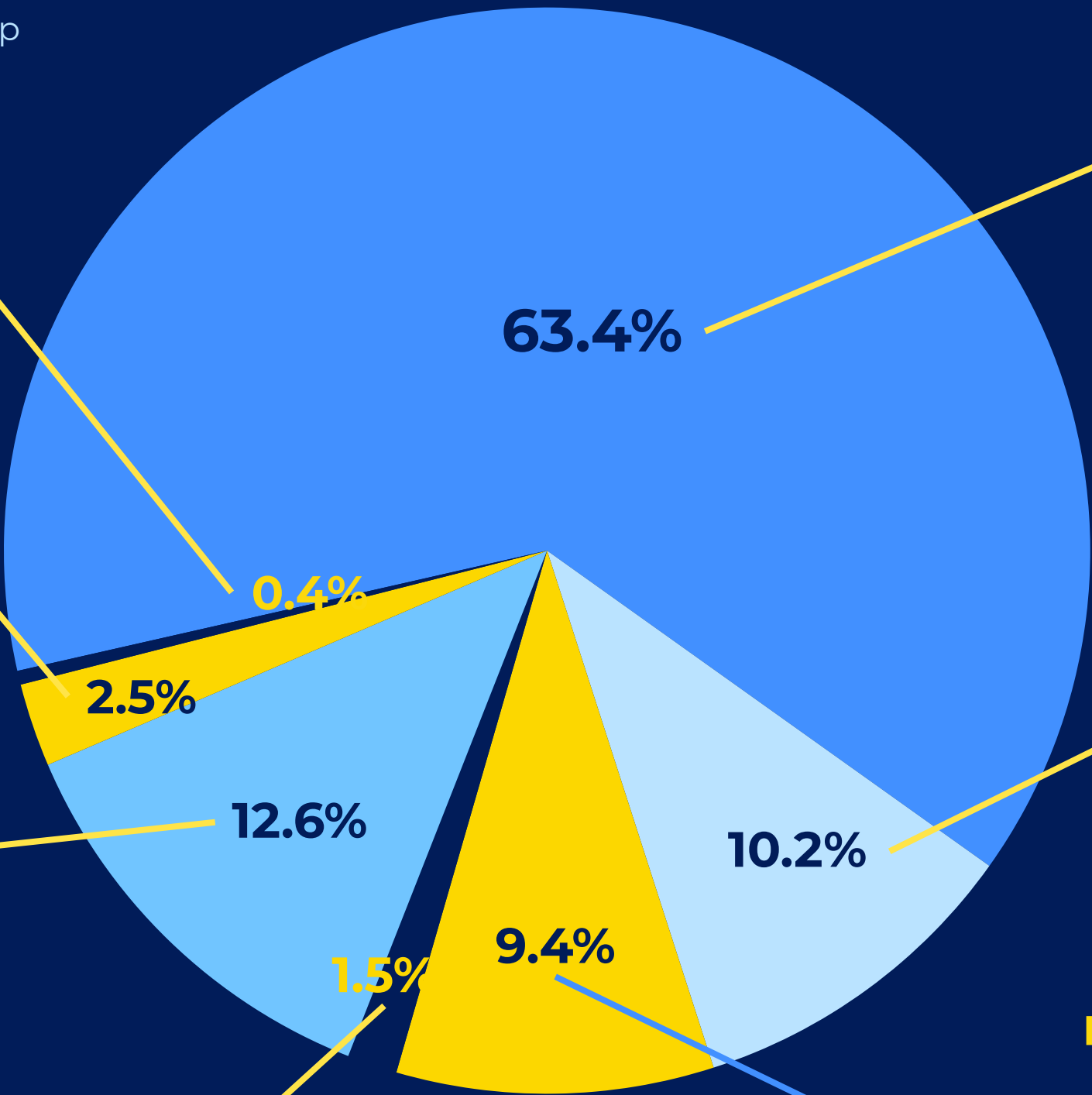
З них **70%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **30%** — від мешканців міста; **53%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **14%** — бар'єр впливає на прихильність.

Правові та адміністративні бар'єри

З них **48%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **52%** — від мешканців міста; **64%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **36%** — що бар'єр впливає на прихильність.

Труднощі, пов'язані з перебуванням у медичному закладі та інформуванням

З них **61 %** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **39%** — від мешканців міста; **39%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **61%** — що бар'єр впливає на прихильність.



Матеріальні труднощі та соціальна вразливість

(допомога з медичними засобами, гігієною, харчуванням, ліками, речами першої необхідності...)

З них **62%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **38%** — від мешканців міста; **82%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **18%** — бар'єр впливає на прихильність.

Труднощі, пов'язані з перебігом лікування

З них **43%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **57%** — від мешканців міста; **54%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **46%** — що бар'єр впливає на прихильність.

Психологічні бар'єри та вплив стигми

З них **59,6%** звернень надійшло від людей, які проживають в селищах, **40,4%** — від мешканців міста; **72%** вважають, що бар'єр не впливає на прихильність, **28%** — що бар'єр впливає на прихильність.



Аналітична довідка

за результатами моніторингу, керованого ТБ спільнотою (CLM) із використанням цифрової системи OneImpactUkraine за I півріччя 2026 року

Період збору даних: за I півріччя 2026 року

Дата підготовки: 14.07. 2026 року

Підготовлено: БО «ТБ ЛЮДИ УКРАЇНИ» (TBPeopleUkraine)

Анотація.

Звіт висвітлює результати моніторингу бар'єрів, з якими стикаються люди з туберкульозом в Україні у 2026 році, на основі даних цифрової платформи OneImpactUkraine — інструменту громадського моніторингу (CLM), впровадженого в Україні з 2018 року за підтримки Stop TB Partnership та TBpeopleUkraine. Система забезпечує збір і верифікацію звернень від людей, які стикаються з туберкульозом, а також надає доступ до медичної, соціальної, правової та психологічної інформації та підтримки.

У I півріччі 2026 року верифіковано 579 звернень, що розрахунково менше порівняно з попереднім роком (за 2025 рік 3384 звернення). Аналіз показав, що, як і у попередні періоди спостереження, домінуючими залишаються соціально-економічні бар'єри, частка яких зростає. Водночас зафіксовано підвищення частки звернень у зв'язку з правовими та адміністративними бар'єрами, що може свідчити про покращення якості надання параюридичної допомоги вразливим до ТБ верствам населення.

Загалом, результати свідчать про сталість системи збору даних щодо бар'єрів, які виникають на етапах лікування у людей з ТБ, та підтверджують необхідність удосконалення медико-соціальних послуг і міжсекторального реагування.

Вступ

Система OneImpactUkraine адаптована та впроваджується в Україні з 2019 року як інструмент для здійснення CLM (community-led monitoring – моніторинг силами спільнот).

OneImpactUkraine — це IT-інструмент для соціальної, медичної, правової, психологічної та освітньої підтримки людей, які стикнулися з туберкульозом, людей, яким поставили діагноз “туберкульоз”, та їх близьких, в тому числі в умовах вимушеної ізоляції і складностей, які пов'язані із цим обмеженням. Інформаційна система дає змогу особисто контролювати надання послуг безпосередньо тим, хто перехворів або хворіє на туберкульоз, а також сповіщати про негаразди, що можуть стати перешкодою для ефективного лікування, та реагувати на них. Вона функціонує через мобільний додаток, інфомати в

лікарняних закладах, веб-версію на персональному комп'ютері.

Цифрова система OneImpactUkraine є частиною глобальної ініціативи Stop TB Partnership та реалізується в Україні TBpeopleUkraine.

Використання системи надає наступні можливості:

1. Робота зі зверненнями людей, які стикнулися з проблемою ТБ.
2. Доступ до інформації про порушення прав членів спільноти (клієнтів — людей з ТБ).
3. Доступ до верифікованої інформації про бар'єри на шляху пацієнта до одужання.
4. Доступ до даних оцінки якості послуг.
5. Результати опитувань людей з ТБ.
6. Користувачі системи (клієнти) мають можливість отримати:
 - консультацію психолога, за потреби, або скористатись модулем «Ментальне здоров'я», який працює цілодобово і де зібрано перевірені техніки, які допомагають зменшити напруження, впоратись із тривогою, краще зрозуміти власні переживання та знайти внутрішні ресурси;
 - консультування щодо діючих медичних та соціальних установ;
 - консультацію і супровід параюриста, юриста, або скористатись інформацією у розділі "Алгоритм дій при порушенні прав людей з ТБ";
 - матеріальну допомогу у вигляді продуктів харчування, гігієнічних засобів, покриття нагальних потреб.

В документі міститься узагальнена інформація про звернення людей з ТБ, отримані у I-му півріччі 2026 року, представлені основні бар'єри, з якими вони стикаються на шляху подолання захворювання, та пропозиції щодо подальшої адаптації програм лікування та щодо вдосконалення і стандартизації медико-соціальних послуг.

Основні результати моніторингу.

Аналіз роботи цифрової системи OneImpactUkraine за I півріччя 2026 року демонструє сталий попит на обмін інформацією між отримувачами послуг та їх провайдерами. Незважаючи на відносне зменшення кількості звернень за цей період у порівнянні з попередніми роками, актуальність подальшої роботи зі збору та аналізу існуючих бар'єрів для покращення системи надання протитуберкульозної допомоги зберігається.

Забезпечується постійна взаємодія з ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» щодо передачі даних про звернення та їх верифікації спільно з людьми з ТБ, медичними та соціальними працівниками, які надають МПСС.

За I півріччя 2026 року через систему отримано та верифіковано 579 звернень. Категорії бар'єрів, з якими стикалися люди з ТБ за цей період, представлені на діаграмі 1. Динаміка звернень за категоріями представлена на діаграмі 2.

Аналіз за категоріями:

1. Матеріальні труднощі та соціальна вразливість.

Звернення за цим напрямком залишаються пріоритетними і демонструють тенденцію до збільшення їх частки за 1 півріччя 2026 року до 64,4 % (44,7 % у 2024, 46,3% у 2025 році). Це може свідчити про посилення рівня бідності серед людей з ТБ, зростання залежності від соціальної допомоги, ймовірний вплив воєнних факторів та економічної нестабільності. Це ключовий бар'єр, який системно визначає інші проблеми.

2. Труднощі, пов'язані з перебігом лікування.

Частка звернень, пов'язаних з виникненням проблем під час лікування ТБ, зменшилася до 5% (2024 рік — 12,4%, 2025 рік — 12,2%). З одного боку, це може свідчити про покращення системи надання медичних послуг людям з ТБ на рівні ТБ-служби, проте цей показник вимагає ретельного аналізу в подальші періоди року у зв'язку з розширенням залучення сімейних лікарів до процесу лікування з 1 вересня 2026 року з метою своєчасного виявлення нових бар'єрів та швидкого реагування на них у майбутньому.

3. Психологічні бар'єри та стигма.

Стигма залишається хронічною проблемою, яка знижує прихильність до лікування та впливає на звернення по допомогу. Звернення, пов'язані з цією проблемою, знаходяться на рівні 8,8% (19,8% у 2024 році та 19,3% у 2025 році). Із загальної кількості звернень страх розголошення діагнозу складає майже 40%, що демонструє необхідність подальшої роботи на рівні громад для зменшення проявів стигми та дискримінації у зв'язку з ТБ на рівні загального населення.

4. Доступ до медичної допомоги, труднощі, пов'язані з перебуванням у медзакладі та інформуванням.

За звітний період звернення за цими напрямками знаходяться на низькому рівні (1,7% та 0,9% відповідно), що може свідчити про покращення якості надання специфічної протитуберкульозної медичної допомоги.

5. Правові та адміністративні бар'єри.

Спостерігається значне збільшення частки звернень у зв'язку з проблемами з документами, втратою роботи, бар'єрами в оформленні документів у зв'язку зі стійкою втратою працездатності за звітний період. Так, у 2024 році частка таких звернень складала 8,8%, у 2025 — 10,5%, а за 1 півріччя 2026 року — 17,8%. Це вказує на потребу в посиленні міжсекторального реагування на проблему ТБ.

Висновки та аналіз причин.

1. Соціально-економічні чинники залишаються основними бар'єрами для успішного лікування туберкульозу. Переважна більшість звернень у І півріччі 2026 року пов'язана саме з матеріальними труднощами та соціальною вразливістю (64,4%), що свідчить про поглиблення впливу економічної нестабільності та наслідків війни на людей, які проходять лікування від ТБ. Це підтверджує необхідність інтеграції медичної та соціальної підтримки як невід'ємної складової лікування.
2. Якість медичної допомоги в системі протитуберкульозної служби

залишається стабільною, однак реформа моделі лікування потребує посиленого моніторингу. Зменшення кількості звернень щодо проблем під час лікування та доступу до медичної допомоги може свідчити про ефективність організації спеціалізованої допомоги. Водночас передача значної частини функцій сімейним лікарям із вересня 2026 року потребує безперервного моніторингу для своєчасного виявлення нових бар'єрів і ризиків для пацієнтів.

- 3. Попри зменшення частки звернень щодо стигми, проблема дискримінації залишається актуальною. Значна частина таких звернень пов'язана зі страхом розголошення діагнозу, що негативно впливає на своєчасне звернення по медичну допомогу, прихильність до лікування та соціальну адаптацію. Це підкреслює необхідність продовження системної роботи з населенням, громадами та медичними працівниками щодо подолання стигми.
- 4. Зростання правових та адміністративних проблем свідчить про необхідність посилення міжсекторальної взаємодії. Майже дворазове збільшення частки звернень із правових та адміністративних питань порівняно з 2024 роком демонструє, що люди з ТБ дедалі частіше стикаються з труднощами, які виходять за межі медичної системи. Ефективне реагування на ці виклики потребує координації між системами охорони здоров'я, соціального захисту, зайнятості, медико-соціальної експертизи та правової допомоги.

Рекомендації.

Проблема	Конкретна дія	Адресат	Пріоритетність	Індикатор досягнення результату
Зростання соціально-економічних бар'єрів	Забезпечити функціонування механізму медико-соціального супроводу для людей з ТБ із визначенням мінімального пакета соціальної підтримки для вразливих категорій.	МОЗ, Мінсоцполітики, НСЗУ, органи місцевого самоврядування	Високий	Не менше 90% соціально вразливих пацієнтів з ТБ отримали хоча б один вид соціальної підтримки або соціального супроводу під час лікування.
Потреба у моніторингу якості лікування після розширення ролі ПМД	Запровадити регулярний моніторинг бар'єрів під час лікування серед пацієнтів, які отримують лікування у сімейних лікарів, із	МОЗ, ЦГЗ, НСЗУ	Високий	Підготовлено щонайменше 2 аналітичні звіти на рік; для 100% виявлених системних бар'єрів розроблено план

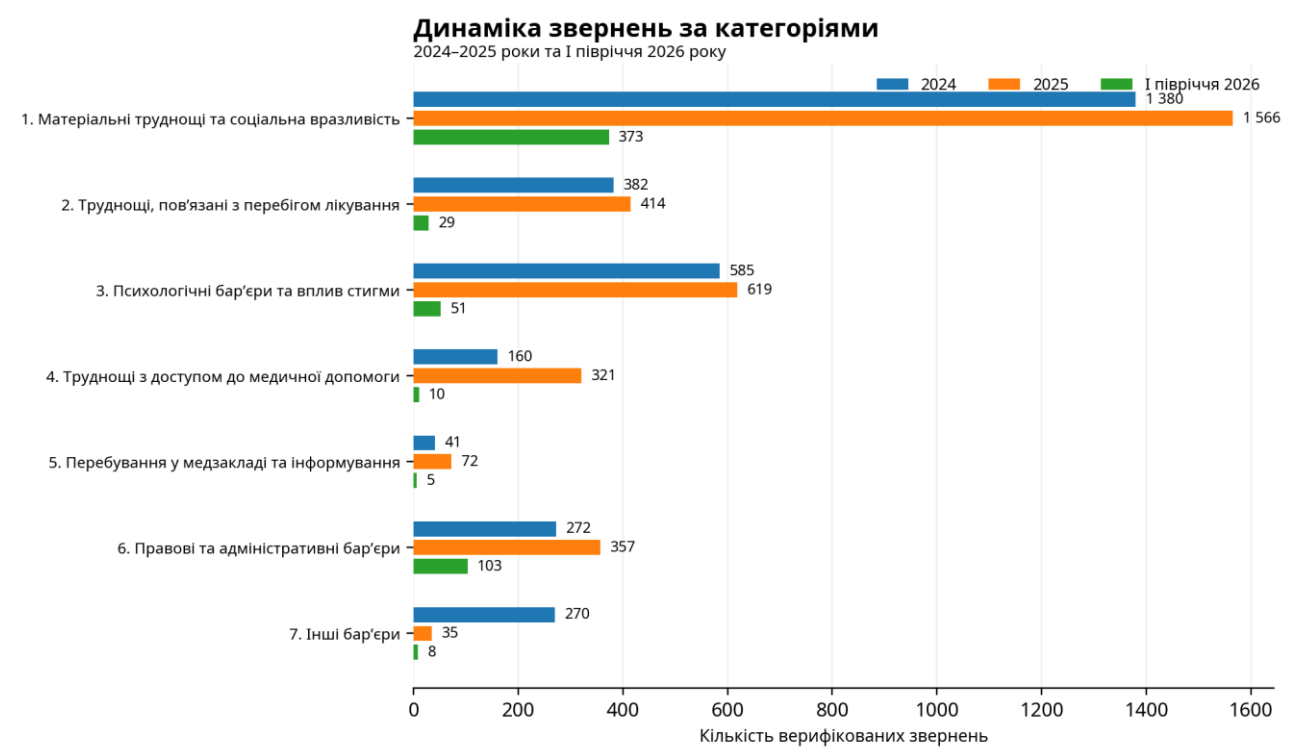
	механізмом оперативного реагування.			коригувальних заходів.
Стигма та страх розголошення діагнозу	Реалізувати комунікаційні заходи та інтегрувати психологічне консультування в маршрути пацієнтів із ТБ.	МОЗ, ЦГЗ, громадські організації, заклади охорони здоров'я, громади	Середній	Зменшення частки звернень, пов'язаних зі стигмою, щонайменше на 20% порівняно з попереднім роком; психологічним консультуванням охоплено не менше 80% пацієнтів, які його потребують.
Зростання правових та адміністративних бар'єрів	Організувати міжсекторальний маршрут супроводу людей з ТБ щодо оформлення документів, соціальних виплат, інвалідності та працевлаштування.	МОЗ, Мінсоцполітики, Мінекономіки, Координаційна рада з питань ТБ/ВІЛ	Високий	Зменшення частки правових та адміністративних звернень до рівня не більше 12%; не менше 90% звернень щодо правових питань вирішено протягом 30 календарних днів.

Додатки.

1. Діаграма 1. Категорії бар'єрів, з якими стикаються люди з ТБ (579 верифікованих звернень).



2. Діаграма 2. Динаміка звернень за різними категоріями з 2024 року.



Certificate Of Completion

Envelope Id: 797C8789-7EC7-8742-839A-A3F45071161D

Status: Completed

Subject: Complete with Docusign: Протокол засідання Комітету з регіональної політики 06 жовтня 2026.docx...

EnvelopeLocalData:

Source Envelope:

Document Pages: 83

Signatures: 2

Envelope Originator:

Certificate Pages: 5

Initials: 0

Liubov Kravets

AutoNav: Enabled

One United Nations Plaza

Envelopeld Stamping: Enabled

New York, NY 10017

Time Zone: (UTC+09:00) Osaka, Sapporo, Tokyo

liubov.kravets@undp.org

IP Address: 185.128.232.230

Record Tracking

Status: Original

Holder: Liubov Kravets

Location: DocuSign

10/8/2026 6:58:28 PM

liubov.kravets@undp.org

Signer Events

Liubov Kravets

liubov.kravets@undp.org

Project Coordinator, Strengthening the National Council on TB and HIV/AIDS in Ukraine Project {United Nations Development Programme}

Security Level: Email, Account Authentication (None), Login with SSO

Electronic Record and Signature Disclosure:
Not Offered via Docusign

Yana Terleieva

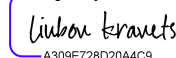
iana.nova@ukr.net

Security Level: Email, Account Authentication (None)

Electronic Record and Signature Disclosure:
Accepted: 10/9/2026 4:47:49 PM
ID: 1cea751c-79c9-4807-b305-a56d4af2106f

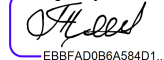
Signature

Signed by:


A309E728D20A4C9...

Signature Adoption: Pre-selected Style
Using IP Address: 46.229.60.236

Signed by:


EBBFAD0B6A584D1...

Signature Adoption: Drawn on Device
Using IP Address: 31.223.224.235
Signed using mobile

Timestamp

Sent: 10/8/2026 7:05:11 PM

Viewed: 10/8/2026 10:10:37 PM

Signed: 10/8/2026 11:54:16 PM

Sent: 10/8/2026 11:54:21 PM

Resent: 10/9/2026 3:07:02 PM

Resent: 10/9/2026 4:24:43 PM

Resent: 10/9/2026 4:45:20 PM

Viewed: 10/9/2026 4:47:49 PM

Signed: 10/9/2026 4:48:46 PM

In Person Signer Events	Signature	Timestamp
Editor Delivery Events	Status	Timestamp
Agent Delivery Events	Status	Timestamp
Intermediary Delivery Events	Status	Timestamp
Certified Delivery Events	Status	Timestamp
Carbon Copy Events	Status	Timestamp
Witness Events	Signature	Timestamp
Notary Events	Signature	Timestamp
Envelope Summary Events	Status	Timestamps
Envelope Sent	Hashed/Encrypted	10/8/2026 7:05:11 PM

Envelope Summary Events	Status	Timestamps
Envelope Updated	Security Checked	10/9/2026 4:45:19 PM
Certified Delivered	Security Checked	10/9/2026 4:47:49 PM
Signing Complete	Security Checked	10/9/2026 4:48:46 PM
Completed	Security Checked	10/9/2026 4:48:46 PM
Payment Events	Status	Timestamps
Electronic Record and Signature Disclosure		

ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, United Nations Development Program (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically

Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact United Nations Development Program:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To contact us by email send messages to: olivier.simah@undp.org

To advise United Nations Development Program of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at olivier.simah@undp.org and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address. We do not require any other information from you to change your email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from United Nations Development Program

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to olivier.simah@undp.org and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number. We will bill you for any fees at that time, if any.

To withdraw your consent with United Nations Development Program

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;
- ii. send us an email to olivier.simah@undp.org and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. We do not need any other information from you to withdraw consent.. The consequences of your withdrawing consent for online documents will be that transactions may take a longer time to process..

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’ before clicking ‘CONTINUE’ within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to ‘I agree to use electronic records and signatures’, you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify United Nations Development Program as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by United Nations Development Program during the course of your relationship with United Nations Development Program.