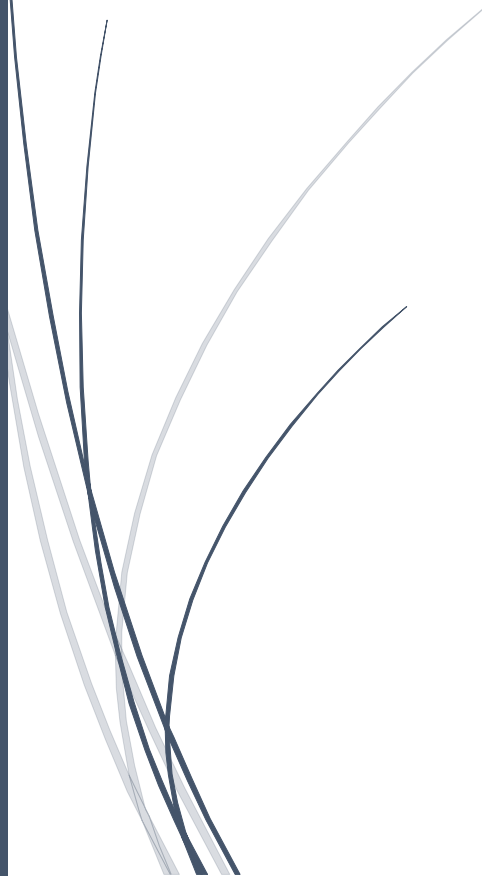


Розроблено Секретаріатом Партнерства
спільно з Головою Керівного комітету

2019-2021 рр

СТРАТЕГІЯ АДВОКАЦІЇ, КОМУНІКАЦІЇ ТА СОЦІАЛЬНОЇ МОБІЛІЗАЦІЇ В ГАЛУЗІ КОНТРОЛЮ НАД ТУБЕРКУЛЬОЗОМ В УКРАЇНІ



Партнерства

РЕЗЮМЕ

Стратегія адвокації, комунікації та соціальної мобілізації в галузі контролю над туберкульозом (ТБ) в Україні на 2019 – 2021 роки (далі - Стратегія АКСМ-ТБ) розроблена відповідно до положень «Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки»¹, «Стратегії забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року»² як набір додаткових інструментів для забезпечення досягнення цілей Плану дій з боротьби з туберкульозом для Європейського регіону ВООЗ на 2016—2020 роки, сприяючи тим самим досягненню мети глобальної стратегії “Покласти кінець ТБ” — зупинити епідемію туберкульозу, а саме до 2035 року: на 95% зменшити смертність від ТБ у порівнянні з 2015 роком, досягти рівня захворюваності менше 10 на 100 тисяч та з нульовим рівнем страждань від ТБ. До 2050: досягти нульового рівня смертності від туберкульозу та нульового рівня захворюваності.

Стратегію АКСМ-ТБ було розроблено із залученням Партнерства «Зупинимо туберкульоз. Україна», в рамках якого було створено Робочу групу та проведено обговорення запропонованого проекту стратегії з усіма членами Партнерства. Крім того, до обговорення Стратегії АКСМ-ТБ було залучено Національну раду з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу та Парламентську Платформу боротьби з туберкульозом. Дана стратегія базується також на передовому світовому досвіді, зокрема, на досвіді країн, для яких ТБ залишається стратегічним пріоритетом політики громадської охорони здоров'я (Румунія, Молдова, Казахстан, Грузія, Азербайджан та інші). Вона також враховує міжнародні рекомендації з розробки АКСМ стратегії та місцеві практики АКСМ з боротьби з ТБ, сформовані за останні роки³⁴.

¹ Затверджено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1011-р

² Схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 22 березня 2017 р. № 248-р

³ Advocacy, communication and social mobilization (ACSM) for tuberculosis control: a handbook for country programs. I. World Health Organization. II. Stop TB Partnership.

⁴ «Адвокація, комунікація та соціальна мобілізація в боротьбі з ТБ: збірник успішного досвіду проведення заходів», Всесвітня організація охорони здоров'я, 2011

Стратегія АКСМ-ТБ забезпечує цілісне бачення АКСМ як арсеналу засобів соціальної комунікації, спрямованої на забезпечення зміни ставлення суспільства до проблеми туберкульозу та подолання стигми та дискримінації по відношенню до хворих на ТБ, підвищення рівня виявлення випадків ТБ; впровадження в професійному середовищі (серед медичних та соціальних працівників) ефективних засобів комунікації для позитивної зміни поведінки пацієнтів, забезпечення прихильності до лікування ТБ, створення позитивного психологічного клімату протягом лікування туберкульозу, створення умов та надання можливостей людям і громадам, яких торкнулася проблема ТБ, брати участь і впливати на прийняття рішень; а також мобілізація політичної волі і ресурсів для остаточного вирішення проблеми ТБ в Україні.

ЗМІСТ

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ
2. СТРАТЕГІЯ АКСМ -ТБ: мета, принципи, цільові аудиторії
3. СТРУКТУРА ТА УПРАВЛІННЯ АКСМ
4. ЗАВДАННЯ СТРАТЕГІЇ АКСМ-ТБ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦІЛЬОВОЇ АУДИТОРІЇ
5. ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ
6. МОНІТОРИНГ І ОЦІНКА
7. ФІНАНСОВІ РЕСУРСИ
8. ДОРОЖНЯ КАРТА
9. СТІЙКІСТЬ СТРАТЕГІЇ АКСМ-ТБ
10. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ ТА ЗАХОДИ АКСМ СТРАТЕГІЇ

Додаток 1. Стратегічний план АКСМ-ТБ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АКСМ – адвокація, комунікація, соціальна мобілізація

ТБ – туберкульоз

МРТБ – мультирезистентний туберкульоз

1. ВИЗНАЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ

Як зазначається в Концепції Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018 – 2021 роки, зростання захворюваності на туберкульоз, що спостерігалось в країні з 1998 року, зупинене у 2004 році і, починаючи з 2007 року, за даними ВООЗ, в Україні поширеність і захворюваність на туберкульоз мають тенденцію до зниження щороку в середньому на 4,4% (5,5% у 2017 році) і 3,3% відповідно.

Водночас, розрахункова захворюваність на туберкульоз у 2017 році становила 83 на 100 тис. населення, проте, за статистичними даними, захворюваність на туберкульоз становить 63,9 на 100 тис. населення. Таким чином, в Україні щороку своєчасно не виявляють приблизно 22,5 відсотка випадків захворювання на туберкульоз, що є сприятливим для подальшого його поширення серед населення. Поточний показник поширеності туберкульозу становить 82,1 на 100 тис. населення, що майже у три рази перевищує показник цільових завдань, визначених Глобальним планом дій «Зупинити туберкульоз».

У 2014 році Україна вперше ввійшла до п'ятірки країн світу з найвищим показником мультирезистентного туберкульозу. Протягом останніх років спостерігається зростання кількості випадків мультирезистентного туберкульозу з 3482 у 2009 році до 6757 у 2017 році, яке частково пов'язано з впровадженням сучасних молекулярно-генетичних методів діагностики, за допомогою яких покращено виявлення пацієнтів з МРТБ. Все ж основною причиною зростання випадків МРТБ обумовлено неналежною організацією лікування хворих на туберкульоз з переважним лікуванням в умовах стаціонару, що сприяє внутрішньолікарняному інфікуванню хворих на туберкульоз резистентними до протитуберкульозних препаратів штамми мікобактерії туберкульозу. Крім того, зростання кількості МРТБ зумовлене дефіцитом у забезпеченні протитуберкульозними препаратами для хворих на мультирезистентний туберкульоз та туберкульоз із розширеною резистентністю, недоліками організації безпосереднього спостереження за прийомом препаратів, відсутністю системи соціально-психологічної підтримки хворих під час лікування та управління побічними реакціями на протитуберкульозні препарати.

За результатами першого національного епідеміологічного дослідження щодо хіміорезистентного туберкульозу в Україні рівень мультирезистентного туберкульозу серед хворих, яким вперше встановлено діагноз туберкульозу, становить 24,1% та 58,1% — серед хворих із повторними випадками туберкульозу. Також зростає кількість випадків майже невиліковного туберкульозу з розширеною резистентністю до протитуберкульозних препаратів, їх частка становить 16,2% загальної кількості хворих на мультирезистентний туберкульоз у 2017 році.

Однією з основних причин високого показника туберкульозу/ мультирезистентного туберкульозу в Україні є низька ефективність лікування серед нових випадків і рецидивів, що становить 75,6% (когорта 2016 року) та є другим найнижчим результатом лікування в Європейському регіоні. Результат успішного лікування мультирезистентного туберкульозу також є одним із найнижчих в Європейському регіоні та становить 50,8%. Одночасно з поширенням епідемії вірусу імунодефіциту людини (далі — ВІЛ-інфекція/СНІД) спостерігається високий рівень захворюваності на туберкульоз у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІД, що становить 13,3 на 100 тис. населення у 2017 році при розрахунковому показнику 18 на 100 тис., що свідчить про низький рівень діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих осіб. Відзначається низький рівень охоплення пацієнтів з ко-інфекцією — туберкульозом та ВІЛ-інфекцією/СНІД антиретровірусною терапією та профілактичним лікуванням ко-тримоксазолом — 77,2 та 86,7 відповідно.

Ускладнюється ситуація щодо туберкульозу і посиленням внутрішніх міграційних процесів населення з Донецької та Луганської областей, в яких до конфлікту було зосереджено приблизно 15,0% усіх хворих на туберкульоз в країні. Серед загальної кількості хворих на туберкульоз серед внутрішньо переміщених осіб значна частина перериває лікування (5 — 25%). Особливої уваги потребує питання поширення серед внутрішньо переміщених осіб мультирезистентного туберкульозу (35,6%) та туберкульозу з розширеною резистентністю (4,9%), туберкульозу у поєднанні з ВІЛ-інфекцією/СНІД (20,7%).

Існуючі підходи до надання протитуберкульозної медичної допомоги населенню були успадковані від радянської командно-адміністративної

моделі охорони здоров'я, яка значною мірою базувалася на необхідності ізоляції хворого від суспільства в умовах стаціонару. Основними принципами цієї системи було активне виявлення туберкульозу за допомогою флюорографії, основним принципом було «виявити туберкульоз та ізолювати пацієнта», лікування повністю проводилось у стаціонарах – протитуберкульозних диспансерах, після завершення лікування пацієнт практично пожиттєво знаходився під диспансерним наглядом. При цьому навіть в умовах стаціонару не було контрольованого прийому препаратів, ефективність лікування не оцінювалась, під диспансерним наглядом знаходилась значна кількість хворих на так званій «хронічний туберкульоз». Протягом цього періоду сформовано було ряд упереджень, які й до сьогодні впливають на поведінку населення по відношенню до туберкульозу:

1. Відповідальність за виявлення та лікування туберкульозу повністю лежить на системі охорони здоров'я;
2. Хворого на туберкульоз необхідно виявити та ізолювати (туберкульоз є соціально небезпечним захворюванням, тому хворих треба лікувати в ізольованих диспансерах в повній ізоляції під охороною);
3. Туберкульоз умовно виліковний – є хронічні форми, пацієнти пожиттєво знаходяться під диспансерним наглядом;
4. Відповідно, хворий на туберкульоз є небезпечним.

Завдяки такому ставленню до туберкульозу на сьогодні відмічається високий рівень стигми та дискримінації по відношенню до хворих на туберкульоз, а медичні працівники чинять спротив впровадженню нових підходів до ведення випадку туберкульозу. Крім того, формування прихильності до лікування, навчання пацієнта не були пріоритетом старого підходу, пацієнти протягом лікування втрачали можливість заробляти кошти та сподівались на допомогу держави, хворі на «хронічний туберкульоз» мали пільги, які не хотіли втрачати.

Зазначене призвело до неефективного використання коштів для фінансування заходів з протидії туберкульозу, що витрачаються на утримання існуючої мережі протитуберкульозних закладів із надмірною кількістю ліжок, що перебувають у незадовільному стані (30 відсотків будівель відповідають санітарним нормам і правилам, решта потребує значних фінансових витрат

на їх реконструкцію, ремонт або нове будівництво), без належного дотримання принципів інфекційного контролю за туберкульозом, що сприяє внутрішньолікарняному поширенню хіміорезистентних форм туберкульозу.

Очевидна необхідність перегляду та зміни підходів до організації, планування і фінансування програм протидії туберкульозу відповідно до нових глобальних стратегій та керівних документів Всесвітньої організації охорони здоров'я. Кабінетом Міністрів України, розпорядженням від 22 березня 2017 року № 248-р схвалено Стратегію забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року. Одним із напрямів зазначеної Стратегії є реформування та оптимізація системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню для підвищення ефективності державних витрат та забезпечення високої результативності виявлення, діагностики та лікування всіх форм туберкульозу.

Базовими елементами нової Програми визначено:

- 1) підтримка комплексних та орієнтованих на пацієнта послуг, які включають скринінг, діагностику, лікування та профілактику ТБ;
- 2) гарантування сталого фінансування заходів протидії ТБ;
- 3) впровадження інновацій та заходів, заснованих на доказах, які сприятимуть запровадженню нових методів діагностики та лікування ТБ.

У рамках нової програми передбачена оптимізація протитуберкульозної служби з урахуванням реформування української системи охорони здоров'я, що буде сприяти розвитку амбулаторної моделі лікування ТБ, орієнтованої на потреби пацієнта. Це дозволить оптимізувати використання ресурсів і направити їх на забезпечення ранньої діагностики і поліпшення якості лікування пацієнтів з ТБ, а не на утримання понаднормової кількості будівель протитуберкульозних лікарень (наразі на 1 ТБ ліжко в середньому 2 пацієнта з ТБ).

Успішність реалізації згаданих стратегічно важливих документів залежить від консолідації зусиль державного сектору, наукового і експертного середовища, міжнародних партнерів та громадянського суспільства.

На розвиток епідемії впливає також ставлення громадян України до проблем туберкульозу. Так, відповідно до даних дослідження «Визначення рівня знань, ставлення, практики та поведінки з питань туберкульозу», 2011-2012, яке було проведено в рамках проекту Глобального Фонду БФ «Розвиток України», уявлення більшості респондентів (опитування загального населення) про туберкульоз є досить нечітким і абстрактним. Заклопотаність цією проблемою в більшості випадків відсутня, оскільки респонденти не усвідомлюють власного ризику зараження. Більша частина українців (85%) знають, що при наявності симптомів туберкульозу необхідно звернутися до лікаря. Але кожен четвертий схильний серйозно зволікати зі зверненням до лікаря при наявності симптомів хвороби. Так, 11% українців мають намір відвідати медичний заклад, якщо самолікування не принесе результатів, 10% - якщо серйозно захворіють і будуть дуже погано себе почувати, 3% відзначили, що при кашлі ні в якому разі не звернуться по допомогу. Ці дані свідчать про невідповідність знань і поведінки українців в разі появи симптомів туберкульозу, про наявність недовіри до системи охорони здоров'я та відсутність усвідомлення серйозності проблеми для здоров'я та життя.

Відповідно до даних цього ж дослідження, більшість опитаних впевнені в необхідності значних витрат, пов'язаних з лікуванням туберкульозу. Всього лише чверть респондентів (25%) вважають, що пройти діагностику туберкульозу можна безкоштовно, і тільки 7% - що так само безкоштовно можна отримати і основний курс лікування. Проте 42% вважають дорогим або навіть недоступним виявлення туберкульозу, а 77% - його лікування. Головними причинами, які заважають звертатися до лікаря, респонденти назвали: високу вартість медичних послуг, загальне небажання йти до лікаря, недовіру до професіоналізму лікарів і упередження через погане ставлення медичних працівників до пацієнтів - вказав кожен четвертий респондент; необхідність витратити багато часу на дорогу та/або на черги.

Звертають на себе увагу також наявність забобонів та хибних тверджень, пов'язаних із туберкульозом. Так, з метою профілактики туберкульозу респонденти пропонували вживати натуральні продукти харчування, в тому числі часник/цибулю, солодкий чай; миття рук після користування мобільним телефоном, а також прагнення не грішити. Окремі респонденти також

висловлювали переконання, що для захисту від туберкульозу потрібно носити маску.

Серед представників опитаних уразливих груп населення (люди без певного місця проживання, споживачі ін'єкційних наркотиків, ромська громада) основними бар'єрами отримання медичної допомоги є впевненість у невиліковності туберкульозу, небажання звертатись до лікаря через упереджене ставлення, недовіра до твердження, що лікування безкоштовне, віра у нетрадиційні методи лікування.

Основною причиною не звернення до медичних закладів осіб, звільнених із місць позбавлення волі з діагнозом туберкульоз, є недбале ставлення до власного здоров'я. Ситуація ускладнюється особливостями способу життя (алко- та наркозалежність), відсутністю засобів існування і соціальною невлаштованістю представників даної соціальної групи (проблеми з житлом, роботою, втрата родинних зв'язків, соціальна ізоляція), що суттєво обмежує доступ до лікування. Ускладнюють проходження лікування представниками даної групи такі фактори як фінансові труднощі, що не дозволяють пройти курс лікування в повному обсязі, так і неналежні умови лікування (розруха та антисанітарія в тубдиспансерах, погане харчування, негативне ставлення персоналу до колишніх засуджених).

Цікавими виявились результати опитування журналістів в рамках цього дослідження, які демонструють наявність дисонансу між тим, що декларують журналісти (визнають актуальність і свідчать про зацікавленість висвітлювати проблеми туберкульозу) та їх професійною поведінкою (низький рівень готовності до підготовки матеріалів, мало «пишуть», «знімають»; не готові до участі у відповідних конкурсах тощо). Одна з причин суперечності полягає в тому, що більшість ЗМІ (особливо телеканали) у своїй роботі керуються комерційним підходом, а тема туберкульозу сама по собі не прибуткова. Другою причиною є те, що журналісти налаштовані на подачу сенсаційної інформації, здебільшого замішаної на негативі. Навіть "життєві історії" подаються не через позитив (наприклад, що допомогло людинівилікуватися), а з фокусом на труднощі, з якими доводилося стикатися під час лікування, медичні помилки або брак ліків, тощо. Третя причина полягає в тому, що журналісти здебільшого завищують як свій рівень знань про

туберкульоз, так і рівень знань населення щодо цієї проблеми. Це призводить до втрати інтересу ЗМІ висвітлювати цю тематику, коли «всі про все знають», в цілому, й готувати матеріали з питань первинної профілактики, зокрема.

Для розробки Стратегії АКСМ-ТБ важливими є також дані Звіту за результатами операційного дослідження щодо існуючих підходів до навчання пацієнтів та їх впливу на **формування прихильності до лікування** туберкульозу на амбулаторному етапі, яке було проведено у 2016 році МГО «Міжнародний інститут проблем ВІЛ/СНІДу та туберкульозу» за підтримки Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) у рамках Проекту «Посилення контролю за туберкульозом в Україні».

Згідно з даними цього дослідження, найменша частина респондентів (41%) володіє інформацією про різні додаткові соціальні та психологічні послуги, які можна отримати у разі потреби, зокрема при виникненні складних життєвих обставин. На це важливо звернути увагу пацієнтів у подальшій інформаційній роботі, адже відповіді на відкрите запитання анкети про те, якої інформації пацієнтам не вистачає, свідчать про потребу у психологічній підтримці та додаткових знаннях про туберкульоз та його лікування.

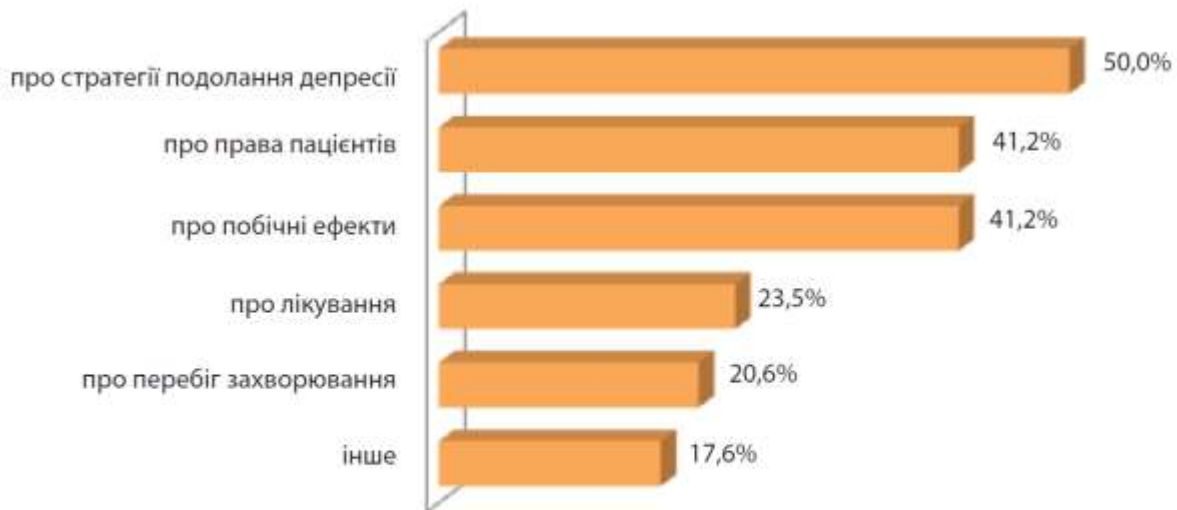


Рис. 12. Розподіл відповідей на запитання «Яку інформацію пацієнти хотіли б отримувати?» (можливо декілька відповідей)

За результатами цього дослідження запропоновано висновки для прийняття управлінських рішень:

1. Менш обізнані пацієнти є більше схильними пропускати прийоми ліків (підтверджено коефіцієнтом кореляції Пірсона між індексами прихильності та обізнаності: 0.266*). Водночас 34,4% хворих на ТБ демонструють низький рівень знань про туберкульоз.
2. Високу прихильність до лікування проявляє тільки 36,4 % хворих із високим рівнем знань. Тобто, пацієнти для формування прихильності потребують додаткової психологічної та соціальної підтримки.
3. Три джерела інформації, визнані пацієнтами як найбільш корисні:
 - лікар (100%),
 - медична сестра (52,5%),
 - брошури та буклети, які є в медичному закладі (24,6%).
4. Третина пацієнтів зазначили на потребі отримувати інформацію про стратегії подолання депресії.
5. Медичні працівники висловлюють готовність консультувати пацієнтів, проте вказують на відсутність регламенту цієї роботи і методичного забезпечення.

Таким чином, основними проблемами, які потребують вирішення засобами АКСМ, є:

1. Низький рівень політичної прихильності до вирішення проблеми туберкульозу через складну політичну та соціальну ситуацію в Україні, низький рівень обізнаності про існуючі проблеми та можливі шляхи їх вирішення як серед політиків найвищого рівня, так і серед очільників областей, міст, селищ. Низький рівень політичної прихильності на центральному рівні призводить до затримки затвердження стратегічно важливих документів та труднощів у внесенні необхідних змін у законодавство, виділення очевидно недостатнього обсягу коштів на реалізацію протитуберкульозних заходів, закупівлю новітніх засобів діагностики туберкульозу та нових препаратів для лікування туберкульозу; відсутність коштів на проведення досліджень, недоліки вищої освіти в питаннях протидії туберкульозу та в системі післядипломної освіти (застарілі

програми, дуже мала кількість часу, виділена на вивчення питань туберкульозу). В умовах децентралізації низький рівень обізнаності місцевих керівників призводить до неефективного витрачання коштів місцевих бюджетів на потреби протитуберкульозної допомоги (виділення коштів на утримання невиправдано дорогих та великих протитуберкульозних диспансерів та санаторіїв замість комплексного забезпечення більш дешевого та ефективного амбулаторного лікування), використання на практиці старих неефективних методів подолання туберкульозу, відсутність відповідних соціальних та інформаційних програм. Впровадження стратегії, рекомендованої ВООЗ, потребує високого рівня політичної підтримки та сильного стратегічного управління програмою боротьби з туберкульозом, яке повинно бути забезпечене відповідним фінансуванням.

2. Спротив впровадженню нових ефективних підходів до ведення випадку туберкульозу з боку представників професійного середовища – надавачів медичних послуг (фтизіатри, працівники первинної мережі надання медичної допомоги). Крім звичного спротиву будь-яким змінам, додатковими чинниками є недостатня обізнаність про нові ефективні підходи до подолання проблем туберкульозу (застарілі навчальні програми, відсутність системи постійного підвищення професійного рівня та мотивації для його підвищення), невпевненість у своєму майбутньому, нерозуміння свого місця в системі надання протитуберкульозної допомоги, упереджене ставлення до хворих на туберкульоз, впевненість в тому, що хворих на туберкульоз необхідно негайно ізолювати. Низький рівень знань серед лікарів первинної мережі, недостатня поінформованість та боротьба лікарів-фтизіатрів за звичні пільги та умови роботи перешкоджають впровадженню ефективних програм. Ці чинники призводять до недовиявлення або пізнього виявлення туберкульозу, а також до низького рівня ефективності лікування серед вперше виявлених хворих на туберкульоз у зв'язку з неякісним проведенням контрольованого лікування (особливо на амбулаторному етапі), відсутністю системи формування прихильності до лікування та високим рівнем стигми, безвідповідальним ставленням хворих до лікування через брак інформації та підтримки; неналежним рівнем впровадження в протитуберкульозних закладах та інших закладах охорони здоров'я заходів інфекційного контролю, спрямованого на запобігання поширенню інфекції: неналежне виконання

адміністративних заходів щодо ефективного розподілу потоків хворих, низький рівень поінформованості медичних працівників щодо дотримання вимог інфекційного контролю;

3. Відсутність структур, які б відповідали за впровадження Стратегії АКСМ-ТБ на різних рівнях управління (національний, обласний, районний), в результаті немає цілісної комплексної програми інформування населення про туберкульоз, яка б давала чіткі зрозумілі рекомендації та правдиву інформацію про особливості передачі туберкульозу, можливості його лікування, інформацію для зменшення стигми та дискримінації хворих на туберкульоз, в поєднанні з масивним поширенням ЗМІ негативної інформації про систему охорони здоров'я в Україні та запропоновані реформи, в кінцевому підсумку призводить до формування бар'єрів доступу до медичної допомоги.

4. Брак програм профілактики туберкульозу, соціальної підтримки протягом лікування туберкульозу, відсутність державної комплексної програми надання допомоги людям, які знаходяться в складних життєвих умовах, складні соціальні обставини та війна на сході України створюють умови для недовиявлення випадків туберкульозу в уразливих групах населення та, відповідно, поширення цього захворювання. Крім того, представники уразливих груп найчастіше втрачаються протягом лікування через наявність соціальних та побутових проблем.

5. Недоліки організації виявлення та лікування туберкульозу, забезпечення інфекційного контролю в закладах виконання покарань. Ситуація ускладнюється відсутністю стратегії продовження лікування туберкульозу для тих звільнених з пенітенціарних установ, хто цього потребує, а також недоліки організації виявлення та супроводу лікування туберкульозу у системі пробації.

Ресурси впровадження Стратегії АКСМ-ТБ в Україні:

1. Зростаюча роль громадянського суспільства у подоланні проблеми туберкульозу та залучення до інформування та впровадження програм соціального та психологічного супроводу протягом лікування туберкульозу людей та спільнот, що постраждали від туберкульозу.

2. Об'єднання зусиль держави, міжнародних проектів та громадянського суспільства сприяє розробці та впровадженню сучасних підходів до подолання туберкульозу шляхом співробітництва протягом розробки та впровадження нових стратегій.
3. Посилення лідерства міжнародної спільноти у подоланні проблем туберкульозу сприяє посиленню політичної прихильності та підтримки впровадження нових програм подолання епідемії в Україні.
4. В Україні, починаючи з 2001 року, плідно працюють проекти міжнародної допомоги, які фінансуються Агентством США з міжнародного розвитку (USAID), Глобального фонду та інших міжнародних донорів. Спільними зусиллями держави та проектів покращено діагностику мультирезистентного туберкульозу, розроблено та впроваджено стандарти надання медичної допомоги хворим на туберкульозу (клінічні протоколи, Стандарти інфекційного контролю, методичні рекомендації з проведення лабораторної діагностики туберкульозу та впровадження амбулаторного лікування хворих на туберкульоз), впроваджено пілотні проекти з амбулаторного лікування, орієнтованого на потреби пацієнтів з туберкульозом, з покращення організації ведення випадків ТБ/ВІЛ ко-інфекції, до вирішення проблем туберкульозу залучено спільноти, що постраждали від нього, тощо.
5. Результати впровадження проектів проаналізовано Центром громадського здоров'я МОЗ України, і дані цього аналізу використані при розробці проекту Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки та Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню. Крім того, розроблені та затверджені «Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки» та «Стратегія забезпечення сталої відповіді на епідемії туберкульозу, в тому числі хіміорезистентного, та ВІЛ-інфекції/СНІДу на період до 2020 року» - документи, в яких визначені стратегічні пріоритети України відповідно до міжнародних рекомендацій та доведено ефективних стратегій подолання туберкульозу.

2. СТРАТЕГІЯ АКСМ -ТБ: мета, принципи, цільові аудиторії

Мета:

Створення сприятливого середовища для реалізації в Україні загального доступу до якісних послуг із діагностики та лікування; застосування моделі лікування, орієнтованої на потреби пацієнта, і амбулаторного лікування ТБ шляхом підвищення рівня політичної підтримки, поширення правдивої корисної інформації з питань туберкульозу, зниження стигми та дискримінації, навчання фахівців, ефективної комунікації з населенням України з метою зміни поведінки на бажану для збереження здоров'я та життя.

Для досягнення мети протягом найближчих п'яти років необхідно виконати наступні завдання

Завдання 1. Сприяння підвищенню політичної прихильності до подолання епідемії туберкульозу.

Завдання 2. Сприяння покращенню виявлення туберкульозу (підвищення рівня виявлення туберкульозу).

Завдання 3. Сприяння покращенню ефективності лікування (підвищення рівня поінформованості про те, що туберкульоз виліковний, про доступність лікування, пацієнт-орієнтовану модель тощо).

Завдання 4. Сприяння забезпеченню якості медичних послуг з профілактики, виявлення, діагностики та лікування туберкульозу.

Завдання 5. Сприяння розробці та впровадженню комплексних профілактичних програм.

Основні принципи стратегії АКСМ:

Комплексний підхід – розробка єдиного комплексного плану заходів, які одночасно або послідовно працюють на реалізацію поставленої мети.

Прозорість – всі учасники впровадження АКСМ повинні мати повну інформацію про мету Стратегії АКСМ-ТБ, завдання та засоби їх досягнення, брати участь у розробці важливих рішень та планів реалізації Стратегії АКСМ, розуміти, якими є очікувані результати та методи їх оцінки.

Співпраця та взаємодія протягом впровадження АКСМ – узгодження плану дій та інформаційних повідомлень, обмін досягненнями та напрацюваннями, результатами впровадження заходів.

Залучення всіх зацікавлених сторін – об'єднання зусиль державного та недержавного сектору, залучення всіх дотичних міністерств та відомств, професійних об'єднань та бізнесу для підвищення уваги до подолання проблем туберкульозу та ефективності заходів АКСМ.

Відсутність стигми та дискримінації у інформаційних повідомленнях та протягом впровадження заходів Стратегії АКСМ-ТБ.

Залучення місцевих громад та спільнот людей, що постраждали від ТБ, до розробки та впровадження Стратегії АКСМ.

3. СТРУКТУРА ТА УПРАВЛІННЯ АКСМ

Діяльність АКСМ до сьогодні здійснювалася при відсутності ефективного механізму управління, який займається в пріоритетному порядку керуванням адвокації, комунікації та соціальної мобілізації як на національному, так і на місцевому рівні. Тому заходи адвокації, комунікації та соціальної мобілізації координуються за вторинним принципом і не досягають стратегічної мети.

Для ефективного впровадження стратегії необхідно запровадити механізм управління із застосуванням вже існуючих ефективно працюючих інституцій та громадських об'єднань.

1. На національному рівні – створення при Програмному комітеті з залученням Регіонального Комітету Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу постійно діючої робочої групи з питань АКСМ, в функції якої входить розробка Національних комплексних щорічних планів АКСМ відповідно до Стратегії АКСМ-ТБ з моніторинговим планом та визначенням виконавців; надання технічної допомоги регіонам у розробці обласних планів АКСМ, збір інформації про виконання заходів та результати їх впровадження, аналіз отриманих даних та розробка пропозицій до комплексного плану наступного року.
2. На регіональному рівні - створення при Обласних радах з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу постійно діючої робочої групи з

питань АКСМ, в функції якої входить розробка Обласних комплексних щорічних планів АКСМ відповідно до Національного комплексного плану з моніторинговим планом та визначенням виконавців; збір інформації про виконання заходів та результати їх впровадження, аналіз отриманих даних та розробка пропозицій до комплексного плану наступного року.

До управління впровадження Стратегії АКСМ-ТБ необхідно залучити ресурси Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ/СНІДу, Парламентської платформи подолання туберкульозу, Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», технічних експертів міжнародних організацій та ВООЗ. Обговорення результатів впровадження Стратегії АКСМ повинно проводитись щоквартально. Збір даних та іншу технічну роботу можна доручити одному з партнерів за узгодженням.

Існуючий в Україні досвід впровадження заходів АКСМ демонструє необхідність додаткової координації зусиль та узгодження інформаційних повідомлень для цільових груп населення. Тому координація зусиль партнерів є одним із ключових завдань запропонованого механізму управління.

Іншим важливим завданням груп АКСМ є розробка інформаційної стратегії, яка повинна містити план інформаційної роботи, ключові повідомлення для кожної цільової групи. Інформаційну стратегію необхідно коригувати щорічно відповідно до даних моніторингу та оцінки.

Основні інформаційні повідомлення будуть запропоновані для використання у всіх областях України. Обласні групи впровадження АКСМ в рамках основних повідомлень додатково розроблятимуть інформаційні повідомлення, які враховують особливості регіону.

Для ефективної роботи механізму управління впровадження Стратегії АКСМ-ТБ необхідно провести навчання для обласних координаційних груп, а в подальшому організувати регулярні спільні обговорення результатів впровадження, позитивного досвіду та існуючих проблем.

Для цього пропонується використовувати як дистанційні засоби спілкування, так і наради, які можна організувати в рамках Національних конференцій, семінарів, конференцій спільнот тощо.

В склад груп АКСМ на постійній основі повинні входити представники державних органів, депутати місцевих рад, представники громадянського суспільства та представники спільнот, які постраждали від туберкульозу. Така спільна робота надасть змогу найбільш ефективно координувати зусилля та в повній мірі враховувати потреби громад та спільнот, що постраждали від туберкульозу. Для того, щоб уникнути формалізації АКСМ, рекомендовано створити у соціальних мережах сторінки для поточних звітів про проведені заходи, обміну інформацією та обговорення ідей та виникаючих проблем.

Позитивним моментом впровадження стратегії є гнучкість її підходів. Інформаційна стратегія, інформаційні повідомлення та робочий план на кожен рік будуть коригуватися залежно від результатів моніторингу.

4. СТРАТЕГІЧНІ НАПРЯМКИ АКСМ-ТЬ ЗАЛЕЖНО ВІД ЦІЛЬОВОЇ АУДИТОРІЇ та ключові повідомлення

	<u>ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СТРАТЕГІЇ</u>	<u>Засоби АКСМ</u>	<u>Цільова аудиторія</u>	<u>Ключові повідомлення</u>
1.	Мобілізація політичної волі та ресурсів для вирішення проблеми туберкульозу шляхом підвищення рівня управлінської компетенції, розуміння та використання при прийнятті управлінських рішень стратегічних принципів подолання туберкульозу та міжнародних рекомендацій.	Адвокація – конкретні кроки, спрямовані на зміну законів і регламентів для забезпечення доступу пацієнтів до відповідних послуг	Політики та управлінці всіх рівнів, які впливають на стратегічні рішення та розподіл бюджетних коштів	Зміна парадигми подолання туберкульозу потребує затвердження стратегічно важливих законодавчих актів Доведено ефективні підходи до подолання туберкульозу, рекомендовані ВООЗ, є найбільш ефективними у подоланні епідемії при ефективному розподілі фінансових та людських ресурсів Кожен долар

				виділених на боротьбу з туберкульозом коштів дає 47 доларів прибутку, тому фінансування сучасних стратегій та програм є прибутковою та вдалою інвестицією.
2.	Забезпечення подолання бар'єрів на шляху «від кашлю до лікування» шляхом широкого інформування населення про профілактику, можливості діагностики та лікування туберкульозу; подолання стигми та дискримінації як в суспільстві в цілому, так і серед медичних працівників, застосування засобів ефективного спілкування для надання психологічної підтримки, забезпечення прихильності до лікування пацієнтів з туберкульозом; підвищення обізнаності та професійного рівня медичних та соціальних працівників шляхом навчання	Комунікація - процеси поширення знань, ідей та даних для забезпечення позитивних змін поведінки, подолання стигми та дискримінації	Широкі верстви населення, уразливі групи населення, пацієнти з ТБ та члени їх сімей, медичні працівники (фтизіатри, первинна мережа), соціальні працівники державної соціальної служби, фахівці служби зайнятості, викладачі медичних ВУЗів, співробітники НУО та громадських об'єднань, журналісти	Туберкульоз виліковний. Симптомами туберкульозу є кашель, слабкість, погіршення працездатності, підвищення температури тіла, пітливість. Негайно зверніться до лікаря, якщо є хоча б один із цих симптомів. Раннє виявлення туберкульозу сприяє ефективності лікування. Лікування ТБ безкоштовне. Доступні програми соціальної та психологічної підтримки протягом лікування туберкульозу. Туберкульоз лікується амбулаторно.
3.	Мобілізувати громадянське суспільство для покращення виявлення туберкульозу та підвищення прихильності до лікування туберкульозу	Соціальна мобілізація - створення сприятливого соціального клімату для	Місцеві громади, громадські організації та неформальні об'єднання,	Туберкульоз не враховує кордони чи соціальний статус, людина не винна в тому, що вона захворіла. Мета

<p>шляхом впровадження програм соціального супроводу та підтримки, підвищення спроможності людей та громад, що постраждали від туберкульозу, шляхом залучення їх до прийняття рішень щодо подолання туберкульозу та розробки національних та місцевих комплексних планів впровадження протитуберкульозних послуг.</p>	<p>ліквідації ТБ, об'єднання ресурсів для впровадження соціально важливих заходів подолання туберкульозу</p>	<p>депутати місцевих рад, вчителі, громадські діячі, журналісти місцевих видань</p>	<p>суспільства – допомоги пацієнту вдало завершити лікування, адже таким чином ми сприяємо подоланню епідемії. Пацієнт, який приймає протитуберкульозне лікування регулярно, є безпечним для оточуючих.</p>
---	--	---	---

5. ОЧІКУВАНІ РЕЗУЛЬТАТИ

Виконання стратегічних завдань та заходів Національної АКСМ стратегії сприятиме досягненню мети Глобальної стратегії «Покласти край туберкульозу» — зупинити епідемію туберкульозу за умови виконання всіх її завдань та заходів.

Реалізація Національної АКСМ стратегії забезпечить досягнення значних змін у сфері політики та нормативному забезпеченні, знаннях, ставленні та поведінці різних верств населення та посилення ролі громад у подоланні проблем туберкульозу. Очікується, що виконання Національної АКСМ стратегії дасть змогу:

- Забезпечити ефективне використання фінансових ресурсів з точки зору індексу витрати/отриманий результат для реалізації заходів з протидії туберкульозу;
- Забезпечити постійне виділення достатніх обсягів фінансових ресурсів з державного та місцевих бюджетів на реалізацію протитуберкульозних заходів відповідно до підходу, орієнтованого на потреби пацієнтів;
- Удосконалити нормативно-правову базу з питань організації медичної допомоги хворим на туберкульоз відповідно до міжнародних рекомендацій;
- Забезпечити відповідність медичних та соціальних послуг потребам хворих на туберкульоз та належний рівень якості, що сприятимете

покращенню іміджу медичного працівника та системи охорони здоров'я в цілому;

- Збільшити рівень знань серед загального населення щодо симптомів, шляхів передачі та профілактики туберкульозу, що призведе до подолання бар'єрів на шляху ідеальної поведінки пацієнта;
- Створити позитивну суспільну думку щодо відповідальності за власне здоров'я та необхідності піклуватись про здоров'я близьких. Посилити лідерство на рівні місцевих громад для підтримки соціальних та медичних програм з виявлення та лікування туберкульозу;
- Підвищити рівень виявлення випадків туберкульозу в найбільш уразливих групах населення (насамперед, соціально незахищених) та ефективність лікування всіх форм туберкульозу;
- Забезпечити дотримання прав пацієнтів та етичних стандартів, що сприятиме зниженню рівня стигми та дискримінації стосовно хворих на туберкульоз.

Моніторинг та оцінка Національної АКСМ стратегії буде здійснюватися як компонент загальної системи моніторингу та оцінки заходів по контролю за туберкульозом на національному та регіональному рівнях.

6.МОНІТОРИНГ ТА ОЦІНКА

План моніторингу та оцінки розробляється щорічно відповідно до плану АКСМ.

Відповідно до рекомендацій ВООЗ⁵, моніторинг та оцінка стратегії АКСМ здійснюється за допомогою методів короткострокового моніторингу (індикатори процесу) та довгострокового моніторингу (індикатори впливу);

Короткостроковий моніторинг передбачає збір даних про факт проведення заходів АКСМ та про їх результати (якщо вони вже відомі), про проблеми та складні питання, які виникали під час впровадження заходів АКСМ. Така інформація дає змогу відповідно до потреб та існуючих проблем планувати наступні заходи та вносити зміни у вже існуючі плани за потреби. Такий моніторинг повинен здійснюватися на обласному рівні та на Національному рівні.

⁵ ACSM for Tuberculosis Control: A Handbook for Country Programs, © World Health Organization 2007

Обласні групи впровадження АКСМ збирають інформацію з міст та районів області, аналізують її та подають звіти та пропозиції до Національної групи впровадження АКСМ для аналізу та зворотного зв'язку. Національна група впровадження, в свою чергу, за результатами аналізу даних, надає рекомендації областям та виконавцям АКСМ стратегії.

Довгостроковий моніторинг дозволяє оцінити опосередкований вплив стратегії АКСМ на епідеміологічні показники, може використовувати соціологічні дослідження для оцінки зміни ставлення чи поведінки суспільства до туберкульозу. Довгостроковий моніторинг проводиться раз на рік та підкріплюється відповідними дослідженнями за наявності коштів на їх проведення.

Оскільки процес планування та реалізації АКСМ є циклічним, постійний моніторинг дає можливість оперативно визначати досягнуті зміни або додаткові потреби, на які необхідно спрямувати ресурси. Запропонована стратегія визначає основні напрямки роботи АКСМ та передбачає внесення відповідних змін, адже планування в рамках стратегії відбувається щорічно після аналізу даних моніторингу. Такий підхід до впровадження АКСМ стратегії запропоновано в зв'язку з тим, що вона буде реалізована в період реформування протитуберкульозної служби, тому нові потреби можуть виникати залежно етапів реформи.

Методи кількісного моніторингу та оцінки:

1. Кількість проведених заходів – оцінка виконання річних планів.
Проводиться кожні шість місяців для визначення кількості проведених заходів та їх учасників; кількості та типів матеріалів, розроблених і поширених; кількості освітніх семінарів і кількість осіб, які взяли участь; кількості осіб, які були присутні на заходах АКСМ; кількості листів (доповідних записок, документів тощо), відправлених державним чиновникам; кількість зустрічей, проведених з метою адвокації; кількість та характер змін в нормативних актах; кількість матеріалів, опублікованих в пресі, переданих по радіо і ТБ; кількість НУО, які отримали кошти на реалізацію супроводу пацієнтів з державного бюджету тощо (перелік можна доповнити за необхідності).

2. Моніторинг ЗМІ. Дає можливість визначити кількість публікацій з питань ТБ, їх тональність, та планувати заходи для збільшення публікацій або зміну інформаційних повідомлень. Проводиться щоквартально.
3. Моніторинг змін нормативних актів і політик для оцінки відповідності існуючої політики в галузі ТБ міжнародним рекомендаціям та відповідного коригування нормативної бази. Проводиться щорічно.
4. Аналіз епідеміологічної ситуації у порівнянні з АКСМ активністю для опосередкованого визначення впливу АКСМ на ефективність протитуберкульозних заходів, визначення найбільш ефективних заходів.

Методи якісного моніторингу та оцінки ефективності заходів АКСМ:

1. Анкетування для оцінки впливу заходу на зміну ставлення, розширення обсягу знань, готовність до зміни поведінки;
2. Проведення тематичних фокус-груп із певних проблем або сегментів цільової аудиторії (наприклад, при дослідженні рівня стигми та дискримінації; зміни ставлення чи поведінки цільових груп тощо);
3. Проведення поглиблених інтерв'ю з представниками цільових груп для визначення додаткових бар'єрів чи причин виникнення проблем.

Короткостроковий моніторинг:

1. Збір даних про факт проведення заходів АКСМ та про їх результати (якщо вони вже відомі), про проблеми та складні питання, які виникали під час впровадження заходів АКСМ.
 - a. здійснюється на обласному та на Національному рівні.
2. Основні показники:
 - a. Кількість проведених заходів АКСМ
 - b. Кількість людей, які взяли участь у заході
 - c. Кількість проектів соціального супроводу пацієнтів з туберкульозом, впроваджених за звітний період
 - d. % пацієнтів з ТБ, які перебували на амбулаторному лікуванні туберкульозу, від усіх вперше виявлених хворих на ТБ
 - e. Кількість пацієнтів, які отримали соціальний супровід лікування ТБ, % від всіх вперше виявлених ТБ пацієнтів

- f. Охоплення програмами активного виявлення туберкульозу уразливих груп населення
- g. % виявлення туберкульозу в різних групах населення, уразливих по відношенню до туберкульозу

Довгостроковий моніторинг

1. Основні показники:

- a. % фінансування протитуберкульозної допомоги від потреби
- b. Аналіз показників виявлення туберкульозу для оцінки покращення раннього виявлення туберкульозу
- c. дозволяє оцінити опосередкований вплив стратегії АКСМ на епідеміологічні показники, може використовувати соціологічні дослідження для оцінки зміни ставлення чи поведінки суспільства до туберкульозу.

Проведення моніторингу та аналіз даних покладається на Національну та регіональні групи АКСМ.

8.ДОРОЖНЯ КАРТА (етап підготовки впровадження стратегії)

Захід	Період	Виконавець	Результат
Створення механізму управління впровадження Стратегії АКСМ-ТБ	Грудень 2018 – січень 2019	ЦГЗ	Наказами затверджено склад Національної групи АКСМ та обласних груп АКСМ, затверджено плани засідань на 2019 рік
Розбудова спроможності учасників механізму управління впровадження АКСМ шляхом навчання в процесі розробки національного та регіональних річних робочих планів впровадження заходів АКСМ на 2019 рік	Січень – лютий 2019 року	ЦГЗ, Партнерство «Зупинимо туберкульоз. Україна», проекти міжнародної допомоги	Проведено навчання створених груп АКСМ, розроблено та затверджено плани АКСМ на 2019 рік
Проведення	Січень-лютий	Національна група	Створено мапу

картування існуючих АКСМ заходів, оцінка наявних ресурсів та створення плану пошуку додаткових коштів для впровадження стратегії АКСМ-ТБ	2019 року	АКСМ	заходів Стратегії АКСМ-ТБ, на які вже виділені кошти Розроблено стратегію пошуку додаткових фінансових ресурсів
Розробка Національного плану впровадження Стратегії АКСМ та відповідних обласних планів щорічно відповідно до даних моніторингу та оцінки	Щорічно	Групи АКСМ національна та регіональні	Розроблено та затверджено Національною радою та обласними координаційними радами з питань боротьби з ТБ та ВІЛ/СНІДом
Розробка порядку та інструменту моніторингу впровадження АКСМ планів	Щорічно	Групи АКСМ всіх рівнів	Розроблено та затверджено Національною радою та обласними координаційними радами з питань боротьби з ТБ та ВІЛ/СНІДом
Збір та аналіз даних	Березень – листопад кожного року	Групи АКСМ всіх рівнів	Розроблено рекомендації до плану впровадження Стратегії АКСМ на наступний рік
Щорічна нарада Груп АКСМ всіх рівнів – звіт про роботу, обговорення планів	Грудень кожного року	Групи АКСМ всіх рівнів	Звіти про стан впровадження планів відповідно до планів моніторингу, національний звіт з рекомендаціями до плану наступного року розроблено та надано всім учасникам АКСМ

9. СТІЙКІСТЬ СТРАТЕГІЇ АКСМ-ТБ

Забезпечення стійкості Стратегії АКСМ-ТБ буде досягнуто завдяки створенню інституційної структури АКСМ на всіх рівнях управління, своєчасного реагування на дані моніторингу та оцінки, а також завдяки залученню до впровадження АКСМ державних органів управління та громадських організацій та об'єднань, а також об'єднань громадян, які постраждали від туберкульозу.

10. ОСНОВНІ ЗАХОДИ ДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ МЕТИ ТА ЗАВДАНЬ СТРАТЕГІЇ АКСМ-ТБ

Мета:

Створення сприятливого середовища для реалізації в Україні загального доступу до якісних послуг з діагностики та лікування; застосування моделі лікування, орієнтованої на потреби пацієнта, і амбулаторного лікування ТБ шляхом підвищення рівня політичної підтримки, поширення правдивої корисної інформації з питань туберкульозу, зниження стигми та дискримінації, навчання фахівців, ефективної комунікації з населенням України з метою зміни поведінки на бажану для збереження здоров'я та життя.

Для досягнення мети на наступний 5-ти річний стратегічний період обрано виконання першочергових завдань, виконання яких критично важливо для покращення епідеміологічної ситуації в Україні та для підтримки впровадження орієнтованого на потреби пацієнта підходу до подолання проблем туберкульозу.

Завдання 1. Сприяння підвищенню політичної прихильності до подолання епідемії туберкульозу.

- Адвокація внесення необхідних змін у законодавство та затвердження стратегічно важливих нормативних документів для забезпечення реформування системи надання протитуберкульозної допомоги населенню відповідно до міжнародних рекомендацій, впровадження моделей лікування туберкульозу, які орієнтовані на потреби пацієнта та забезпечують його права.
- Підвищення обізнаності політичних лідерів та керівників всіх рівнів з питань впровадження міжнародних рекомендацій та вимог громадянського суспільства, з якими погодилась Україна – поширення

інформації про Декларацію Наради високого рівня ГА ООН, основні заходи та рекомендації стратегії повного подолання туберкульозу ВООЗ; розробка та затвердження багатосекторального механізму підзвітності, запропонованого Декларацією Наради високого рівня ГА ООН з питань туберкульозу.

- Адвокація виділення коштів на подолання проблем туберкульозу на національному та регіональному рівнях.
- Адвокація впровадження ефективних програм виявлення та лікування туберкульозу у пенітенціарних закладах та закладах пробації.

Завдання 2. Сприяння покращенню виявлення туберкульозу.

- Підвищення рівня обізнаності населення про туберкульоз, можливості профілактики та лікування, а також з метою зниження стигми та дискримінації шляхом активізації роботи з журналістами всіх рівнів, протягом Дня туберкульозу, завдяки створенню додаткових інформаційних приводів, розробки тематичних матеріалів для розміщення у соціальних мережах, тощо.
- Адвокація включення в перелік базових послуг первинної медичної допомоги виявлення туберкульозу та ВІЛ/СНІДу з відповідним алгоритмом обов'язкових дій лікаря та моніторингом результатів.
- Навчання медичних працівників первинної медичної мережі з метою підвищення «настороженості» по відношенню до туберкульозу, підвищення спроможності виявлення туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу
- Адвокація виділення коштів на реалізацію соціальних проектів для покращення виявлення туберкульозу серед груп населення, які перебувають у складних життєвих ситуаціях, з дотриманням їх прав та свобод.
- Інформування керівників всіх рівнів про заходи, які є найбільш ефективними у виявленні туберкульозу та адвокація розробки алгоритмів збору та доставки біологічного матеріалу з метою покращення виявлення туберкульозу та ТБ/ВІЛ ко-інфекції, забезпечення доступу для мешканців районів та сіл до сучасних методів виявлення та діагностики туберкульозу.

- Адвокація впровадження ефективних методів виявлення туберкульозу та застосування алгоритмів, які б забезпечили раннє виявлення туберкульозу та виконання вимог інфекційного контролю, у пенітенціарних закладах та закладах пробації.
- Розробка та впровадження механізмів співпраці з соціальними службами, службами зайнятості, керівниками підприємств для забезпечення раннього виявлення туберкульозу в уразливих групах населення.

Завдання 3. Сприяння покращенню ефективності лікування.

- Адвокація затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2018—2021 роки та Стратегії розвитку системи протитуберкульозної медичної допомоги населенню
- Адвокація розробки та затвердження дієвого механізму забезпечення супроводу пацієнтів з туберкульозом на амбулаторному етапі лікування відповідно до потреб пацієнтів, надання ефективної соціальної та психологічної допомоги.
- Навчання фахівців – медичних та соціальних працівників, - методам ефективного спілкування для вироблення прихильності до лікування туберкульозу, впровадження програм навчання пацієнтів, в тому числі з використанням принципу «рівний-рівному».
- Адвокація впровадження системи контролю прийому ліків як у стаціонарі, так і на амбулаторному етапі лікування туберкульозу для всіх пацієнтів, яка б забезпечувала можливість дотримання режиму лікування всім пацієнтам шляхом врахування індивідуальної ситуації та потреб кожного з них.
- Адвокація впровадження лікування під безпосереднім наглядом медичного працівника у пенітенціарних закладах та закладах пробації.

Завдання 4. Сприяння забезпеченню якості медичних послуг з профілактики, виявлення, діагностики та лікування туберкульозу

- Сприяння розробці та впровадженню ефективного механізму багатосекторальної підзвітності відповідно до рішень Народи високого рівня ООН з питань туберкульозу

- Адвокація виділення коштів на розробку та впровадження оновлених навчальних програм для студентів медичних навчальних закладів (вищих та середніх), а також для системи післядипломної освіти
- Сприяння розробці та впровадженню системи самоосвіти для практикуючих лікарів за допомогою електронних ресурсів

Завдання 5. Сприяння розробці та впровадженню комплексних профілактичних програм

- Адвокація оновлення навчальних шкільних програм з питань профілактики туберкульозу, здорового способу життя
- Пропаганда здорового способу життя
- Адвокація та розробка плану впровадження програм соціальної реабілітації на регіональному рівні