Проект

**Районна цільова соціальна**

**Програма протидії захворюванню на туберкульоз до 2016 року**

**І. Загальна характеристика районної цільової соціальної**

**Програми протидії захворюванню на туберкульоз до 2016 року**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Ініціатор розроблення Програми | Житомирська районна державна адміністрація |
| 2.  | Дата, номер і назва розпорядчого документа органу виконавчої влади про розроблення Програми. | Закон України від 16 жовтня 2012року № 5451-VI „Про затвердження Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії захворюванню на туберкульоз на 2012-2016 роки” |
| 3. | Розробник Програми  | КУ ЦРЛ  |
| 4. | Співрозробник Програми | Управління фінансів Житомирської районної державної адміністрації |
| 5. | Відповідальний виконавець Програми  | КУ ЦРЛ  |
| 6. | Учасники Програми  | КУ ЦРЛ, райдержадміністрація, виконкоми селищної та сільських рад  |
| 7. | Період реалізації Програми  | До 2016 року |
| 8. | Етапи виконання Програми  | 2013, 2014, 2015, 2016 роки |
| 9. | Перелік місцевих бюджетів, які беруть участь у виконанніПрограми | районний бюджет |
| 10. | Загальний обсяг фінансових ресурсів, необхідних для реалізації Програми, всього: | 236,724 тис. грн. |
|  | -у тому числі бюджетних коштів  | 236,724 тис. грн. |
|  | -з них коштів районного бюджету | 236,724 тис. грн. |
| 11. | Основні джерела фінансування Програми | районний бюджет |

**П. Загальна частина**

Подальше поширення туберкульозу становить серйозну загрозу населенню Житомирського району. Туберкульоз є однією з причин втрати працездатності, здоров’я, високої інвалідності та смертності.

Житомирський район посідав деcяте місце по рівню захворюваності на туберкульоз серед інших районів Житомирської області. У 2011 році захворюваність на туберкульоз, його поширеність та смертність у районі становили, відповідно 67.4, 139.2 та 16.1 на 100 тис. населення.

В районі реєструються випадки туберкульозу з медикаментозною резистентністю, кількість яких збільшується. За даними обласного протитуберкульозного диспансеру, мультирезистентну форму туберкульозу мають 5-10% хворих з новими випадками та 30-40% хворих з повторними випадками туберкульозу. Одночасно із зростаючою епідемією ВІЛ/СНІДу, що має тенденцію до поширення через статевий шлях передачі, швидко зростає частка пацієнтів з поєднаною патологією – туберкульоз/ВІЛ-інфекція, кількість яких в 2011 році становила 8,7% від загальної кількості хворих з новими випадками туберкульозу. Особливу небезпеку становить поєднання мультирезистентного туберкульозу з ВІЛ-інфекцією серед уразливих до інфікування ВІЛ-інфекцією груп населення.

Високий рівень захворюваності та поширення мультирезистентного туберкульозу зумовлений несвоєчасним виявленням і неналежним лікуванням хворих на заразну форму туберкульозу, недостатнім фінансуванням, кадровою кризою, недосконалістю лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу, низькою мотивацією населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатнім доступом уразливих верств населення до медичних послуг.

Світовий досвід свідчить, що для усунення проблем, пов’язаних з туберкульозом, необхідно забезпечити реалізацію державної політики у сфері профілактики, своєчасного виявлення та лікування хворих шляхом об’єднання зусиль органів державної влади та громадськості.

 **Ш. Аналіз причин виникнення проблеми та обґрунтування**

 **необхідності її розв'язання програмним методом**

Високий рівень захворюваності на туберкульоз та поширення мультирезистентного туберкульозу обумовлені, насамперед, неефективністю заходів, спрямованих на переривання ланцюга передачі туберкульозної інфекції, через:

– недостатнє та несвоєчасне виявлення хворих на заразні форми туберкульозу через недосконалість системи охорони здоров’я щодо діагностування звичайного мультирезистентного туберкульозу та ко-інфекції ТБ/ВІЛ, кадрову кризу, недосконалість лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу, низьку мотивацію населення до своєчасного звернення за медичною допомогою та недостатній доступ до отримання медичних послуг з боку уразливих до захворювання на туберкульоз верств населення;

– низьку ефективність лікування хворих з новими та повторними випадками туберкульозу через відсутність швидких методів діагностики мультирезистентного туберкульозу, якісного контрольованого лікування, низьку прихильність хворих до лікування, недостатню кількість протитуберкульозних препаратів ІІ ряду;

– недостатній інфекційний контроль у протитуберкульозних та інших медичних закладах через відсутність сучасних засобів інфекційного контролю, незадовільну матеріально–технічну базу протитуберкульозних закладів, низьку поінформованість медичного персоналу щодо вимог інфекційного контролю;

– неефективне ведення випадків мультирезистентного туберкульозу через низький рівень знань медичних працівників щодо особливостей лікування хворих на мультирезистентний туберкульоз;

– недостатнє фінансування заходів з протидії туберкульозу, що не дозволяє забезпечити сучасним діагностичним обладнанням протитуберкульозні заклади та мережу з мікробіологічної діагностики туберкульозу, досягти 100% забезпечення протитуберкульозними препаратами ІІ ряду та засобами інфекційного контролю;

– легкість реалізації шляхів передачі туберкульозу серед ув’язнених, відсутність супроводу звільнених з ув’язнення до медичних служб цивільного сектору;

– недосконалість форм фінансування закладів охорони здоров’я (фінансування на утримання закладу (ліжка), а не послуги), що веде до необґрунтованого подовження термінів перебування на ліжку, що, в свою чергу, призводить до поширення внутрішньолікарняної передачі туберкульозу, у тому числі мультирезистентного;

– недостатній доступ до паліативної та хоспісної медичної допомоги для важких хворих з мультирезистентним туберкульозом та туберкульозом із розширеною медикаментозною стійкістю;

– законодавчі обмеження та недостатню взаємодію між державними закладами та громадськими організаціями, які перешкоджають доступу до уразливих груп населення, що хворіють на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію;

– відсутність умов для забезпечення обов’язкової госпіталізації хворих на заразну форму туберкульозу, що ухиляються від лікування;

– недостатній рівень обізнаності різних верств населення у питаннях, пов’язаних з протидією захворюванню на туберкульоз, та залучення суспільства до цієї діяльності.

 Незважаючи на певний прогрес, досягнутий за чотирирічний період реалізації заходів районної комплексної програми протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках, зниження рівня захворюваності на туберкульоз серед загального населення на 18,4% та зниження рівня смертності від туберкульозу на 16,6%, рівень захворюваності на туберкульоз все ще перевищує епідемічний поріг. Набувають надзвичайної актуальності дві проблеми: зростання захворюваності та смертності від ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ) і поширення мультирезистентного туберкульозу.

На усунення зазначених проблем повинна бути спрямована районна цільова соціальна Програма протидії захворюванню на туберкульоз до 2016 року (далі – Програма).

#

#  ІV. Мета Програми

Метою Програми є поліпшення епідемічної ситуації в напрямку зменшення загальної кількості хворих на туберкульоз, зниження захворюваності та смертності від нього, ко-інфекції (туберкульоз/ВІЛ-інфекція), темпів поширення мультирезистентного туберкульозу шляхом реалізації державної політики, що ґрунтується на принципах забезпечення загального та рівного доступу населення до високоякісних послуг з профілактики, діагностики та лікування туберкульозу.

1. **Порівняльний аналіз можливих варіантів розв'язання**

 **проблеми та обґрунтування оптимального варіанту**

На сьогодні існує декілька варіантів розв’язання проблеми.

Перший варіант – лишити попередню модель контролю за туберкульозом, що реалізовувалась районною комплексною програмою протидії захворюванню на туберкульоз у 2007-2011 роках та базувалась на ДОТС-стратегії, адаптованій до національної системи протидії туберкульозу та особливостей епідемії туберкульозу в Україні.

Проте, зазначена модель продемонструвала низьке значення показника “вартість-ефективність” щодо використання великої кількості фінансових ресурсів на досягнення незначного прогресу в контролі за туберкульозом.

Так, наприклад, за результатами аналізу виявлення туберкульозу шляхом профілактичного флюорографічного обстеження в окремих групах населення, що виділені чинним законодавством як групи ризику, встановлено вкрай низьке виявлення туберкульозу серед дітей та молоді до 21 року та серед декретованого населення.

Серед визначених груп ризику варто обстежувати лише осіб, які утримуються в установах пенітенціарної системи, а також звільнених з установ кримінально-виконавчої системи, ВІЛ-інфікованих та контактних осіб. Виявлення випадків туберкульозу за допомогою флюорографії в цих групах складає близько 1%-3%.

Масова туберкулінодіагностика серед дітей, яка до сьогодні проводиться в Україні, є як малоефективною з діагностичної точки зору, так і затратною. У 2011 році на туберкульоз захворіла 1 дитина віком до 17 років з сімейного контакту хворого на туберкульоз, а охоплення масовою туберкулінодіагностикою становить 98%, що складає близько 12 тис. дітей віком від 1 до 17 років.

Доцільно на регіональному рівні формувати перелік груп «ризику» для проведення скринінгової флюорографії та туберкулінодіагностики за результатами епідеміологічного моніторингу.

Так само необґрунтованим є сьогодні проведення ревакцинації проти туберкульозу. Введення вакцини є доцільним лише для новонароджених, з метою профілактики туберкульозного менінгіту і десимінованого міліарного туберкульозу. Вплив вакцини на передачу збудника туберкульозу є обмеженим.

Українська система охорони здоров’я характеризується високими рівнями вертикалізації, у якій різні паралельні структури надають спеціалізовані послуги одному пацієнту з декількома захворюваннями (туберкульоз, ВІЛ-інфекція, наркоманія). На сьогодні механізми співпраці між різними службами недостатні, що призводить до несвоєчасної діагностики туберкульозу у ВІЛ-інфікованих, низької ефективності лікування поєднаних захворювань.

Другий варіант – удосконалення попередньої моделі шляхом усунення виявлених недоліків, які підтвердили низьке значення показника “вартість-ефективність”. Однак, усунення лише недоліків без формування нових елементів системи не є програмним методом розв’язання проблеми.

Третій, оптимальний варіант – формування нових елементів системи і їх інтеграція в існуючу систему, що передбачає реалізацію комплексного підходу до протидії епідемії туберкульозу шляхом:

* запровадження та посилення високоякісної ДОТС стратегії, зокрема:

 гарантування політичної підтримки, забезпеченої адекватним і стабільним фінансуванням;

 забезпечення раннього виявлення випадків захворювання і проведення діагностики шляхом проведення бактеріологічних досліджень належної якості;

 забезпечення ефективного стандартизованого лікування пацієнтів під безпосереднім наглядом з боку медичного або соціального працівника та забезпечення психологічної, матеріальної, юридичної, соціальної підтримки пацієнтів з боку державних соціальних служб та неурядових організацій;

 регулярне постачання із забезпеченням річного запасу, ефективне управління та використання лікарських засобів;

 забезпечення моніторингу та оцінки ефективності і результативності програмних заходів на рівні району, використання стандартизованих форм обліку і звітності та електронного реєстру даних;

* удосконалення заходів боротьби з мультирезистентним туберкульозом, з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ із урахуванням потреб малозабезпечених та уразливих груп населення, зокрема:

 розширення співпраці у галузі протидії ТБ/ВІЛ між протитуберкульозною службою, службою профілактики та боротьби з ВІЛ/СНІДом, первинною медичною ланкою, із недержавними організаціями, що опікуються проблемами туберкульозу та ВІЛ-інфекцією;

 розширення діяльності з профілактики та лікування мультирезистентного туберкульозу;

 спрямування заходів на потреби осіб, що перебувають у контакті з хворими на туберкульоз, а також малозабезпечених і уразливих груп населення;

 зміцнення загальної системи охорони здоров’я шляхом широкого залучення первинної медико-санітарної допомоги до виявлення, лікування та профілактики туберкульозу, підвищення її спроможності, зокрема:

вдосконалення політики в галузі охорони здоров’я задля надання рівного доступу до якісної медичної допомоги для різних верств населення, розвитку кадрових ресурсів (навчання, наставництво, курація, інформаційна підтримка, мотивація), відповідне фінансування усіх етапів надання протитуберкульозних послуг та інформування фахівців і населення;

посилення інфекційного контролю у закладах охорони здоров’я, місцях довгострокового перебування людей;

модернізація лабораторної мережі з мікробіологічної діагностики туберкульозу;

підвищення ефективності та економічної рентабельності послуг з лікування респіраторних захворювань у рамках існуючої системи охорони здоров’я;

адаптація успішних підходів, що використовуються в інших галузях і секторах, та посилення впливу на соціальні детермінанти здоров’я шляхом впровадження СТОП ТБ-стратегії, запровадження підходу до надання медичної допомоги, що орієнтована на пацієнта, боротьбою з бідністю, підтримкою розвитку неурядових організацій, що працюють з уразливими групами населення, розробка політики з надання медичної допомоги особам із уразливих груп, бездомних осіб, біженців, мігрантів, національних меншин;

* залучення усіх постачальників медичних послуг, зокрема:

широке запровадження міжнародних стандартів медичної допомоги хворим на туберкульоз серед постачальників медичних послуг державних, відомчих та приватних форм власності.

 розширення можливостей осіб з туберкульозом та громад на основі партнерства, зокрема:

розробки та проведення політики адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (захисту інтересів хворих на туберкульоз, інформування і спілкування, залучення суспільства);

сприяння участі громад у наданні допомоги хворим на туберкульоз, здійсненні профілактики та зміцненні здоров’я;

сприяння дотриманню Хартії пацієнтів про медичну допомогу хворим на туберкульоз;

зміни знань, ставлення та поведінки стосовно туберкульозу у різних груп населення.

 **VІ. Шляхи та способи розв'язання проблеми,**

 **строк виконання Програми**

Розв'язання проблеми можливе шляхом виконання до 2016 року таких завдань:

– зміцнення системи охорони здоров’я району шляхом підвищення спроможності закладів первинної та вторинної медичної допомоги у напрямку протитуберкульозної допомоги, інтеграції надання медичних послуг, запровадження механізмів використання стратегічної інформації через операційні дослідження та аналіз систем;

– посилення можливостей лабораторної мережі діагностики туберкульозу для діагностики всіх випадків захворювання шляхом доукомплектування сучасним обладнанням, застосування швидких тестів для діагностики звичайного та мультирезистентного туберкульозу, навчання персоналу та забезпечення зовнішнього контролю якості лабораторних досліджень на всіх рівнях;

– підвищення доступу до діагностики, лікування та догляду через заходи з адвокації, комунікації та соціальної мобілізації (АКСМ) шляхом розробки та запровадження скоординованої стратегії АКСМ на регіональному рівні, залучення організацій громадянського суспільства до активної участі в протидії туберкульозу, адвокації та охоплення навчанням і підтримкою груп населення з обмеженим доступом до медичної допомоги, підвищення рівня громадської обізнаності, подолання проблеми, пов’язаної зі стигматизацією суспільства щодо хворих на туберкульоз і ВІЛ-інфікованих осіб та їх дискримінації у системі охорони здоров’я; забезпечення належних умов для ефективної реалізації потенціалу та інституційного розвитку об’єднань громадян, які працюють у сфері туберкульозу;

- запровадження сучасних заходів інфекційного контролю за туберкульозом у лікувально-профілактичних закладах, місцях довгострокового перебування людей та проживання хворих на туберкульоз і зміцнення матеріально-технічної бази протитуберкульозної служби;

– запровадження у сфері протитуберкульозної допомоги підходу до надання медичних послуг, що орієнтований на пацієнта, шляхом децентралізації надання медичної допомоги, надання соціальної підтримки та супроводу хворим;

– безперебійне забезпечення медичних закладів, що здійснюють лікування хворих на туберкульоз протитуберкульозними препаратами гарантованої якості з широким застосуванням препаратів із фіксованими дозами;

–підвищення якості контрольованого лікування через розгалужену мережу кабінетів контрольованого лікування в лікувально-профілактичних закладах та надання ДОТ-послуг, надання соціальної допомоги хворим та забезпечення їх супроводу під час амбулаторного лікування;

– посилення координації протитуберкульозної та служби протидії ВІЛ/СНІДу щодо виявлення випадків туберкульозу, своєчасного діагностування мультирезистентного туберкульозу, розширення профілактичного лікування латентної туберкульозної інфекції для людей, що живуть з ВІЛ/СНІДом, забезпечення профілактики ВІЛ у протитуберкульозних закладах шляхом охоплення тестуванням на ВІЛ, запровадження послуг зі зниження шкоди та забезпечення доступу до антиретровірусного лікування всім ВІЛ-інфікованим особам, хворим на туберкульоз;

– посилення взаємодії та координації між службами і громадськими організаціями щодо своєчасної діагностики та лікування хворих на звичайний та мультирезистентний туберкульоз, організації контрольованого лікування хворим на активний туберкульоз, що звільнилися з місць позбавлення волі;

– розвиток паліативної та хоспісної медицини для хворих на туберкульоз у термінальній стадії захворювання;

– посилення системи моніторингу та оцінки заходів виконання Програми, роботи закладів охорони здоров’я на регіональному рівнях шляхом підготовки та навчання відповідних фахівців, забезпечення функціонування електронного реєстру хворих на туберкульоз;

- посилення спроможності керівної та менеджерської ланки програми шляхом навчання, обміну досвідом на національному та міжнародному рівнях.

 **VП. Очікувані результати виконання Програми**

Виконання Програми дасть змогу досягти цілей розвитку тисячоліття як складової національної довгострокової стратегії розвитку, а саме: обмеження поширення ВІЛ-інфекції/СНІДу та туберкульозу і започаткування тенденції до скорочення їх масштабів, знизивши показники захворюваності та смертності від туберкульозу відповідно до 60,0 та 10,0 випадків на 100 тис. населення.

Реалізація Програми також дасть змогу:

* зменшити відсоток хворих на мультирезистентний туберкульоз серед нових випадків захворювання (на 5%);
* забезпечити виліковування 80% хворих з новими випадками туберкульозу;
* забезпечити 100 % хворих з новими випадками мультирезистентного туберкульозу повноцінним лікуванням;
* покращити доступ до лікування уразливих груп населення шляхом впровадження ДОТС стратегії в районі;
* знизити рівень смертності від ко-інфекції ТБ/ВІЛ на 10% шляхом забезпечення мультидисциплінарного підходу надання медичної допомоги пацієнтів з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією;
* забезпечити якісне надання медичних послуг на рівні первинної медичної ланки, у тому числі покращити виявлення туберкульозу;
* покращити діагностику звичайного та мультирезистентного туберкульозу у закладах охорони здоров’я та пенітенціарної системи;
* зміцнити матеріально-технічне і кадрове забезпечення протитуберкульозної служби;
* інтегрувати діяльність протитуберкульозної служби із діяльністю закладів первинної та вторинної ланок охорони здоров’я, санітарно-епідеміологічної служби, покращити взаємодію з зацікавленими сторонами, зокрема органами виконавчої влади (службами внутрішніх справ, виконання покарань, міграції, соціального захисту, ветеринарної служби тощо) щодо профілактики і виявлення туберкульозу;
* втілити державну систему моніторингу заходів протидії туберкульозу та забезпечити роботу державного електронного реєстру хворих на туберкульоз;
* здійснити соціальну мобілізацію щодо боротьби зі стигмою та дискримінацією, що пов’язані з туберкульозом та ВІЛ-інфекцією, налагодити систему інформування про стан та успіхи боротьби з туберкульозом.

 **VШ.** **Оцінка фінансових, матеріально-технічних,**

 **трудових ресурсів, необхідних для виконання Програми**

Фінансування Програми здійснюватиметься в межах видатків, передбачених у районному бюджеті, а також інших джерел, не заборонених законодавством. Необхідний обсяг фінансування Програми визначається щороку, виходячи з конкретних завдань та наявності коштів.

Загальний обсяг фінансування Програми на 2013 рік становить: всього по Програмі – 236,724 тис. грн., у тому числі районний бюджет – 236,724 тис. грн.

**ІХ. ЗАВДАННЯ І ЗАХОДИ**

**районної цільової соціальної Програми протидії захворюванню на туберкульоз до 2016 року**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Найменуван-ня завдання** | **Найменування показника** | **Значення показника** | **Найменування заходу**  | **Відпові-дальні за виконання**  | **Джерела фінансу-вання**  | **Прогно-зований обсяг фінан-сування, тис.грн.** | **У тому числі за роками**  |
| **Усього** | **За роками** | **2013** | **2014\*** | **2015\*** | **2016\*** |
| **2012** | **2013** | **2014** | **2015** | **2016** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** |  |  |  |
| 1. Зміцнення системи охорони здоров’я в галузі протидії захворюванню на туберкульоз, у тому числі хіміорезистен-тному | Наявність розробленої районної програми з протидії захворюванню на туберкульоз до 2016 року | 1 |  | 1 |  |  |  | 1.1. Розробити та затвердити районну цільову соціальну Програму протидії захворюванню на туберкульоз із врахуванням особливостей епідемічної ситуації району, передбачивши виділення цільових асигнувань на їх реалізацію | КУ ЦРЛ  |  |  |  |  |  |  |
| Кількість засідань (абс.) | 4 |  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1.2. Заслуховувати на постійній комісії районної ради з гуманітарних питань, охорони здоров’я та соціального захисту населення про хід виконання районної цільової соціальної Програми протидії захворюванню на туберкульоз (далі Програма) | Районна рада |  |  |  |  |  |  |
| Кількість засідань (абс.) | 5 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1.3. Заслуховувати на медичних радах КУ ЦРЛ про стан виконання Програми | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Впровадити в роботу нову методику розрахунку протитуберку-льозних препаратів | 1 | 1 |  |  |  |  | 1.4.Забезпечити своєчасне подання заявки на постачання протитуберкульозних препаратів, їх розподіл та моніторинг за раціональним використанням | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| 2. Зміцнення кадрового потенціалу | Охопити навчан-ням відповідаль-них за реалізацію районної програм (%). | 100 |  | 50 | 50 |  |  | 2.1. Підвищити рівень управлінської компетенції відповідальних за реалізацію регіональної програм шляхом навчання, обміну досвідом на обласному та національному рівнях | КУ ЦРЛ  |  |  |  |  |  |  |
| Охопити навчан-ням лікарів, середніх медичних працівників фтизіатричної служби(%). | 100 |  | 60 | 40 |  |  | 2.2. Підвищити кваліфікацію лікарів, середніх медичних працівників фтизіатричної служби шляхом навчання, обміну досвідом на обласному та національному рівнях | КУ ЦРЛ  |  |  |  |  |  |  |
| Інтеграція фтизіатричної служби із закладами первинної ланки медико-санітарної допомоги (абс.) | 20 |  | 10 | 10 |  |  | 2.3. Розробити та впровадити механізм інтеграції фтизіатричної служби району з центром первинної медико-санітарної допомоги щодо профілактики, раннього виявлення туберкульозу, лікування хворих на туберкульоз на амбулаторному етапі | КУ ЦРЛ (після отримання результатів ре-формування в пілотних регіонах) |  |  |  |  |  |  |
|  | Розробка, затвердження стратегії та плану розвитку кадрового потенціалу фтизіатричної служби району | 1 |  | 1 |  |  |  | 2.4. Розробити, затвердити стратегію та план розвитку кадрового потенціалу фтизіатрич-ної служби району | КУ ЦРЛ(після отримання стратегії, затвердженої МОЗ України) |  |  |  |  |  |  |
| Забезпеченість лікарями-фтизіатрами та медичними сестрами закладів охорони здоров’я згідно з новими нормативами (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 2.5. Узгодитинавантаження фахівців фтизіатричної служби відповідно до нових нормативно-правових актів щодо надання медичної допомоги | КУ ЦРЛ(при отриманні нових нормативно-правових актів) |  |  |  |  |  |  |
| Забезпеченість лікарями-лабо-рантами та лаборантами з середньою осві-тою закладів охорони здоро-в’я згідно з новиминормативами (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 2.6. Внести зміни у штатні нормативи та посадові інструкції фахівців відповідно до нових настанов | КУ ЦРЛ(при отриманні нових настанов) |  |  |  |  |  |  |
| Кількість лікарів первинної ланки, які пройшли нав-чання з питаньпрофілактики, діагностики та лікування тубер-кульозу (абс.) | 21 |  | 5 | 5 | 6 | 5 | 2.7. Забезпечити участь у навчальних семінарах для лікарів первинної ланки з питаньпрофілактики, діагности-ки та лікування туберкульозу | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
|  | Кількість лікарів, навчених веден-ню випадку мультирезистен-тного ТБ (абс) | 3 |  | 1 | 2 |  |  | 2.8. Направити лікарів на тренінг з питань ведення випадку мульти-резистентного туберкульозу | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
|  | Кількість психологів та соціальних працівників, які пройшли навчан-ня з питань інтегрованої допомоги (абс.) | 1 |  |  | 1 |  |  | 2.9. Забезпечити участь у навчальних семінарах для психологів та соціальних працівників з питань профілактики, діагностики та лікування туберкульозу | РДА |  |  |  |  |  |  |
| 3. Розвиток матеріально-технічної бази закладів охорони здоров’я, що надають послуги хворим на туберкульоз | Кількість закла-дів охорони здоров’я, що надають послуги хворим на тубер-кульоз, якіукомплектовані майном відповідно до «табеля оснащення» | 1 |  | 1 | 1 | 1 | 1 | 3.1. Укомплектувати заклади охорони здоров’я, що надають послуги хворим на туберкульоз, відповідно до «табеля оснащення» | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **7,0** | **7,0** |  |  |  |
| Кількість закла-дів охорони здоров’я, які відповідають санітарно-гігієнічним вимогам (%) | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3.2. Привести у відповідність до санітарних і будівельних норм заклади охорони здоров’я, які надають допомогу хворим на туберкульоз | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **2.0** | **2,0** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 4. Посилити систему моніторингу та оцінки заходів виконання Програми | Кількість функціонуючих відділів моніторингу і оцінки | 1 |  | 1 |  |  |  | 4.1.Сворити відділ моніторингу і оцінки заходів протидії захворюванню на туберкульоз у складі ІАВ КУ ЦРЛ | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Наявність системи обліку та звітності щодо захворюваності на туберкульоз відповідно до міжнародних стандартів | 1 | 1 |  |  |  |  | 4.2. Забезпечити функціонування системи обліку та звітності щодо захворюваності на туберкульоз відповідно до міжнародних стандартів  | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Впровадження електронного реєстру хворих на туберкульоз | 1 | 1 |  |  |  |  | 4.3. Забезпечити впровадження електронного реєстру хворих на туберкульоз у районі | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Затвердження алгоритму проведення моніторингових візитів | 1 |  | 1 |  |  |  | 4.4. Впровадити систему моніторингових візитів для забезпечення допомоги на місцях та контролю за дотриманням законодавства у сфері протидії захворюваності на туберкульоз | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
|  | Кількість ЛПЗ, у які здійснено моніторингові візити(абс. число) | 20 |  | 20 | 20 | 20 | 20 | 4.5. Забезпечити проведення моніторингових візитів для надання допомоги відповідальним за реалізацію районної програми по боротьбі з туберкульозом | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| 5. Організація виявлення та діагностики туберкульозу | Кількість лабораторій І рівня, які відповідають діючим стандартам та включені у систему контролю якості(%) | 1 |  | 1 |  |  |  | 5.1. Забезпечити: - обладнанням лабораторію І рівня відповідно до наказу МОЗ України від 16.07.2008 № 388; - закупівлю витратних матеріалів; - обслуговування обладнання згідно з діючими стандартами | КУ ЦРЛ | Районний бюджет |  |  |  |  |  |
| **4,1** | **4,1** |  |  |  |
| Виявлення випадків захворюваності на туберкульоз методом мікроскопії мокротиння у загально-лікарняній мережі (%) | 4,5 | 0,8 | 2,0 | 3,0 | 4,0 | 4,5 | 5.2. Забезпечити виявлення осіб, хворих на туберкульоз, за зверненням в лікувально-профілактичні заклади за методом мікроскопії мазка мокротиння | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **16,0** | **16,0** |  |  |  |
| Кількість хворих на туберкульоз, яким проведена діагностика методом мікроскопії мазка мокротиння та посіву на тверді поживні середовища (%) | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 95 | 5.3. Забезпечити закупівлю обладнання та витратних матеріалів для діагностики туберкульозу методом мікроскопії мазка мокротиння, доставку проб до лабораторії ОПТД для посіву на тверді поживні середовища | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток хворих на туберкульоз 1-3категорії, яким проведено діагностику за допомогою посіву на рідкі поживні середовища(%) | 80 | 45 | 55 | 65 | 70 | 80 | 5.4. Забезпечити доставку біологічних проб хворих 1-3 категорії що розпочали лікування у амбулаторних умовах, для діагностики за допомогою посіву на рідкі поживні середовища | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **4,224** | **4,224** |  |  |  |
| Відсоток охоплення хворих на туберкульоз рентгенологіч-ним обстеженням (%) | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 5.5. Забезпечити діагностику та моніто-ринг ефективності лікування за допомогою рентгенологічного та інших методів обстежен-ня шляхом закупівлі відповідного обладнан-ня, рентгенівської плівки та реагентів | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **28,0** | **28,0** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Відсоток дітей, які охоплені туберкуліно-діагностикою (%) | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 5.6.Забезпечити здійснення туберкулінодіагностики шляхом закупівлі туберкуліну | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **119,7** | **119,7** |  |  |  |
| 6. Лікування та профілактика туберкульозу | Показник успішного лікування (вилікуваних та лікування завершено) серед нових випадків легеневого туберкульозу(%) | 80 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 6.1. Забезпечити доступ до профілактики та лікування хворих на туберкульоз 1-3 категорій за стандартними схемами шляхом достовірної заявки та розподілу протитуберкульозних препаратів І та ІІ ряду | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток осіб, які пройшли повний курс хіміопрофілак-тики ізоніазидом | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 | 90 |
|  Показник успішного лікування (вилікуваних та лікування завершено) серед нових випадків МР ТБ, які розпочали лікування (%) | 65 | 35 | 40 | 45 | 55 | 65 |
| Відсоток охоплення хворих на туберкульоз патогенетичним лікуванням | 95 | 25 | 50 | 85 | 95 | 95 | 6.2. Забезпечити доступ хворих на туберкульоз до патогенетичного лікування  | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **22,0** | **22,0** |  |  |  |
| Відсоток вилікуваних хворих 1,2,4 категорії від тих, яким було проведено оперативне втручання (%) | 90 | 75 | 80 | 85 | 90 | 90 | 6.3. Забезпечити доступ до хірургічного лікування хворих на легеневий і позалегеневий туберкульоз 1,2,4 категорій шляхом направлення до торакальних хірургів ОПТД | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
|  | Відсоток хворих на туберкульоз 1-4 категорії, які отримали контрольоване лікування на амбулаторному етапі (%) | 90 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 6.4. Забезпечити контрольоване лікування хворих на туберкульоз 1- 4 категорій у загально-лікувальній мережі та надання ДОТ- послуг на рівні первинної ланки медико-санітарної допомоги  | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Показник перерваного лікування серед нових випадків легеневого туберкульозу (%) | 5 | 7 | 6,8 | 6,5 | 6 | 5 | 6.5. Сприяти формуванню в хворих прихильності до безперервного лікування на амбулаторному етапі лікування | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **9,6** | **9,6** |  |  |  |
| 7.Протидія мультирезис-тентому туберкульозу та туберкульозу з розширеною медикаментоз-ною резистентніс-тю | Безперервний розподіл протитуберку-льозних препаратів до ЛПЗ району для попередження мультирезистен-тного туберкульозу | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 29 | 7.1. Попереджувати розвиток випадків мультирезистентного туберкульозу та туберкульозу з розширеною медикаментозною резистентністю (далі – МР/РР ТБ) шляхом безперебійного розподілу протитуберкульозних препаратів | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток хворих на МР ТБ, що отримують соціальну допомогу (%) | 80 |  | 50 | 60 | 70 | 80 | 7.5. Сформувати прихильність до лікування у хворих на МР/РР ТБ шляхом надання соціальної допомоги | РДА | Районний бюджет | **9,6** | **9,6** |  |  |  |
| Кількість хворих з новими випадками мультирезистен-тного туберкульозу, які розпочали лікування відповідно до затверджених схем та забезпечені протитуберку-льозними препаратами ІІ ряду (%) | 90 |  | 70 | 75 | 85 | 90 | 7.7. Розширити доступ до ефективного лікування хворих на МР ТБ шляхом розподілу необхідної кількості протитуберкульозних препаратів ІІ ряду відповідно до затверджених схем лікування | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Забезпечення препаратами для лікування побічних реакцій згідно з потребою (%) | 90 |  | 70 | 75 | 85 | 90 | 7.8. Здійснювати лікування побічних реакцій шляхом закупівлі в достатній кількості посимтомних препаратів | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Запровадження рекомендацій щодо хірургічного лікування | 1 |  | 1 |  |  |  | 7.9. Впроваджувати в роботу сучасні підходи щодо хірургічного лікування хворих на МР/ РР ТБ відповідно до наданих рекомендацій  | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток закладів первинної лікувально-профілактичної допомоги, що відповідають вимогам інфекційного контролю (%) | 90 |  | 50 | 60 | 80 | 90 | 7.10. Забезпечити дотримання вимог інфекційного контролю щодо туберкульозу в закладах: | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Захворюваність на туберкульоз медичних працівників (на 10 тис. медичних працівників) | 2,0 | 7,0 | 6,0 | 5,0 | 4,0 | 2,0 | а) первинної лікувально-профілактичної допомоги |  |  |  |  |  |  |
|  | Кількість протитуберку-льозних закладів, що відповідають вимогам інфекційного контролю (абс.) | 1 |  | 1 |  |  |  | б) протитуберкульозних закладах шляхом впровадження інженерного контролю  |  |  |  |  |  |  |
| Кількість протитуберку-льозних закладів, що забезпечені засобами індивідуального захисту органів дихання (абс.)  | 1 |  | 1 |  |  |  | 7.11. Забезпечити протитуберкульозні заклади дезінфекційними засобами, бактерицидними УФО- випромінювачами, засобами індивідуального захисту працівників протитуберкульозних закладів залежно від небезпеки робочого місця та пацієнтів, потенційних носіїв мікробактерій туберкульозу | КУ ЦРЛ | Районний бюджет | **12,0** | **12,0** |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| Відсоток медичних працівників, які пройшли навчання з інфекційного контролю | 62 | 2 | 30 | 30 |  |  | 7.12. Організувати навчання з інфекційного контролю щодо ТБ на регіональному рівні | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
|  | Проведення дослідження стійкості МБТ до протитубер-кульозних препаратів | 1 |  | 1 |  |  |  | 7.13. Забезпечити удосконалення організації епіднагляду за хіміорезистентим ТБ, включаючи нагляд за стійкістю МБТ до протитуберкульозних препаратів другого ряду | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| 7.14. Залучати громадські організації до роботи з групами ризику щодо захворювання на туберкульоз | КУ ЦРЛ,РДА |  |  |  |  |  |  |
| 7.15. Поліпшити доступ до груп населення, з якими складно встановити контакт, і вразливих груп населення силами громадських орагнізацій | КУ ЦРЛ,РДА |  |  |  |  |  |  |
| 8. Реалізація спільних заходів протидії, поєднаної патології туберкульозу та ВІЛ інфек-ції/СНІДу | Наявність порядку координації та реалізації заходів щодо затвердженого Плану спільних заходів протидії ко-інфекції ТБ/ВІЛ на регіональному рівні (абс.) | 1 |  | 1 |  |  |  | 8.1. Розробити порядок координації та реалізації Плану спільних заходів щодо протидії ко-інфекції ТБ-ВІЛ на 2012 – 2016 роки на регіональному рівні, включно з заходами з профілактики, діагностики, ведення випадку захворювання на ко-інфекцію  | КУ ЦРЛ,РДА |  |  |  |  |  |  |
| Профілактичне лікування котри-моксазолом відповідно до потреби (%) | 100 | 60 | 70 | 80 | 90 | 100 | 8.2. Забезпечити доступ хворих на ТБ/ВІЛ до лікування опортуністичних інфекцій | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток хворих на ТБ/ВІЛ, які отримують АРТ (%) | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 8.3. Забезпечити доступ хворих на ТБ/ВІЛ до антиретровірусної терапії  | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| Відсоток хворих на туберкульоз 1-4 категорій, що пройшли тестування на ВІЛ (%) | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 98 | 8.4. Забезпечити проведення до- та після- тестового консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію хворих на туберкульоз | КУ ЦРЛ |  |  |  |  |  |  |
| 9. Створення сприятливого соціального середовища для діяльності ІГСства для подолання епідемії туберкульозу | Кількість регіонів, які розробили та затвердили регіональний план заходів з інформування населення щодо профілактики захворювання на туберкульоз | 1 |  | 1 |  |  |  | 9.1. Розробити та забезпечити впровадження районного плану заходів з інформування населення щодо профілактики захворювання на туберкульоз | КУ ЦРЛ,РДА |  |  |  |  |  |  |
| Кількість регіонів, які впроваджують регіональні плани заходів з інформування населення щодо профілактики захворювання на туберкульоз | 1 |  | 1 |  |  |  | 9.2. Забезпечити видання та розповсюдження серед населення інформаційних матеріалів та соціальної реклами щодо профілактики та лікування туберкульозу | КУ ЦРЛ,РДА | Районний бюджет | **2,5** | **2,5** |  |  |  |
| **Всього**  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **236,724** | **236,724** |  |  |  |
| **в т.ч.:** **районного бюджету** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **236,724** | **236,724** |  |  |  |

\*в межах коштів, затверджених сесією районної ради на відповідний рік

 **Заступник голови районної ради Р.В.Павлюк**

**Розробник проекту програми:**комунальна установа «Центральна районна лікарня» районної ради

**Відповідальна особа:** Чернецька О.В. ,

лікар-фтизіатр, 34-15-68